

Dansk gerontopsykiatri, nutid og fremtid

Rapport fra Dansk Psykiatrisk Selskabs
ad hoc udvalg

vedrørende

Gerontopsykiatriens nuværende status og fremtidige
forhold.

Januar 1995

Opdateret til pdf-fil og Wordformat August 2004

INDHOLDSFORTEGNELSE

Forord	3
Resumé	4
Udvalgets arbejde	
Kommissorium	6
Sammensætning	6
Arbejdsgang	6

STATUS

Gerontopsykiatrien som fag

Gerontopsykiatriens afgrænsning i forhold til	
almenpsykiatrien	8
Gerontopsykiatri og liaisonpsykiatri	11
Gerontopsykiatri og geriatri	11
Arbejdsformen	12

Gerontopsykiatriens baggrund og forudsætninger

Baggrund i Danmark	14
Gerontopsykiatrisk organisation uden for Danmark	16
Faglige organisationer	16

Demografiske forhold

Befolkningssammensætning og udvikling	18
Psykiatrisk sygelighed i alderdommen	20

Organisatorisk struktur i Danmark

Amtslig planlægning	25
Gerontopsykiatriens struktur i Danmark (enquete)	26
Daghospital	28
Socialpsykiatriske institutioner	29
Målgruppe (enquete)	29
Rekrutteringsproblemer	30

Forskning

International forskning	32
Forskning i Danmark	33
Igangværende forskning	33
Fremtiden	34

Gerontopsykiatrisk uddannelse

Undervisning	35
--------------------	----

Speciallægeuddannelse	35
Speciallægeanerkendelse	36
§ 14 vurdering til gerontopsykiatrisk overlægestilling.....	36
Gerontopsykiatri som selvstændigt speciale	36
Enquete blandt yngre psykiatere	36

FORSLAG

Forslag til målgruppe - afgrænsning og amtslig Organisation.....	38
Forslag vedrørende undervisning og uddannelse	
Undervisning.....	42
Speciallægeuddannelse i psykiatri	43
Forslag til løsning af rekrutteringsproblemet	44

REKOMMANDATION	45
-----------------------------	-----------

Baggrundsmateriale	47
---------------------------------	-----------

Forord

Herværende rapport er afgivet af Dansk Psykiatrisk Selskabs ad hoc udvalg vedrørende gerontopsykiatri, som blev nedsat i april 1993.

Gerontopsykiatriens område er varetagelse af diagnostisk udredning og behandling af ældre med psykiatriske sygdomme. Forekomsten af biologiske aldersforandringer og legemlige sygdomme samtidig med tilstedeværelsen af psykiske sygdomme kræver, at behandleren besidder en særlig ekspertise. Det er selskabets opfattelse, at ældrebefolkningen med psykiske forstyrrelser i Danmark har krav på specialistbehandling under beskyttede og rolige forhold i eget hjem/plejehjem eller om nødvendigt på hospitalsafdelinger. Da det gerontopsykiatriske område hidtil har haft en tilbagetrukket position i psykiatrien, har der været vanskeligheder ved at rekruttere læger til slutstillinger på gerontopsykiatriske enheder, ligesom de gerontopsykiatriske behandlingstilbud endnu mange steder er mangelfulde og varierer stærkt fra amt til amt.

Det er Dansk Psykiatrisk Selskabs opfattelse, at der på amtsplan bør oprettes gerontopsykiatriske behandlingstilbud bestående af selvstændig behandlingsenheder, hvor hovedvægten lægges på den ambulante udadgående funktion i samarbejde med primærsektoren, og at der i tilslutning til sådanne enheder etableres egentlige sengeafsnit med mulighed for indlæggelse.

Behandlingstilbud i gerontopsykiatriske regi bør gives til alderssvækkede ældre med svære psykoser eller demens, og patienter, der på samme tid lider af legemlige og psykiske symptomer med mulighed for udvikling af organiske psykosyndromer og medikamentelle interaktioner. Aldersgrænsen bør være fleksibel og aftales lokalt.

Det er selskabets opfattelse, at man for at fremme den faglige udvikling og forskning samt for at kunne rekruttere nye læger til gerontopsykiatrien bør etablere enheder af en størrelse, der tillader ansættelse af mere end én fastansat speciallæge samt mulighed for etablering af uddannelsesstillinger.

Selskabet ønsker gennem tilrettelæggelsen af den postgraduate uddannelse i psykiatri at styrke det gerontopsykiatriske område. Dette kan ske ved, at den teoretiske uddannelse i gerontopsykiatri gøres obligatorisk i et afbalanceret forhold til de øvrige delområder indenfor almenpsykiatrien, og at man, hvor det er muligt, sikrer at læger i uddannelsesstillinger (U-stillinger og 1. reservelægestillinger) i psykiatri sikres minimum tre, gerne seks måneders ansættelse i gerontopsykiatriske afdelinger.

December, 1994

Dansk Psykiatrisk Selskab
v/overlæge, dr. med. Annette Gjerris, formand
Sct. Hans Hospital, afd. P
4000 Roskilde

Resumé

Det af Dansk Psykiatrisk Selskabs i april 1993 nedsatte ad hoc udvalg vedrørende gerontopsykiatri har som opgave haft at beskrive gerontopsykiatriens nuværende status og fremkomme med forslag vedrørende fremtidig organisation og placering.

Gerontopsykiatri er et forholdsvis nyt ekspertområde med meget vekslende udbredelse og indflydelse i forskellige lande. Således er gerontopsykiatri et selvstændigt speciale i England, hvor man desuden planlægger, at hver tredje psykiater skal specialisere sig i gerontopsykiatri.

I Danmark har ekspertområdet stor politisk og administrativ bevågenhed, samtidig med at udvikling af området har været hæmmet af rekrutteringsproblemer.

De gerontopsykiatriske ordninger i forskellige amter varierer stærkt og er ofte småt dimensionerede med enligt arbejdende fagligt isolerede læger og med fare for, at de ældre patienter forfordes med hensyn til psykiatriske behandlingsressourcer.

I rapporten redegøres for gerontopsykiatrien som et vigtigt ekspertområde, men arbejdsgruppen har alligevel konkluderet, at gerontopsykiatrien ikke kan bære en egentlig udskillelse til selvstændigt speciale, og at gerontopsykiatrisk viden i høj grad er nødvendig i almenpsykiatrien, ikke mindst i forbindelse med liaison-opgaver.

Arbejdsgruppen anbefaler, at gerontopsykiatrien søges styrket dels som led i almenpsykiatri, dels som ekspertområde, hvilket bedst kan ske ved

- 1) at det tilstræbes, at der etableres mulighed for ansættelse på gerontopsykiatriske afdelinger i forbindelse med U-stillinger eller blokstillinger i den almenpsykiatriske speciallægeuddannelse.
- 2) at det kliniske uddannelsesforløb tilrettelægges således, at fra tre op til højst seks måneders ansættelse i U-stilling/1. reservelægestilling henlægges til gerontopsykiatrisk afdeling. Såfremt ansættelse på gerontopsykiatriske afdelinger finder sted i forbindelse med 1. reservelægeansættelsen, bør seks måneders ansættelse tælle fuldt for seks måneder¹.
- 3) at U-kursus i gerontopsykiatri gøres obligatorisk i den teoretiske uddannelse.
- 4) at DPS arbejder for, at der i alle amter oprettes egentlige gerontopsykiatriske afdelinger/afsnit, det vil sige med selvstændige sengeafsnit, udadgående distriktsfunktion og en stillingsstruktur med mindst to overlæger eller én overlæge og én afdelingslæge, der alene har gerontopsykiatri som arbejdsfelt, foruden uddannelsesstillinger for yngre læger.

¹ I modsætning til nuværende regelsæt for speciallægeanerkendelse, som der er gjort rede for på rapporten. side 36

5) at forskningen i ældres psykiske sygdomme styrkes såvel på de egentlige gerontopsykiatriske afdelinger som i almen psykiatrien, jvf. Forskningsrådenes prioritering af ældreområdet.

Realiseres forslagene, må også rekrutteringsproblemerne formodes at blive mindre. Det er arbejdsgruppens håb, at rapporten vil bringe gerontopsykiatrien mere i fokus blandt medlemmerne af Dansk Psykiatrisk Selskab.

Udvalgets arbejde

Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse nedsatte i april i 1993 det gerontopsykiatriske ad hoc udvalg for at belyse gerontopsykiatriens status og fremtidige placering. Tidspunktet må ses på baggrund af de senere års vækst i antallet af meget forskelligartede gerontopsykiatriske ordninger, samtidig med at man kan forudse rekrutteringsproblemer inden for området.

KOMMISSORIUM

1. Beskrive gerontopsykiatriens aktuelle status (1993)
2. Definere og beskrive gerontopsykiatriens fremtidige mål og arbejdsområde herunder at klargøre afgrænsningerne over for andre lægelige områder, specielt almen psykiatri og geriatri.
3. Redegøre for behovet for gerontopsykiatrisk service dels hospitalsbaseret, dels ambulant og herunder give forslag til organisation samt angive rammer for såvel optimalt som minimalt omfang af service på amtsplan.
4. Fremsætte forslag til løsning af rekrutteringsproblemer.
5. Redegøre for det nuværende gerontopsykiatriske uddannelsesniveau såvel præsom postgraduat, samt fremkomme med forslag til såvel præ- som postgraduate uddannelsesprogrammer i almen medicin, intern medicin, geriatri og i almen psykiatri.
6. Overveje behovet for gerontopsykiatri som psykiatrisk grenspeciale.²

SAMMENSÆTNING

Kirsten Abelskov, overlæge, Psykiatrisk Hospital i Århus.
 Nils Gulmann, overlæge, Psykiatrisk Hospital i Århus (formand).
 Ellen Hasselbalch, afdelingslæge, Psykiatrisk afdeling, Bispebjerg Hospital.
 Ole Bjørn Skausig, overlæge, Psykiatrihospitalet i Dianalund.
 Annette Lolk, 1. reservelæge, psykiatrisk afdeling, Odense Sygehus.

UDVALGETS VIRKSOMHED

Udvalget har afholdt 5 møder i perioden juni 1993 .maj 1994. Via 3 spørgeskemaundersøgelser har udvalget forsøgt at få et overblik over

- 1) gerontopsykiatriens organisation i de enkelte amter
- 2) målgruppe-afgrænsning

² Arbejdsgruppen har opfattet pkt. 6 som et spørgsmål om gerontopsykiatri burde være et selvstændigt speciale som fx børne- og ungdomspsykiatri.

- 3) uddannelsesniveau vedrørende - og interesse for - gerontopsykiatri blandt yngre psykiatere.

Desuden har udvalget indsamlet foreliggende materiale (rapporter o.l.) vedrørende gerontopsykiatrisk planlægning i de enkelte amter og Københavns og Frederiksberg kommune.

Udvalget har i særlig grad fokuseret på gerontopsykiatriens faglige indhold, på en hensigtsmæssig målgruppe-afgrænsning i forhold til almenpsykiatrien og på uddannelsesmæssige forhold.

Rapporten følger ikke kommissoriet slavisk. Nedenfor er de enkelte delspørgsmål i kommissoriet anført med sideangivelse for, hvor i rapporten spørgsmålene søges belyst.

- a) Beskrive gerontopsykiatriens aktuelle status. s 20-21, s 25-29
- b) Definere og beskrive gerontopsykiatriens fremtidige mål og arbejdsområde. s8-12, s 38-41
- c) Klargøre afgrænsning overfor almen psykiatri. s 8-11, s 40
- d) Klargøre afgrænsning overfor geriatri. s 11
- e) Redegøre for behovet for gerontopsykiatrisk service. s 20 -24, s 38-41
- f) Afgive forslag til organisation samt rammer for såvel optimalt som minimalt omfang af service på amtsplan. s 38-41
- g) Fremsætte forslag til løsning af rekrutteringsproblemer. s 44
- h) Redegøre for det nuværende gerontopsykiatriske uddannelsesniveau såvel præsom postgraduat. s 35
- i) Fremkomme med forslag til uddannelsesprogrammer i:
 - Almen medicin s 42
 - Intern medicin s 42
 - Geriatri s 43
 - Almenpsykiatri s 43
- j) Overveje behov for gerontopsykiatri som psykiatrisk grenspeciale. s 36, s45

Gerontopsykiatri som fag

GERONTOPSYKIATRIENS AFGRÆNSNING I FORHOLD TIL ALMENPSYKIATRIEN

Gerontopsykiatrien adskiller sig fra almenpsykiatrien på en række områder.

- 1) Betydningen af de biologiske aldersfænomener
- 2) Aldersfarvningens indflydelse på psykopatologien.
- 3) Større hyppighed af organiske sindslidelser.
- 4) Større somatisk sygelighed blandt ældre
- 5) Problemet med polyfarmaci og bivirkninger.
- 6) Interaktion mellem sygdomsprocesser (polymorbiditet, co-morbiditet)
- 7) Andre sociale omstændigheder i alderdommen.
- 8) Større behov for vidensformidling til ikke-psykiatrisk uddannede læger og andre grupper.
- 9) Problemer med fordomme og lav status.

1) Biologi:

Gerontopsykiatri kræver gerontologisk viden. Den gamle organisme er sårbar, og selv hos raske ældre må der tages hensyn til fænomener som nedsat reservekapacitet og svækket homeostase. Det må ske på så forskellige niveauer som fx farmakokinetik eller forebyggelse af flytte-konfusion.

2) Psykopatologi:

Samme psykiatriske sygdomsenhed kan fremtræde under forskelligartede kliniske billeder, bl.a afhængigt af alderen. Psykiatere er som regel skolet i yngres og midaldrendes symptomatologi, og aldersfarvningen fører erfaringsmæssigt ofte til, at psykiatriske lidelser hos ældre overses eller fejldiagnosticeres.

3) Organiske sindslidelser:

Selv om gerontopsykiatri ikke kun beskæftiger sig med organiske lidelser, udgør demens, delir (konfusion) og forskellige neurologiske sygdomme som parkinsonisme og apopleksi-følger en betydelig del af det gerontopsykiatriske virkefelt. En grundig viden om neurologi og neuropsykiatri er en forudsætning for at drive professionel gerontopsykiatri.

4) Somatisk sygelighed:

Hovedparten af psykiatrisk syge ældre lider samtidigt af alvorlige somatiske sygdomme. Diagnostik og behandling af legemlige lidelser er en nødvendig og integreret del af gerontopsykiatrisk behandling.

Herudover har legemlige sygdomme ofte en ætiologisk betydning for vigtige gerontopsykiatriske lidelser som fx demens, delir, depression og angsttilstande. Somatiske problemer beslaglægger en væsentlig del af det daglige arbejde med de gamle patienter, dels hvor gerontopsykiateren selv påtager sig den direkte behandlingsopgave, dels i samarbejde med intern mediciner, geriater eller neurolog. Gerontopsykiatri kræver således interesse og kompetence hvad angår somatiske sygdomme.

5) Farmakologi, bivirkninger, polyfarmaci:

I gerontopsykiatri har kundskaber i såvel den somatiske som psykiatriske farmakologi endnu større betydning end i almenpsykiatrien.

Ældre patienter er som regel i behandling med flere receptpligtige midler. Gerontopsykiateren skal kunne bedømme nødvendigheden af de forskellige præparater og skal oftere end almenpsykiateren selvstændigt kunne forestå den medicinske behandling af almindeligere somatiske sygdomme.

Psykiatriske lidelser kan, specielt hos ældre, være fremkaldt af såvel somatisk medicin som af psykofarmaka (delir, depression, pseudodemens). Bivirkninger af psykofarmaka er hyppige hos ældre og har særligt alvorlig konsekvens. Kendskab til risiko ved psykofarmaka, til bivirkninger og forståelse for, at seponering i visse tilfælde er den bedste terapi, er helt centralt i gerontopsykiatrien.

Samtidig har en præcis psykofarmakologisk behandling en dominerende plads i gerontopsykiatri. I mange tilfælde kan en målrettet, professionelt styret medicinsk behandling hos ældre være livsreddende eller betyde forskellen mellem selvhjulpenhed eller plejehjem eller mellem velbefindende og lidelse.

6) Interaktion mellem sygdomsprocesser, comorbiditet:

Kendetegnet for en professionel gerontopsykiatri er overblik over og forståelse for det komplekse samspil hos den samme patient mellem én eller to psykiatriske sygdomme herunder organiske tilstande, indtil flere legemlige lidelser og diverse farmaka.

7) Sociale forhold:

Også på det sociale område afviger de ældres psykiatri fra de yngres. Gamle psykisk syge mennesker har som hovedregel tidligere været socialt veltilpassede og velfungerende.

Psykiske lidelser hos ældre giver hyppigt anledning til akutte dramatiske og vedvarende sociale sammenbrud, som imidlertid også ofte kan forudses, og de profylaktiske muligheder er store.

Gerontopsykiateren har andre samarbejdspartnere i socialvæsenet end almenpsykiateren. Man kan i højere grad bygge på det primære-kommunale system og de støttemuligheder, der i forvejen eksisterer for ældregruppen.

Gamle, også med sværere psykiatriske lidelser, har gode muligheder for at blive integreret i lokalsamfundet blandt andre handicappede ældre på plejehjem og i hjemme pleje.

En stor del - måske hovedparten - af det plejkrævende klientel i den kommunale ældreforsorg har periodevis eller til stadighed brug for gerontopsykiatrisk ekspertise. Gerontopsykiatri er således efterspurgt på det kommunale niveau.

8) Vidensformidling:

I flere undersøgelser er påvist, at psykisk syge ældre hovedsagelig behandles af somatisk uddannede læger og sjældnere viderehenvises til psykiater end yngre patienter. Således er 70% af neuroleptika-behandlingen (som berører hver femte beboer) på kommunale plejehjem iværksat af den praktiserende læge.

Gerontopsykiatrien har således en vigtig mission i form af vidensindsamling og vidensformidling til andre lægegrupper, foruden undervisning af de grupper, der tager initiativet til lægehenvielse af gamle, specielt sygeplejersker på plejehjem og i hjemmepleje.

9) Problemer med fordomme og lav status:

Ældre og alderdommen er omgærdet af negative myter og fordomme. Syge ældre betragtes ofte fejlagtigt som uheldelige og uinteressante, og de gamle har lav status i sundhedsvæsenet i almindelighed og i hospitalsvæsenet i særdeleshed.

Geriatrien står svagt i Danmark sammenlignet med andre vesteuropæiske lande. Det kan således ikke undre, at også dansk gerontopsykiatri af mange betragtes som et lavstatus område inden for den almenpsykiatri, der selv kæmper med status-problemer i forhold til andre lægelige fagområder. Her er måske en af årsagerne til gerontopsykiatriens rekrutteringsproblemer.

Konklusion

Man har i det ovennævnte fokuseret på, hvorledes gerontopsykiatri adskiller sig fra almenpsykiatri. Det skal her understreges, at gerontopsykiatrien har sit udgangspunkt i almenpsykiatrien og den psykiatriske tradition for helhedsforståelse af patienten, hvor såvel psykologiske, biologiske som sociale faktorer tages i betragtning.

Selv om vi hidtil har savnet en tradition for psykoterapeutisk intervention i forhold til gamle, er den psykodynamiske indfaldsvinkel en vigtig forudsætning for gerontopsykiatrisk arbejde.

At almenpsykiatri og psykopatologi er forudsætninger for gerontopsykiatri betyder ikke, at almenpsykiatrisk viden automatisk indebærer gerontopsykiatrisk kompetence. Gerontopsykiatri kræver som beskrevet særlige kundskaber i fagområder uden for psykiatrien: gerontologi, intern medicin, geriatri, neurologi og farmakologi. Som fag kan gerontopsykiatri næppe beherskes fuldt ud af psykiatere med andre interesse- og arbejdsfelter.

GERONTOPSYKIATRI OG LIAISONPSYKIATRIEN

De to felter overlapper og har meget tilfælles. Tilsynspatienterne er ofte ældre, og diagnoser som delir og demens er hyppige. Det er i liaisonpsykiatrien nødvendigt med en somatisk indfaldsvinkel og arbejdsmetode (jvf, pkt. 6 vedrørende comorbiditet). En i det mindste basal gerontopsykiatrisk viden burde være en forudsætning for tilsynsvirk-somhed.

GERONTOPSYKIATRI OG GERIATRI

Gerontopsykiatri og geriatri har til en vis grad patienter og arbejdsmetode tilfælles. I geriatriske lærebøger er hele kapitler viet til demens, delir og depression. Der er i de senere år oprettet specialafsnit for demente i forbindelse med geriatriske afdelinger. Såvel neurologer som geriater og psykiatere viser interesse for etablering af såkaldte hukommelsesklinikker til udredning af tidlig demens.

Danmark har for få år siden fået oprettet det første professorat i geriatri, og der er næppe tvivl om at nogle geriater finder, at gerontopsykiatriske sygdomme burde behandles i deres regi.

Arbejdsgruppen er enig i at geriater bør have gerontopsykiatrisk viden (ligesom gerontopsykiatere bør besidde en vis geriatrisk kunnen), men finder ikke at geriater kan overtage det gerontopsykiatriske arbejdsfelt.

- 1) De gerontopsykiatriske lidelser kræver særlige psykiatriske fagkundskaber i psykopatologi, psykofarmakologi og i psykoterapi.
- 2) Behandling af en stor del af de gamle patienter kræver adgang til de beføjelser som psykiatrilovgivningen alene giver psykiatriske afdelinger.
- 3) En overføring af gerontopsykiatri til geriatrien vil betyde en faglig udvanding. De mest syge ældre vil blive kastebold mellem geriatrien, som ikke magter dem, og almenpsykiatriske afdelinger uden speciel viden om ældre.

Derimod skal arbejdsgruppen anbefale et tæt samarbejde mellem geriatrien og gerontopsykiatrien fx i form af gensidig tilsynsforpligtelse og om mulig placering af gerontopsykiatriske afdelinger på somatiske hospitaler med geriatriske specialafdelinger.

ARBEJDSFORM

Organisering af gerontopsykiatri som praktisk arbejdsredskab har udviklet sig forbavsende ensartet i forskellige dele af landet. Individuelle forskelle skyldes mere ressourcetildeling, fx. om man råder over egne afsnit til indlæggelse, og at nyetablerede ordninger visse steder i landet er pålagt brede målgrupper (for eksempel alle 65+-årige, dvs. 15% af befolkningen i ordninger, der langt fra har 15% af de samlede psykiatriske ressourcer).

Det, der synes at kendetegne den mere ressourcerige gerontopsykiatri herhjemme og i udlandet, fx. i gerontopsykiatriens fædreland England, er:

- 1) En klar målgruppe-afgrænsning.
- 2) Omhyggelig visitation før indlæggelsen.
- 3) Satsning på ambulant behandling i patientens eget hjem.
- 4) Undervisning af samarbejdspartnere (plejepersonale, praktiserende læger).

Ad 1

Klar målgruppeafgrænsning

Gerontopsykiatrien risikerer til stadighed at blive pålagt opgaver, som det øvrige behandlingssystem ikke finder tiltrækkende, og som sidst tilkomne område at blive overbebyrdet med grænsetilfælde, specielt hvor almenpsykiatrien alene har defineret, hvem den nyansatte gerontopsykiater skal tage sig af.

Det må derfor slås fast, at den gerontopsykiatriske målgruppe er gamle mennesker, hvor høj alder og somatisk sygdom m.m. (jvf, forrige afsnit om gerontopsykiatriens afgrænsning) gør den gerontopsykiatriske indfaldsvinkel med fokusering på somatik og medicinering mest hensigtsmæssig.

Gerontopsykiatri er ikke en organikerpsykiatri eller en plejehjemspsykiatri, således forstået at gerontopsykiatere ikke bør pålægges behandling af yngre hjerneskadede og yngre mennesker, som er plejehjemsanbragte, samt andre grupper, der er vanskeligt anbringelige og indpasselige.

Ad 2

Indlæggelsesprocedure

Når man i gerontopsykiatrien gør særligt meget ud af forvisitation og forebyggelse af unødvendig indlæggelse, hænger det sammen med to forhold. Ældre er særligt følsomme for miljøskift. En unødvendig indlæggelse kan være sygdomsfremkaldende og lader sig ofte ikke korrigeres med prompte udskrivning, som vil påføre patienten endnu et psykotraume. Herudover kæmper faget overalt, med indlæggelsesønsker, som snarere hænger sammen med manglende kommunalt plejehjemstilbud end psykiatrisk behandlingsmulighed.

Gerontopsykiateren orienterer sig, ligesom almenpsykiateren, mod diagnostisk udredning og behandling. Når patienten indlægges, bør det være med henblik på en tidsbegrænset koordineret psykiatrisk-somatisk behandling, genoptræning, præcis viderevisitation og plejetilrettelæggelse.

Ad3 Ambulant behandling

Det distriktspsykiatriske princip "behandling så tæt på patientens miljø som muligt" efterleveres i høj grad af alle ambulante gerontopsykiatriske ordninger, som generelt er gået et skridt videre, idet patienterne behandles i deres eget hjem/egen plejehjemsbolig. Ambulatorium og venteværelse er et ukendt begreb, dels fordi de ældre ofte er lidet mobile, dels fordi behandling i hjemmet i samarbejde med den primærkommunale ældreomsorg er det bedste tilbud.

En stor del af arbejdet vil ligge på plejehjem. Det må understreges, at hverken de gerontopsykiatriske læger eller gerontopsykiatriske sygeplejersker er konsulenter på plejehjemmene, men er et tilbud til den enkelte ældre, der henvises af egen læge, hvilket naturligvis samtidig indebærer udstrakt samarbejde med kommunalt ansat plejepersonale. Opgaverne er varierende, forslag til egen læge vedrørende diagnostisk udredning, laboratorieprøver, ordination eller seponering af medicin, herunder psykofarmaka, samt plejeanalyse og plejetilrettelæggelse, visitering, omvisitering m.m.

Ad4 Undervisning af samarbejdspartnere

Hovedparten af gerontopsykiatriske problempatienter henvises formentlig ikke til psykiatriske speciallæger. Vi ved, at mere end 80% af psykofarmaka på plejehjem ordineres af praktiserende læger, som kun er uddannet sporadisk i gerontopsykiatri og geriatrisk psykofarmakologi. Også plejepersonalet er hovedsageligt uddannet i somatisk pleje.

En overordentlig vigtig opgave for de gerontopsykiatriske ordninger er således vidensformidling på alle niveauer lige fra egentlige kursustilbud af flere dages varighed til den enkelte ambulante behandlingsseance, hvor hjemmehjælperen instrueres af den gerontopsykiatriske distriktsygeplejerske omkring en bestemt klient med et konkret problem.

Næsten samtlige gerontopsykiatriske ordninger i Danmark står for en udstrakt undervisning med formaliseret undervisningstilbud i institutionelt eller privat regi. Interessen blandt samarbejdspartnere herfor synes grænseløs.

En videnskæssig kvalificering af de ikke-psykiatriske systemer, der rent faktisk forestår hovedparten af behandlingen af psykiatriske problemer hos ældre, er således én af gerontopsykiatriens mest betydningsfulde bidrag til folkesundheden.

Gerontopsykiatriens baggrund og forudsætninger

BAGGRUND I DANMARK

Det er ikke noget nyt, at det psykiatriske sygehusvæsen påtager sig ansvar også for ældre og for patienter med demenslidelser. Klientellet på statshospitalernes "kroniker-afdelinger" bestod af skizofrene, der var blevet gamle under livslangt hospitalsophold, men også af tidligere raske personer med aldersassocieret demens. Indtil for 10 - 15 år siden var patientflowet lavt, og ophold på afdelinger af denne type varede ofte livet ud. Der har næppe før 1980 været særlig forskel på sådanne afdelinger, hvad enten de var beliggende på hospital eller på psykiatrisk plejehjem. Arbejdet med det gamle patientklientel blev forbundet med lav status, både i læge- og plejegruppen (yngste reservelægevikar og retræteposter for plejepersonalet).

I Indenrigsministeriets Betænkning fra 1977 vedrørende den psykiatriske sygehusfunktion behandles gerontopsykiatriske problemer sparsomt.

Det anføres dog, at aldersfordelingen af de indlagte fra 1930'erne har "ændret sig radikalt, idet de ældre aldersgrupper er blevet mere og mere dominerende ... et stigende indlæggelsestal for geriatriske patienter forårsaget af dels befolkningens alderssammensætning, dels af samfundets aftagende evne til at huse psykiatrisk afvigende gamle inden for institutionerne, og en tiltagende vanskelighed ved at få disse patienter overflyttet til alderdoms- og plejehjem".

Når man i betænkningens kapitel IV vedrørende organisation af det psykiatriske sygehusvæsen fraråder, at gamle samles på særlige enheder, er der tale om et opgør med langtids- og kroniker-afdelinger og ikke om en afvisning af gerontopsykiatri som ekspertområde, idet muligheden for et sådan ekspertområde ikke overvejes i den 271 sider lange betænkning. Tværtimod anføres: "Ved at integrere disse gerontopsykiatriske patienter i almindelige psykiatriske enheder, kan man generelt set bedst sikre dem de bedste behandlingsmuligheder".

Alligevel var det på samme tidspunkt, at det første egentlige moderne gerontopsykiatriske afsnit oprettedes efter engelsk forbillede på afdeling O på Københavns Amts Sygehus i Glostrup på initiativ af overlæge Gudmund Magnussen og Jytte Willadsen.

Afdelingen havde fuldtidsarbejdende reservelæger og distriktskykiatrisk sygeplejerske, og der var mulighed for udadgående arbejde hvor også lægerne deltog efter distriktskykiatriske principper. Eksemplet dannede skole.

De mange gerontopsykiatriske ordninger, der er opstået i Danmark siden begyndelsen af 1980'erne, er således ikke resultatet af en central styring, men snarere af en række decentrale enkeltbeslutninger, hvis baggrund dels har været et ønske om rationalisering, dels en faglig interesse hos enkelte psykiatere. Specielt sengereduktionen i den hospitalsbaserede psykiatri synes at have fremtvunget en mere rationel brug af stationær hospitalsbehandling, og herunder etablering af nye, hovedsageligt ambulante tilbud til ældre potentielt plejekrævende patienter.

Den i Indenrigsministeriets Betænkning anførte stigning i indlæggelsestal af geriatriske patienter er således vendt siden midten af 1980'erne til et kraftigt fald i sengedagsforbrug, dels som følge af de psykiatriske afdelingers sengereduktion, hvor man specielt har nedlagt egentlige plejeafdelinger, dels som følge af en positiv udvikling i den primærkommunale ældreforsorg.

Såvel på almenkommunale plejehjem som i hjemmeplejen har man i de senere år i større udstrækning udviklet tilbud til en stor del af de plejkrævende patienter, der tidligere boede på stationære afdelinger på psykiatriske hospitaler. Det må dog samtidigt understreges, at antallet af gamle plejepatienter aldrig har været så stort på de daværende statshospitaler (før 1976), at det har betydet en væsentlig kvantitativ aflastning for det primærkommunale plejehjemssystem.

Gerontopsykiatrien er grundigere behandlet i de tre temarundepublikationer mellem 1988 og '91. Det anføres i Sundhedsministeriets baggrundsrapport 2 (behandlingsfunktionen), at "der må tilstræbes en udbygning af den gerontopsykiatriske distriktskykiatri ... Den psykiatriske behandling af ældre med svære depressioner eller forrykthedstilstande kræver speciel erfaring, og bør varetages af behandlere med en sådan erfaring". Samtidig advares flere steder i rapporten mod at indlægge ældre, hvor hovedproblemet er demens, hvilket går igen i "Oplæg til temaplanrunde" og i Sundhedsstyrelsens "Afrapportering af temaplanrunden".

I "oplæg til temaplanrunde" anføres, at "ældre psykiatriske patienter over 65 år frembyder et særligt fagområde inden for psykiatrien ... Behandlingsfunktionerne, undervisningsfunktionerne samt samarbejdsrelationer vil med stor fordel kunne udføres af distriktskykiatrisk team".

I afrapporteringsrapporten nævnes gerontopsykiatrien atter som et særligt område. Det fremgår endvidere - hvilket ikke er korrekt - at der findes "gerontopsykiatriske afdelinger til brug for korterevarende indlæggelser, hovedsagelig i forbindelse med udredning og diagnosticering i samtlige amter".

I de tre rapporter tages ikke stilling til muligheden for gerontopsykiatri som et selvstændigt speciale, og mens en ambulant gerontopsykiatri som anført anbefales, så gælder det ikke gerontopsykiatriske sengeafdelinger, idet man henviser til, at oprettelse af sådanne må bero på lokale forhold.

GERONTOPSYKIATRISK ORGANISATION UDEN FOR DANMARK

Gerontopsykiatri er et ungt speciale, som oprindeligt er vokset ud af krigs- og socialpsykiatri i efterkrigsårenes England, og som siden har vundet fodfæste i andre lande.

Sverige:

Gerontopsykiatri står meget stærkt, og Sverige markerer sig internationalt på linie med USA og England.

Der er gerontopsykiatriske professorater i Umeå, Lund og Göteborg. Gerontopsykiatrien er også i Sverige et uofficielt ekspertområde inden for almen psykiatri.

Norge:

Der er netop oprettet det første professorat i gerontopsykiatri (besat med en geriater). Området står i øvrigt stadig svagt.

Finland:

Gerontopsykiatri har her status som et egentligt subspecialt.

England:

Som beskrevet har England været foregangslandet og har igennem de sidste 40 år været inspirationskilde, hvad angår gerontopsykiatri. I 1990 fik området status som officielt speciale. **The Royal College of Psychiatrists anbefaler, at hver tredje stilling i voksenpsykiatrien med tiden reserveres gerontopsykiatriske specialister.**

Tyskland og Holland:

Her har der gennem de sidste 10 år været kraftig vækst i gerontopsykiatrien, men det er stadig et uofficielt ekspertområde.

USA og Canada:

Området har efterhånden megen prestige, hvilket ikke mindst skyldes interesseorganisationerne omkring morbus Alzheimer.

Der er livlig forskningsaktivitet, delvis styret af AAGP (American Association of Geriatric Psychiatry).

FAGLIGE ORGANISATIONER

IPA:

International Psychogeriatric Association blev stiftet i 1983, har nu omkring 2.000 medlemmer, repræsenterende samtlige I-lande og mange U-lande.

Der afholdes international kongres hvert andet år samt talrige work-shops og mindre arrangementer.

Norage:

Nordic Society for Research in Brain Ageing blev stiftet i Malmø i april 1991.

Foreningens formål er at fremme forskning, uddannelse og undervisning vedrørende hjerneforskning i gerontologisk perspektiv.

Der afholdes kongres hvert andet år. I 1992 havde foreningen 90 medlemmer fra de 5 nordiske lande.

Gerontopsykiatrisk interessegruppe:

Denne blev stiftet i maj 1988 som en gruppe under Dansk Psykiatrisk Selskab. Foreningens formål er at fremme og udbrede kendskabet til gerontopsykiatri ud fra såvel behandlings- som forskningsmæssige synsvinkler. Per 1.4.94 er der 41 medlemmer.

Der søges afholdt 2 symposier årligt.

Formand: Kirsten Abelskov. Gerontopsykiatrisk afdeling D, Psykiatrisk Hospital i Århus, 8240 Risskov.

Demografiske forhold

BEFOLKNINGSSAMMENSÆTNING - OG UDVIKLING

De 65+årige udgør 15,5% af befolkningen og de 80+-årige 3,9%. Antallet af ældre og specielt de helt gamle over 80 år er steget kraftigt gennem de sidste 100 år, ligesom de ældres relative andel af befolkningen er øget. Således er antallet af 80+-årige ti-doblet siden år 1900, medens befolkningen kun er fordoblet. Antallet af 65+-årige og 80+-årige vil i de næste 25 år ligge relativt konstant.

Danmarks Statistik udarbejder hvert år befolkningsprognoser (befolkningsfremskrivninger) med udgangspunkt i den seneste befolkningsopgørelse og under hensyntagen til den hidtidige udvikling i fertilitet, dødelighed og flytninger (vand ringer).

Det følgende stammer fra landsprognosen for perioden 1992-2030 (reference 5). Fertiliteten er forudsat at stige fra 1682 levendefødte pr. 1000 kvinder i 1991 til 1800 i 1995, hvorefter fertiliteten er holdt konstant. Det er forudsat, at mændenes dødelighed fortsætter med at falde frem til år 2001 med samme relative styrke som i perioden fra 1976-80 til 1986-90, mens kvindernes dødelighed er holdt konstant på niveauet fra 1989-90.

Disse forudsætninger resulterer i, at mændenes middellevetid stiger fra 71,8 år til 72,2, hvorimod kvindernes forbliver konstant 77,7 år.

Der er endvidere forudsat samme nettoindvandring (5800 personer om året) og samme køns- og aldersfordeling, som de ind- og udvandrede havde i årligt gennemsnit i perioden 1988-91.

Befolkningstilvæksten vil blive positiv i årene fra 1992 til år 2004 på grund af den stigende fertilitet. Efter dette år bliver tilvæksten negativ, fordi antallet af levendefødte falder stærkt på grund af det stadig mindre antal kvinder i de fertile ældre.

I tabel 1 er vist udviklingen i befolkningen for nogle udvalgte aldersgrupper og for årene 1992, 1995, 2000, 2010, 2020 og 2030.

Antallet af personer i alderen 25-64 år vokser frem til år 2000 med 5%, hvorimod der sker et fald i den sidste del af perioden, således at gruppen vil være 5% mindre år 2030 sammenlignet med år 1992.

Nedgangen i antallet af 65 - 79-årige er resultat af de stadigt mindre fødselsårgange gennem 1920'erne og 1930'erne. Først efter år 2010 vil de store årgange fra midten af 1940'erne nå pensionsalderen, og derefter vokser antallet i denne gruppe igen.

I perioden 2020 - 2030 vil gruppen af 65 - 79-årige være 25% større end i 1992. Antallet af 80-årige og derover stiger først betydeligt efter år 2020. År 2030 vil der være 33% flere i denne aldersgruppe end i 1992. En del af stigningen skyldes ændringer i fødselsårgangenes størrelse, men noget af den skyldes også faldet i dødeligheden for personer over 60 år, som virkelig slår igennem.

Tabel 1

Antal personer i udvalgte aldersklasser ifølge landsprognosen 1992 – 2030
Absolutte tal samt relativ udvikling (1992 – 2030)

	Absolutte tal i tusinde					
alder	1992	1995	2000	2010	2020	2030
25 -64 år	2.745	2.802	2.885	2.822	2.686	2.606
65 – 79 år	607	594	579	632	764	758
80+ år	197	205	206	204	200	261
Hele Befolkningen	5.162	5.194	5.244	5.251	5.176	5.093

	Relativ udvikling (1992 = 100)					
alder	1992	1995	2000	2010	2020	2030
25 -64 år	100	102	105	103	98	95
65 – 79 år	100	98	95	104	126	125
80+ år	100	104	105	104	102	133
Hele Befolkningen	100	101	102	102	100	99

PSYKIATRISK SYGELIGHED I ALDERDOMMEN

Det anføres ofte, at prævalens af alvorlig psykiatrisk lidelse er 2-3 gange så højt hos 65+-årige i forhold til 20-65-årige på baggrund af stærk stigning i incidensen af organiske sygdomme og uændrede eller stigende hyppighed af ikke organiske sindslidelser.

Prævalensundersøgelser i vest-europæiske lande og USA har givet ret ensartede tal vedrørende tunge diagnoser som svær demens og alvorlig depression hos ældre, mens angivelser vedrørende fx neurose, misbrug og let demens varierer stærkt, til dels afspejlende forskellige diagnosekriterier og sociale forhold (tabel 2).

Tabel 2
Prævalens af psykiatriske lidelser hos 65+-årige

	Prævalens
Svær demens	4 - 6 %
Let demens	5 -20 %
Svær depression	2 - 4 %
Paranoid psykose, skizofreni	1 - 4 %
Neurose	3 - 20 %
Karakterafvigelse	2 - 10 %
Alkoholisme	0,3 - 3 %

Vedrørende indlæggeshyppighed i Danmark i forhold til aldersgruppe findes en forbavsende overensstemmelse mellem den 65+-årige og 80+-åriges procentvise andel af befolkningen og andel af det samlede indlæggelsestal. (tabel 3). De ældre er derimod overrepræsenterede blandt 1.gangs indlæggelser, hvor næsten hver fjerde indlagt er 65 år og derover.

Tallene bliver endnu mere markante vedrørende affektive sindslidelser, hvor mere end hver tredje indlagt hører til aldersgruppen 65+-årige, og hver tiende 1.gangs-indlagte er 80 år eller derover (tabel 4).

Det kan ikke komme som en overraskelse, at 65+-årige udgør 80% af samtlige indlagte under diagnosen demens (og 90% af 1.gangs-indlagte) (tabel 5).

Depression og demens regnes traditionelt til de store gerontopsykiatriske lidelser ligesom delir (konfusion) og parafreni. Sidstnævnte diagnoser gemmer sig under så forskelligartede ICD-8 kategorier i det demografiske materiale, at angivelser af størrelsesorden for indlæggelsestal ikke lader sig udtrække fra det psykiatriske centralregister.

Indlæggelser under andre diagnoser falder med alderen. Mest markant er det for skizofreni, hvilket formentlig er udtryk for, at mange skizofrene med tiden finder et blivende sted, eller at sygdommen brænder ud.

Det kan konkluderes, at antallet af helt gamle (80+-årige) er øget noget de senere år, hvilket har ført til et større indlæggelsespres, specielt hvad angår affektive og organiske sindslidelser.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at specielt indlæggelsestallet for demens med kun omkring godt 500 førstegangsindlæggelser kan give anledning til bekymring for, at landets psykiatriske afdelinger nu fører en for restriktiv indlæggelsespolitik, så ældre demente foreholdes diagnostisk udredning og psykiatrisk behandling.

Tabel 3

Årligt indlæggelsestal på psykiatriske hospitaler i forskellige aldersgrupper
(Statistik E. Det Psykiatriske Centralregister)

	Samtlige indlæggelser				% af samtlige indlæggelser	
	Alle	65+	65 -80	80+	65+	80+
1991	33626	4952	3841	1111	14,7	3,3
1992	35028	5316	4145	1171	15,2	3,3
1993	34941	5287	4033	1254	15,1	3,6

	Førstegangsendlæggelser				% af samtlige førstegangsendlæggelser	
	Alle	65+	65 – 80	80+	65+	80+
1991	6163	1469	966	503	23,8	8,2
1992	6476	1594	1070	524	24,8	8,1
1993	6738	1612	1032	580	23,9	8,6

Tabel 4

Årligt indlæggelsestal på psykiatriske hospitaler af patienter med hoveddiagnose affektiv sindslidelse i forskellige aldersgrupper (Diagnosegruppe 2. Statistik E. Det Psykiatriske Centralregister)

	Samtlige indlæggelser				% af samtlige indlæggelser under diagnosen affektiv sindslidelse	
	Alle	65+	65 -80	80+	65+	80+
1991	5456	1837	1527	310	33,7	5,7
1992	6017	2064	1670	394	34,3	6,5
1993	6006	2123	1735	388	35,3	6,5

	Førstegangsendlæggelser				% af samtlige indlæggelser under diagnosen affektiv sindslidelse	
	Alle	65+	65 – 80	80+	65+	80+
1991	703	266	199	67	37,8	9,5
1992	770	307	229	78	39,9	10,1
1993	854	356	263	93	41,7	10,9

Tabel 5

Årligt indlæggelsestal på psykiatriske hospitaler af patienter med hoveddiagnose demens i forskellige aldersgrupper (Diagnosegruppe 3 og 4. Statistik E. Det Psykiatriske Centralregister)

	Samtlige indlæggelser				% af samtlige indlæggelser under diagnosen demens	
	Alle	65+	65 -80	80+	65+	80+
1991	1253	1005	556	449	80,0	35,8
1992	1250	1008	582	426	80,6	34,1
1993	1232	1004	535	469	81,5	38,1

	Førstegangsendlæggelser				% af samtlige indlæggelser under diagnosen demens	
	Alle	65+	65 – 80	80+	65+	80+
1991	574	515	261	254	89,7	44,3
1992	605	549	290	259	90,7	42,8
1993	591	536	255	281	90,7	47,5

Organisatorisk struktur i Danmark

AMTSLIG PLANLÆGNING

Den stigende interesse for ældreproblemer, for svage ældre med fysiske og psykiske sygdomme og ikke mindst for senil demens (den stille epidemi) har ført til adskillige udredningsarbejder, foranlediget af amternes sundheds- og socialforvaltninger. Herudover har Dansk Sygehus Institut afholdt to konsensuskonferencer vedrørende senil demens i 1989 med efterfølgende udgivelse af rapporter. Der foreligger en større rapport fra Socialministeriet vedrørende demens fra 1991, en rapport vedrørende dementes rettigheder ved det Danske Center for Menneskerettigheder fra 1990, og en rapport fra Ældre Sagen omhandlede vigtige organisatoriske og juridiske aspekter af demensproblemet fra i 1993.

Det gerontopsykiatriske ad hoc-udvalg har i løbet af 1993 henvendt sig i samtlige amter og i Københavns og Frederiksberg kommuner og har indsamlet følgende afrapporteringer:

- 1) Mødereferat fra Københavns amts sygehusudvalg, evaluering af de tre gerontopsykiatriske teams. 1989
- 2) Rapport om senildemente i Frederiksborg amt. April 1991. Socialchefforeningen.
- 3) Sundhedsplan. Tema psykiatri. Amt og kommuner i Vestsjælland. Marts 1992.
- 4) Behandling af senile mennesker, en undersøgelse af psykiatrifunktionen for ældre i Storstrøms amt. Social- og sundhedsforvaltningen i Storstrøms amtskommune. 1983.
- 5) Strukturbeskrivelse for distriktsgerontopsykiatri. Amtshospitalet i Vordingborg under Centralsygehuset i Næstved. Overlæge Niels Bjørndal. Maj 1993.
- 6) Udspil fra arbejdsgruppen vedrørende gerontopsykiatrisk funktion på Vestfyn. Fyns amt, Fællessekretariatet for Psykiatri. Februar 1991.
- 7) Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende gerontopsykiatrisk team i Odense/Østfynsområdet. Fællessekretariatet.
- 8) Udspil fra arbejdsgruppen vedrørende gerontopsykiatri på Sydfyn. Fællessekretariatet. 1990.
- 9) Gerontopsykiatri i Århus amt. Rapport fra en tværsektoriel arbejdsgruppe for psykiatri. 1991.
- 10) Temaplanrunde i psykiatri. Rapport fra arbejdsgruppen vedrørende gerontopsykiatri. Nordjyllands amt. Socialforvaltningen. 1991.
- 11) Principplan for det psykiatriske område. Sønderjyllands amt. Social- og sundhedsforvaltningen. Oktober 1991.
- 12) Uddrag af psykiatriplan vedrørende gerontopsykiatrisk afdeling på plejehjemmet Birkevangel. Ribe amt. 1991.
- 13) Afrapportering vedrørende den fremtidige kapacitet og struktur for behandling og pleje af ældre med psykiske lidelser. Viborg amt. 1989.

Tre amter (Ringkøbing, Roskilde og Vejle) har ikke udarbejdet planer eller rapporter vedrørende gerontopsykiatri.

Af de tilsendte rapporter fremgår, at nogle amter betoner de sociale og plejemæssige aspekter for senil demente borgere, mens en specialiseret gerontopsykiatri berøres mere perifert. Det gælder fx Bornholm, Frederiksborg og Ribe amt.

I rapporten fra Københavns, Vestsjællands, Storstrøms, Fyns, Århus' og Nordjyllands amter er der redegjort for en hospitalsbaseret gerontopsykiatri med stationære hospitalsafdelinger og ambulante udadgående funktion, dels som en statusbeskrivelse og dels i fremtidsperspektiv.

Den hospitalsbaserede gerontopsykiatri er forvaltningsmæssigt forskelligt placeret. Nordjylland og Viborg amt i socialt regi, i Århus og Fyns amt er der tale om en tværsektororganisation. I de øvrige amter er psykiatrien placeret under sygehusforvaltningen.

Som det nærmere vil blive belyst nedenfor, fremgår det også af de amtslige udredningsarbejder, at den gerontopsykiatriske målgruppe defineres forskelligt, strækkende sig fra kun demente ældre til alle borgere over 65 år.

GERONTOPSYKIATRIENS STRUKTUR I DANMARK (Enquete)

Med henblik på at belyse de gerontopsykiatriske ordninger i Danmark er spørgeskemaer udsendt til centralt placerede cheflæger eller administrerende overlæger i de 14 amter, Københavns kommune og Frederiksberg kommune (de 16 administrative områder er i det følgende kaldt "amterne"). Af 37 udsendte spørgeskemaer er 35 besvarede. Supplerende er udsendt spørgeskemaer til landets gerontopsykiatriske afdelinger, stilet til ansvarshavende læge (overlæge, afdelingslæge m.m.).

I 4 af de 16 amter er der ikke etableret en lægelig gerontopsykiatri, defineret som lægeligt ledede ordninger (ambulante teams, sengeafdelinger), alene beregnet på ældre. Dette er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at ældre ikke behandles, og at almenpsykiatere ikke arbejder gerontopsykiatrisk. Det er dog påfaldende, at det fremgår af spørgeskemaerne, at der på tidspunktet for besvarelsen kun var indlagt ganske få ældre på 80 og derover, på psykiatriske afdelinger i de berørte amter (for eksempel kun 2 i Vejle amt og 0 i Roskilde amt).

I landets øvrige 12 amter er der etableret i alt 21 gerontopsykiatriske ordninger med meget forskellige ressourcer lige fra større afdelinger med 30 - 36 senge, flere overlæger og reservelæger, fast tilknyttede psykologer og distriktssygeplejersker til ambulante gerontopsykiatri med én enligt arbejdende læge uden personale, og kun løst tilknyttet en hospitalsafdeling.

I 3 amter er gerontopsykiatrien ikke amtsdækkende. Det gælder fx. Københavns kommune, hvor der kun på Bispebjerg psykiatriske afdeling er et gerontopsykiatrisk specialafsnit. Der er i 9 amter et gerontopsykiatrisk tilbud til alle ældre indenfor de enkelte ordningers målgruppe (se nedenfor) uafhængigt af bopæl.

I 5 amter udgår gerontopsykiatrien fra én afdeling/centre, i 5 fra 2 og i 2 amter fra 3 forskellige afdelinger. Fem af de 21 gerontoordninger er udelukkende ambulante, og de ældre indlægges her i almenpsykiatrien. Der er 16 egentlige gerontopsykiatriske sengeafdelinger, hvoraf 3 ikke har tilknyttet distriktspsykiatri, mens 13 afdelinger kan tilbyde såvel ambulante distriktsbehandling som mulighed for indlæggelse på gerontopsykiatrisk specialafdeling.

De 18 ordninger med ambulante gerontopsykiatri arbejder efter strengt distriktspsykiatriske principper, idet den gerontopsykiatriske behandling ikke er henlagt til egentlige ambulatorier, men til patienternes egne hjem eller plejehjemsboliger.

Den samlede gerontopsykiatriske sengekapacitet er i Danmark 361 senge. De 16 gerontopsykiatriske specialafd./afsnit har således en gennemsnitlig sengekapacitet på 22,6 senge fra 8 til 36 senge. En enkelt afdeling er etableret på amtsplejehjem (8 "akutte" senge) resten er tilknyttet psykiatriske hospitaler og afdelinger. Alle afdelinger satser hovedsagligt på kortere indlæggelser til udredning og behandling, men 7 af de 16 afdelinger har også langtidspatienter. Ingen er udelukkende plejeafdelinger.

To afdelinger modtager ikke akutte patienter, men kun overflyttere fra almenpsykiatriske modtageafdelinger. De øvrige 14 har akut modtagelse.

Kun 2 af de 21 gerontopsykiatriske ordninger udgør administrativt selvstændige områder med egen administrerende overlæge, de øvrige er formelt tilknyttet almenpsykiatrien og deler administrerende overlæge med almenpsykiatriske afsnit.

Bemanding

Til de 21 ordninger er tilknyttet 26 læger i slutstilling (23 overlæger, 2 afdelingslæger, 1 sygehuslæge). På hovedparten af afdelingerne er kun ansat én overlæge. På 5 afdelinger er ansat 2 læger i slutstilling. Blandt de 26 arbejder 15 udelukkende med gerontopsykiatri, 6 hovedsagligt med gerontopsykiatri (har ofte samtidig ansvaret for langtids-rehabiliteringsafdelinger) mens 5 har en mere perifer tilknytning med større forpligtelser på andre felter (administration, almenpsykiatri, almen distriktspsykiatri). På flere afdelinger har man planlagt udbygning af lægestaben, og **der er per 1.4.1994 i alt 7 nynormerede ubesatte overlæge/afdelingslægestillinger, hvor der trods opslag ikke har været ansøgere. Disse 7 stillinger er ikke indregnet i de 26 stillinger ovenfor.**

På 17 afdelinger er ansat i alt 31 reservelæger, mens overlægen arbejder alene på 4. Kun 8 af de 31 har udelukkende opgaver i gerontopsykiatrien, 23 har vagtforpligtelse og anden tilknytning til almenpsykiatri. I de 18 ordninger, hvor der er ambulante distriktsstilbud, arbejder 32 fuldtids gerontopsykiatriske distriktspsygeplejersker (fra 1 - 7 pr. ordning). Psykologer og socialrådgivere "lånes" som hovedregel i almenpsykiatrien og er kun løst tilknyttet de gerontopsykiatriske afdelinger. På enkelte afdelinger figurerer "en halv" psykolog eller "en halv" socialrådgiver. På 4 gerontopsykiatriske afdelinger er der fuldtidsansatte psykologer.

Det generelle billede

Amterne i Danmark synes at kunne inddeles i 4 kategorier hvad angår gerontopsykiatriske ordninger.

Kategori 1

Gerontopsykiatrien er amtsdækkende med fuldtidsarbejdende overlæger. Såvel sengeafsnit som distriktskykiatri er skilt ud fra almenpsykiatrien: Frederiksberg kommune, Storstrøms amt, Århus amt, Viborg amt.

Kategori 2

Amts-dækkende. Overlæger ofte kun deltidsarbejdende indenfor gerontopsykiatrien, eller der er ikke amtsdækkende gerontopsykiatriske sengeafdelinger: Københavns amt, Vestsjællands amt, Fyns amt, Ringkøbing amt.

Kategori 3

Det drejer sig oftest om ikke-amtsdækkende ordninger, ofte uden gerontopsykiatriske sengeafdelinger, eller småt dimensionerede hvad angår personaleressourcer: Københavns kommune, Sønderjyllands Amt, Ribe Amt, Nordjyllands Amt.

Kategori 4

Ingen formaliseret gerontopsykiatri: Frederiksborg amt, Roskilde amt, Bornholms amt, Vejle amt.

Benævelsen kategori 1 dækker ikke nødvendigvis over ideelle tilbud, hverken kvalitativt eller kvantitativt.

Der tegner sig i øvrigt et billede af gerontopsykiatriske ordninger, som er små, svagt funderede med enligt arbejdende overlæge og sparsomme personaleressourcer i øvrigt. I amterne i kategori 4 foregår naturligvis noget gerontopsykiatrisk arbejde. men de meget lave indlæggelsestal vedrørende 80+ årige tyder på, at de ældre reelt er valgt fra.

Arbejdsgruppen må konkludere, at de ældre i Danmark ofte må nøjes med et discounttilbud i forhold til de yngre og midaldrende i almenpsykiatrien, og det må befrygtes, at ældre i bestemte områder i Danmark reelt ikke har noget tilbud om fagpsykiatrisk assistance.

GERONTOPSYKIATRISK DAGHOSPITAL

I tre gerontopsykiatriske ordninger er det muligt at behandle patienterne i daghospitals regi. Ordningen kræver et tilstrækkeligt befolkningsunderlag og overskuelige afstande mellem hjem og daghospital, og kan med fordel etableres i større byområder.

Erfaringer fra Bispebjerg Hospitals psykiatriske afdelings gerontopsykiatriske daghospital har vist, at denne behandlingsform kan anvendes som

- 1) Efterbehandling og stabilisering efter indlæggelse på stationært afsnit hos ældre og meget gamle patienter med svære psykiske lidelser.
- 2) Udredning og behandling af for eksempel depressive og paranoide tilstande hos patienter, som med en vis grad af psykosocial støtte kan klare sig uden døgnindlæggelse.

3) Langtidsbehandling (år) af gamle og midaldrende patienter med svære sindslidelser, hvor andre foranstaltninger ikke kan anvendes.

Fordelene er bl.a., at stationær indlæggelse kan undgås, samtidig med at pleje og observation og behandling sikres. Daghospitalsordninger kræver en forsvarlig normering og bør være en integreret del af en gerontopsykiatrisk service, bestående af distriktsordning og døgnafsnit.

SOCIALPSYKIATRISKE INSTITUTIONER

Arbejdsgruppen har ikke indsamlet oplysninger ved rørende amternes socialpsykiatriske institutioner, hvorledes det gerontopsykiatriske klientel indpasses på disse, og om udbredelsen af egentlige gerontopsykiatriske plejehjem eller gerontopsykiatriske afdelinger på de amtslige institutioner.

Arbejdsgruppens medlemmer har naturligvis kendskab til såvel specialafdelinger som specialinstitutioner til ældre, men også til institutioner, hvor yngre og ældre søges integreret.

Erfaringer fra ind- og udland viser, at en sådan integration ikke er tilrådelig. Det er desværre også en erfaring, at specielt yngre, vanskeligt anbringelige klienter søges indpasset på deciderede gerontopsykiatriske plejehjem fx adfærdsforstyrrede oligofrene og unge apoplektikere. Det er arbejdsgruppens opfattelse, at en sådan "dumping" bør frarådes.

De yngre finder det demoraliserende, og de skrøbelige gamle risikerer at blive udsat for vold og udnyttelse og at blive forfordelt af personalet hvad angår tid og ressourcer i forhold til de yngre.

Arbejdsgruppen finder det naturligt, at de amtslige gerontopsykiatriske hospitalsafdelinger og ambulante ordninger ressourcemæssigt er dimensioneret til at påtage sig konsulentforpligtelse på de egentlige gerontopsykiatriske plejehjem og plejehjemsafdelinger.

MÅLGRUPPEN FOR DE FORSKELLIGE GERONTOPSYKIATRISKE ORDNINGER

(Enquete)

Et særligt spørgeskema, blandt andet vedrørende målgruppe er sendt til læger i slutstilling, der fuldtids eller næsten fuldtids arbejder med gerontopsykiatri ambulant og/eller på gerontopsykiatriske specialafdelinger og afsnit.

Af 17 udsendte skemaer er 15 besvaret. Opgørelsen giver således et billede af målgruppeafgrænsninger i de forskellige amter.

Der er to kriterier, som benyttes i kombinationer: diagnoser og alder.

Med hensyn til diagnose anføres demens i ni af besvarelsene som en vigtig målgruppe. I to besvarelser peges på depressive tilstande og i to på paranoide psykoser hos ældre. Ellers nævnes, at man satser på ældre med alvorlige psykiatriske lidelser, nyopståede psykiatriske lidelser, på alderssvækkede ældre og på ældre psykiatriske patienter med fysiske sygdomme.

Målgruppe-afgrænsning efter aldersgrænser går igen i alle besvarelser. I tre tilfælde anføres specielt, at man også tager sig af patienter under 65 år, såfremt de frembyder demens. I fem ordninger nævnes grænsen 65+ år (65 år og derover) for behandling af demente, i fire gerontocentre angiver man at påtage sig udredning og behandling af alle henviste 65+-årige, i to centre alle 70+-årige og i to besvarelser alle 80+-årige.

Sammenfattende skal det anføres, at målgrupperne varierer fra ordning til ordning, og at kriterierne i den enkelte ordning ofte fortolkes smidigt. Det går igen i de fleste besvarelser, at målgruppen er såvel organiske som ikke organiske sindslidelser, og at alderskriterier er strengere for psykiatrisk lidende ældre med funktionelle sindslidelser, mens man påtager sig ansvaret for demente også blandt "de yngre ældre" og i nogle tilfælde også unge demente.

Ingen ordninger ser sig som ansvarlig for hele den organiske psykiatri eller definerer sig som kun demenspsykiatri.

I størstedelen af gerontopsykiatrien regner man med, at almenpsykiatere tager sig af yngre demente.

De ældre psykiatriske patienter med ikke-organiske sindslidelser ses især som målgruppe når det drejer sig om alvorlige sindslidelser (specielt psykoser), nyopståede tilstande og tilstande, som kan klares ambulant.

Overraskende anføres i seks tilfælde, at man har total ansvar for alle ældre over 65+ år (4 centre) eller 70+ år (2 centre). To af disse seks centre er udbyggede og velbemandede. De fire øvrige centre findes ikke i den ressourcestærke ende af landets varierende gerontopsykiatriske ordninger.

REKRUTTERINGSPROBLEMER

Det mest påtrængende problem i gerontopsykiatrien er rekrutteringsproblemet. Den af politikere og amtslige planlæggere ønskede udbygning af gerontopsykiatrien har vist sig uigennemførlig.

I perioden 1991 - 1993 har man måttet opgive at finde ansøgere til i alt 7 nyoprettede gerontopsykiatriske overlægestillinger.

En vigtig årsag er den stigende mangel på overlægekvalificerede ansøgere i psykiatrien som helhed. I de senere år er der også i almenpsykiatrien forekommet stillingsopslag uden ansøgere, endog på storby-afdelinger, hvilket hænger sammen med udbygning af distriktspsykiatriske ordninger og dermed en større stillingsmasse, samtidigt med at antallet af undervisningsstillinger ikke er vokset tilsvarende.

Gerontopsykiatrien som et nyt område er særlig udsat for svigtende rekruttering, på grund af

- 1) de ældres lave status i hospitalsvæsenet i det hele taget
- 2) manglende organisatorisk, akademisk og forskningsmæssig basis
- 3) manglende motivation i moderspecialet almen psykiatri til at give ressourcer til gerontopsykiatrien i tider med store omstruktureringer og tendens til nedskæring af sengetallet
- 4) en lidet attraktiv stillingsstruktur
 - a) faglig isolation (ene-overlæge)
 - b) små ressourcer
 - c) ingen selvstændige sengeafdelinger eller for små afdelinger

Forskning

INTERNATIONAL FORSKNING

Når det tidligere i rapporten er anført at gerontopsykiatri som fag, næppe kan beherskes fuldt ud af almenpsykiatere, som samtidigt har andre arbejdsopgaver og interesseområder, hænger det blandt andet sammen med de mange nye resultater af psykiatrisk forskning, og herunder ikke mindst en stærkt ekspanderende international forskning i gerontopsykiatri. Vidensmængden er specielt inden for gerontopsykiatrien nærmest eksploderet i de senere år.

Gerontopsykiatriske arbejder, der indtil for 5 - 10 år siden var en sjældenhed, udgør nu en stigende andel af stofmængden, ikke alene i specialtidsskrifter, men også i de førende almenpsykiatriske tidsskrifter som Brit J Psychiatry, Am J Psychiatry og også i Acta Psych Scand.

Gennem de seneste 10 år har mindst fire internationale videnskabelige tidsskrifter med rent gerontopsykiatrisk indhold set dagens lys (og i samme periode er udkommet fem større tekstbøger i "Geriatric Psychiatry" og tre i "Geriatric Psychopharmacology").

Internationalt fordeler den gerontopsykiatriske forskning sig på tre felter:

- 1) Basal hjerneforskning, ikke mindst molekylærbiologiske og -genetiske undersøgelser ved demens, samt forskning i moderne billeddiagnostiske metoder. Forskning i Alzheimer-demens er for eksempel i USA omgivet af megen prestige på linie med forskning i AIDS og cancer, og man regner med at ressourceforbruget til Alzheimerforskning svarer til 20% af de samlede udgifter til hele cancerområdet. Det siger sig selv at størstedelen af denne ressourceetunge biologiske forskning foregår langt fra gerontopsykiatri som klinisk speciale.
- 2) Socialpsykiatrisk forskning. Specielt demensepidemiologi er vist megen interesse, ligesom undersøgelser af økonomiske og sociale (herunder ikke mindst familiære) følger af befolkningernes ændrede alderssammensætning og den øgede hyppighed af aldersrelaterede psykiske lidelser.
- 3) Kliniske og terapeutiske undersøgelser har indtil for få år siden været et forsømt område, men i dag forlanger for eksempel FDA i USA også dokumentation for nye psykofarmakas effekt på ældre. Undersøgelser i almenpsykiatrien, hvor 65+ år er eksklusionskriterium er ved at være fortid. Grundige psykopatologiske og neuropsykologiske undersøgelser, specielt af demens, har ført til, at vi i dag står stærkere rustet i den kliniske demensdiagnostik. Vor viden om demenssygdommens klinik og psykopatologi er vokset langt mere end hvad angår nogen anden psykiatrisk lidelse - mest som udtryk for at området indtil nu har været negligeret.

Helt nye demensformer som Lewy-body demens er afgrænset og vi ved i dag at frontallapsdemens langt fra er nogen neurologisk raritet.

FORSKNING I DANMARK

Gerontopsykiatriens forudsætninger og udvikling i Danmark har hidtil ikke begunstiget en større forskningsmæssig aktivitet.

- a) Området er nyt
- b) Området har lav status
- c) Pionerer inden for gerontopsykiatrien er ikke udgået fra etablerede forskningsmiljøer
- d) Gerontopsykiatriske afdelinger er hyppigt oprettet af nød (omstrukturering, ønske om bedre udnyttelse af almenpsykiatriske ressourcer)

Ud fra en erkendelse af at hovedparten af svært psykisk syge ældre behandles af somatisk uddannede læger, ikke mindst almenmedicinere og af plejepersonale, har gerontopsykiatere hidtil koncentreret sig om vidensformidling og undervisning.

Gerontopsykiatere har således inden for de sidste 15 år publiceret betydelige mængder højst tiltrængt undervisningslitteratur, herunder to større lærebøger, adskillige mindre beregnet på plejepersonale og talrige oversigtsartikler i lægefaglige tidsskrifter.

Hvad angår egentlig forskning i snævrere akademisk forstand, har arbejdsgruppen forsøgt at opgøre antallet af videnskabelige artikler gennem de sidste 10 år.

Af rene gerontopsykiatriske arbejder er som et sikkert minimum siden 1985 publiceret 18 videnskabelige artikler i udenlandske tidsskrifter og 10 i Ugeskrift for Læger. Arbejderne fordeler sig især på socialpsykiatriske og epidemiologiske arbejder, men der er også forsket i rating scales og psykofarmakologiske emner.

IGANGVÆRENDE FORSKNINGSPROJEKTER

Blandt flere igangværende gerontopsykiatriske forskningsprojekter kan bl.a. nævnes:

1) Sct. Hans Hospital. Der forskes i demens af Alzheimers type i form af basale studier i farmakologiske og cellulære modeller (nerveceller og fibroblaster). En klinisk multicenterundersøgelse af sabeluzols mulige effekt på kognitive funktioner hos patienter med senil demens af Alzheimers type koordineres fra Sct. Hans Hospital.

2) Frederiksberg Hospital, gerontopsykiatriske afdeling D. En prospektiv undersøgelse af apopleksipatienter med hensyn til forebyggelse af depression og vurdering af livskvalitet. En diagnostisk screeningsundersøgelse af gerontopsykiatriske, indlagte patienter på Frederiksberg Hospital. Afdelingen deltager i flere farmakologiske multicenterundersøgelser: sabeluzol, cisordinol, risperidol.

3) Hillerød Svæhus. Psykiatrisk afdeling R og P. Forekomsten af depression og demens hos en befolkning på 65 år eller derover i Karlebo Kommune (2 Ph.D.-projekter). Undersøgelse af demensskalaer og andre gerontopsykiatriske vurderingsskalaer. Afdelingen deltager i multicenterundersøgelser: dels Sabeluzol og dels anvendelse af Selegiline hos patienter med sandsynlig Alzheimers sygdom.

4) Gerontopsykiatrisk afdeling D Risskov. Undersøgelse af psykopatologi på almenkommunale plejehjem, kombineret med en kontrolleret intervention omkring psykofarmakaforbrug i form af intensive undervisningsprogrammer på halvdelen af plejehjemmene. (Ph.D.-projekt). Herudover en validering af ICD-10 diagnoserne blandt indlagte gerontopsykiatriske patienter ved analyse af en række rating-scales.

5) Psykiatrisk afdeling P. Odense Universitetshospital. Epidemiologisk undersøgelse, hvis formål er at bestemme prævalens, incidens og finde risikofaktorer for udvikling af demens i aldersgruppen 65 - 84 år. (Ph.D.projekter indgår i undersøgelsen). Projektet indgår i EURODEM (EC Concerted Action for Epidemiology and Prevention of Dementia). Der indgår delprojekter, hvor man undersøger forekomsten af apolipoprotein E4, nicotinerge og muscarinerge receptorer på lymfocytter i perifert blod og pato-anatomiske hjerneforandringer hos patienter med demens. Endelig er der et delprojekt vedrørende demenssygdommenes plejebæhov og sundheds-økonomi.

FREMTIDEN

Det store svælg mellem samfundets ønske om ældreforskning og den relativt beskedne lægelige interesse for den type videnskab mindskes så småt i disse år. Ældre er forskningspolitisk højt prioriteret, hvilket udover områdets hidtidige beskedne status og heraf følgende vækstpotentiale, hænger sammen med den demografiske udvikling og socialøkonomiske forhold.

Forskningsrådenes tværvidevidenskabelige samarbejde peger på ældre som et særlig vigtigt felt.

Man må således formode at også gerontopsykiatrien i fremtiden vil blive involveret i større projekter, specielt tværfaglige, sammen med sociologer, geriatere, gerontopsykologer, neurologer samt de grundvidenskabelige discipliner.

I hvilken udstrækning gerontopsykiatrien magter at påtage sig denne opgave handler foruden de enkelte gerontopsykiateres talent, engagement og energi - om ressourcer og ikke mindst om tilgrænsende områders vilje til at give plads til det gerontopsykiatriske ekspertområde, her tænkes specielt på praksissektoren, almenpsykiatrien og geriatrien.

Gerontopsykiatrisk uddannelse

UNDERVISNING I GERONTOPSYKIATRI

Prægraduat:

Ved de tre universiteter undervises sparsomt i gerontopsykiatriske emner i forbindelse med psykiatriundervisningen på 2. del.

På Københavns Universitet bliver der således skemalagt 2 timer i demens, i Århus 2 timer i gerontopsykiatri og på Odense universitet 4 timer vedrørende demens og 2 timer i gerontopsykiatri.

Herudover undervises naturligvis i organisk psykiatri i bredere forstand. I tilgrænsende specialer er der også undervisning i nærtstående emner, således vedrørende demenstilstande i neurologi, og delir og demens i geriatri.

Postgraduat:

I forbindelse med kursus i almenmedicin undervises i Århus 3 timer i gerontopsykiatri. Herudover tilbydes i Lægekredsforenings regi spredte kurser i demens og gerontopsykiatri.

Intern medicin, som er rekrutteringsfeltet for geriatri, har via valgfrit geriatriisk delkursus enkelte timer i demenssygdomme, men er ellers uden uddannelse heri. Neurologiske speciallæger skal have psykiatrisk sideuddannelse og kan således have fået kendskab til gerontopsykiatri. Området indgår imidlertid ikke som krav trods et ikke ubetydeligt arbejdsfællesskab.

Geriatri, som til en vis grad deler patienter med gerontopsykiatri, har intet formelt krav om uddannelse i gerontopsykiatri, men man kan supplere med en ansættelse på en gerontopsykiatrisk afdeling. Uformelt undervises i gerontopsykiatri via et samarbejde mellem de geriatriiske afdelinger.

SPECIALLÆGEUDDANNELSEN

Både introduktionskursus øst og Vest indeholder 3 timers undervisning i gerontopsykiatri.

Siden 1987 er gerontopsykiatri tilbudt som et ikke-obligat tilvalgs kursus i speciallægeuddannelse i psykiatri. Der har i alt været afholdt 5 kurser, og skønsmæssigt har 40 - 50% af samtlige kursislæger deltaget. Antallet af valgfrie kurser er reduceret i 1993, således forstået, at hver kursist kun har mulighed for tilmelding til to valgfrie kurser mod tidligere tre. Samtidig er der nu flere valgmuligheder, og det betyder, at kun en mindre del af fremtidens psykiatere stifter bekendtskab med gerontopsykiatri som teoretisk fag.

I maj 1994 har DPS videreuddannelsesudvalg udsendt forslag til ny struktur af det teoretiske u-kursus. Det foreslås, at gerontopsykiatrien behandles sammen med børne- og ungdomspsykiatri på et 3 dages modul om **Aldersrelaterede Tilstande**. Gerontopsykiatrien vil med dette modul blive obligatorisk, men med omkostninger i form af en halvering af tidsforbrug, idet gerontopsykiatrien skal dækkes på omkring 1½ kursusdag af en samlet varighed af U-kurset på mellem 33 og 38 dage.

SPECIALLÆGEANERKENDELSE

Efter undervisningsstillingen kan 12 måneders 1. reservelægeansættelse på en gerontopsykiatrisk afdeling erstatte 6 af de 18 mdrs. 1. reservelægetid, der kræves til speciallægeanerkendelse.

De resterende 12 mdr. skal i så fald lægges på afdelinger med almene psykiatriske funktioner (Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 10/11 af 14.12.1993 for læger ansat i undervisningsstilling 01.01.1994 eller senere).³

§14 VURDERING TIL GERONTOPSYKIATRISK OVERLÆGESTILLING

Hidtil er ikke stillet formelle krav til ansættelse i overlægestilling på gerontopsykiatriske afdelinger, udover de almindelige forudsætninger ved §14 vurdering til almenpsykiatrisk ansættelse. Arbejdsgruppen har rettet forespørgsel til Sundhedsstyrelsen ved overlæge Mogens Kjærgård Hansen. Det er Sundhedsstyrelsens forventning, at der ved besættelse af gerontopsykiatrisk overlægestilling ved §14 vurdering i fremtiden vil blive forlangt, at ansøgeren har tilbragt mindst ét år af sine minimum 4 års 1. reservelægetid og afdelingslægetid på en gerontopsykiatrisk afdeling, gerne mere end 1 år.

Ved besættelse af en almenpsykiatrisk overlægestilling vil ét års ansættelse på gerontopsykiatrisk afdeling tælle fuldt inden for de minimum 4 år, der kræves, mens yderligere gerontopsykiatriske ansættelser ikke kan regnes med i §14 vurderingen.

GERONTOPSYKIATRI SOM SELVSTÆNDIGT SPECIALE?

Gerontopsykiatri er en del af almenpsykiatrien. Man har, ifølge overlæge Mogens Kjærgård Hansen fra Sundhedsstyrelsen, ingen planer om at oprette flere subspecialer. Tværtimod ønsker man at fremskynde en udvikling med færre solide blokke, men med mange muligheder for specialisering, uden at dette vil tage formel form af kriterier for subspecialer. Ifølge Sundhedsstyrelsen vil gerontopsykiatri således også i fremtiden have status af ekspertområde eller "uofficielt subspecialer".

SPØRGESKEMAUNDERSØGELSE ANGÅENDE YNGRE PSYKIATERES INTERESSE FOR GERONTOPSYKIATRI

Der blev efter 1993 udsendt et spørgeskema til alle U-kursister i psykiatri årgang 1991 og 1992. I alt blev der udsendt 91 skemaer, hvoraf 2 blev returneret pga flytning. Af de resterende 89 skemaer blev der returneret 71, hvilket gav en besvarelsesprocent på 80.

³ Det skal understreges at enkeltstillingsklassifikation hvad angår 1. reservelægestillinger endnu ikke er endeligt vedtaget.

Enogfyrre procent havde været ansat på en gerontopsykiatrisk afdeling, og 21 % planlagde en sådan ansættelse. Den hyppigste begrundelse for at søge en gerontopsykiatrisk stilling var, at det var et led i almenuddannelsen i psykiatri. Kun 3 angav som begrundelse et ønske om slutstilling inden for området. Seksogfyrre procent havde været eller skulle på valgfrit U-kursus i gerontopsykiatri. Af de 54%, der ikke skulle på kurset, angav flere, at de ikke havde haft mulighed for at vælge kurset. Andre nævnte, at det var et prioriteringsspørgsmål, når de valgfrie kurser var blevet reduceret til 2. Treoghalvfjerds procent fandt imidlertid, at det valgfrie kursus i gerontopsykiatri burde være obligatorisk. Der var kun 12 svarende til 17%, der havde været på andre gerontopsykiatriske kurser, hvoraf det hyppigste var 1-dages kurser.

Halvdelen fandt, at der var behov for kursus eller undervisning i gerontopsykiatri udover U-kursus.

Tretten procent havde været forskningsaktive inden for gerontopsykiatri.

De yngre læger blev også bedt om at vurdere, hvor mange af tilsynene på somatiske afdelinger, der drejede sig om gerontopsykiatri. To tredjedele vurderede, at det drejede sig om en 25 -75% af tilsynene.

Kursisterne blev spurgt om deres mening om gerontopsykiatriens indplacering. Toogtredive procent fandt, at gerontopsykiatrien burde være "ekspertområde", 31 % at den burde være et "grenspeciale" og 24%, at den hører ind under almenpsykiatrien.

Kun 4% stillede mod en slutstilling inden for gerontopsykiatri, hvorimod 75% angav, at de ikke ønskede en slutstilling inden for området, mens resten ikke havde taget stilling.

Konklusionerne af undersøgelsen er, at 3/4 mener, at det valgfrie U-kursus i gerontopsykiatri bør være obligatorisk, og halvdelen finder, at der derudover er behov for undervisning inden for området. Gerontopsykiatri udgør en væsentlig del af tilsynene på somatiske afdelinger. Hovedparten ønsker, at gerontopsykiatri skal være "ekspertområde" eller "grenspeciale". På trods af den store interesse for undervisning inden for området og ønske om, at området udskilles fra almenpsykiatrien, er der imidlertid meget få, der ønsker slutstilling inden for gerontopsykiatri. Dette medfører, at der er et betydeligt rekrutteringsproblem blandt yngre psykiatere.

Forslag til målgruppeafgrænsning og amtslig organisation.

Hvorledes målgruppen for den gerontopsykiatriske behandling afgrænses, vil være af afgørende betydning for den gerontopsykiatriske struktur og organisation i de enkelte amter.

Det skal endnu engang understreges, at de patienter, der kan profitere af en behandling inden for den gerontopsykiatriske referenceramme, er patienter i en fremskreden alder, som frembyder et komplekst sygdomsbillede med samspil mellem psykiatriske symptomer og faktorer, som fx organisk cerebral lidelse, somatisk sygdom og polyfarmaci.

Biologisk velbevarede ældre, hvor der ikke er mistanke om demens, og med de samme psykiatriske lidelser, som kan ses blandt yngre og midaldrende, har ikke et specielt behov for et gerontopsykiatrisk tilbud.

Arbejdsgruppen har diskuteret tre modeller for den gerontopsykiatriske organisation.

- 1) Totalansvarsmodellen
- 2) Minimalmodellen
- 3) Balancemodellen

Totalansvar (fikseret aldersgrænse)

I visse områder i England er gerontopsykiatrien udskilt fra almenpsykiatrien med et totalt ansvar for alle 65+ -årige. Fordelen ved denne model er klar ansvarsfordeling mellem geronto- og almenpsykiatri og en gennemskuelig ressourcefordeling mellem ung og gammel.

En grov tommelfingerregel er, at prævalensen af psykiatriske lidelser er dobbelt så høj blandt 65+-årige som blandt patienter i de yngre aldersgrupper. Både i England og i Danmark udgør de 65+-årige godt 15% af befolkningen, hvilket vil sige, at gerontopsykiatrien burde råde over omkring en trediedel af de samlede ressourcer, og hvis man ser bort fra børnepsykiatrien, en endnu større procentdel af ressourcer til voksenpsykiatrien.

I "The Royal College of Psychiatrists" rapport anbefales netop, at der uddannes en gerontopsykiater for hver to almenpsykiatere.

Rent faktisk er der beskedent dimensionerede gerontopsykiatriske ordninger i Danmark, som er pålagt behandlingsansvar for alle 65+-årige, det vil sige at ældre i disse ordninger risikerer at blive ressourcemæssigt forfordelt i forhold til yngre med samme problematik.

Arbejdsgruppen kan **ikke** anbefale modellen med totalansvar.

På baggrund af det ringe antal gerontopsykiatere vil modellen rent praktisk være uigennemførlig mange år frem i tiden, men vigtigere er, at det store flertal af yngre ældre, det vil sige de 65 - 75 årige uden organiske lidelser, ikke har behov for en gerontopsykiatrisk indfaldsvinkel.

Sætter man grænsen på 70 eller 75 år for en totalløsning, vil en del patienter under denne grænse med cerebral eller somatisk sygdom skulle behandles i almenpsykiatrien, hvilket heller ikke vil være hensigtsmæssigt.

Minimalmodellen

Det er i sidste ende et holdningsspørgsmål, om hvor lidt gerontopsykiatri man kan klare sig med i de enkelte amter, eller om der overhovedet er behov for ekspertområdet.

I tre større amter i Danmark findes tilbudet ikke, og ifølge besvarelserne i ad hoc gruppens spørgeskema finder psykiatere i disse områder ikke, at der er behov, og at de ældre kan indpasses i almenpsykiatrien.

Arbejdsgruppen deler ikke denne opfattelse og skal anbefale, at der er gerontopsykiatrisk tilbud i samtlige amter og i de to hovedstadskommuner.

Arbejdsgruppen opfatter det minimale omfang af gerontopsykiatrisk service på amtsplan, som

- 1) Et amtsdækkende tilbud til en velafgrænset gruppe af ældre patienter (se nedenfor)
- 2) En selvstændig gerontopsykiatrisk organisation
- 3) Selvstændigt sengeafsnit, kun til målgruppen
- 4) Mulighed for ambulante tilbud og behandling i eget hjem og på plejehjem.

Det må bero på et skøn om, hvor småt dimensioneret en sådan ordning kan være, afhængig af baggrundsbefolkningens størrelse og alderssammensætning og målgruppens afgrænsning. Ved for småt dimensionerede ordninger er der risiko for faglig indavl, isolation og rekrutteringsproblemer.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at målgruppen som et minimum vil kunne begrænses til ældre demente (65 +-årige med morbus Alzheimer, vaskulær demens m.m.) og helt gamle over 80 år med sværere psykiatriske lidelser ud over de organiske, men at en sådan snæver definition vil medføre, at en stor del 65 - 80 årige med behov for gerontopsykiatrisk behandling unddrages muligheden herfor.

Et meningsfyldt behandlingsmiljø kan formentlig ikke etableres med afsnit på mindre end 10 senge og to eller flere gerontopsykiatriske læger⁴ i slutstillinger og et lignende antal distriktssygeplejersker og yngre læger for at opretholde gensidig inspiration intra- og interfagligt.

⁴ Hermed menes læger som ikke samtidigt er pålagt ansvar for andre typer patienter (fx kroniske skizofrene og lignende)

Den balancerede model

Arbejdsgruppen ser det ikke som sin opgave at fremkomme med en egentlig analyse af sengebehov eller detaljerede visitationsbestemmelser og målgruppe-afgrænsninger, men skal pege på, at de gerontopsykiatriske ordninger i Storstrøms amt, Århus amt, Sønderjyllands amts nordlige halvdel, Viborg amt, Vestsjællands amt og Frederiksberg kommune minder en del om hinanden med hensyn til struktur og ressourcer, og de kunne danne model og inspiration som et realistisk og rationelt gerontopsykiatrisk behandlingstilbud i de øvrige amter.

Det er arbejdsgruppens indtryk, at disse ordninger udmærker sig ved, at tærsklen for indlæggelse ikke afviger mellem ældre indlagte i gerontopsykiatrien og yngre i almenpsykiatrien ved samme sværhedsgrad af psykopatologi.

Afdelingerne er udrednings- og behandlingsorienterede og benyttes ikke til sociale indlæggelser ved insufficente tilbud i den kommunale ældreforsorg. Der lægges vægt på ambulantly udredning og behandling i eget hjem og på plejehjem. Målgruppen er ældre demente, alderssvækkede ældre med svære psykoser, blandede somatiske/psykiatriske problemer og ældre med nyopståede psykiatriske lidelser.

Som anført vil en snæver 65+ års grænse indebære risiko for, at ældre tildeles færre ressourcer end yngre.

Arbejdsgruppen skal anbefale, at der i ethvert amt opstilles operationelle kriterier for målgrupperne for gerontopsykiatri med henblik på afgrænsning over for almenpsykiatri, somatiske afdelinger og socialsektor.

Som et eksempel defineres målgruppen i Århus amt således:

- 1) Der indlægges kun patienter, der har behov for udredning og behandling (afgrænsning i forhold til socialvæsenet vedrørende vanskeligt anbringelige demente)
- 2) Alle 65 + -årige med demens (afgrænsning i forhold til almenpsykiatrien og somatikken vedrørende forpligtelse til at påtage sig ansvar for yngre med organiske hjernesygdomme, Huntington's chorea m.m.)
- 3) Alle 75 + -årige med nyopståede psykiatriske lidelser (afgrænsning i forhold til almenpsykiatrien vedrørende langtidspatienter, for eksempel patienter med manio-depressive psykoser og skizofreni)
- 4) Alle 80+-årige (det vil sige også patienter med kroniske psykiatriske lidelser siden ungdommen)

Aldersgrænserne tolkes smidigt og kan reguleres 5 måske 10 år ned ved komplicerende faktorer som neurologiske og somatiske sygdomme, bolig på plejehjem og lignende.

Som anført ser arbejdsgruppen det ikke som sin opgave at dimensionere den ideelle ordning, men har gjort sig tanker om en realistisk organisation.

Skulle man følge "The Royal College of Psychiatrists" rekommandationer, skulle der i Århus amt være ansat 6 overlæger og 6 reservelæger i gerontopsykiatrien, mens de reelle tal er 2 overlæger og 2 reservelæger.

Arbejdsgruppen skønner, at man bør relatere senge og personalebehov til antallet af helt gamle, og at en rimelig og realistisk dimensionering i årene fremover vil være omkring **20 senge, 2 overlæger**⁵, 1,5 yngre læger og 3 distriktssygeplejersker per 10.000 borgere over 80+ år.

Herudover bør et balanceret tilbud indebære psykologer, ergoterapeuter, fysioterapeut og socialrådgiver, som alene er tilknyttet den gerontopsykiatriske enhed.

Benyttes ovenstående beregningsgrundlag, er der på landsplan behov for 40 gerontopsykiatere i slutstilling. Sættes i stedet, at der per amt (inkl. Københavns og Frederiksberg kommune og ekskl. Bornholm) skal være ansat to overlæger, fås tallet 30 stillinger. Det faktiske tal i dag er 21 læger i slutstilling, som udelukkende (15) eller hovedsagelig (6) arbejder i gerontopsykiatrien.

⁵ Rent organisatorisk kan en sådan afdeling udmærket være underlagt en administrerende overlæge, der også har almenpsykiatriske afdelinger under sig, men de gerontopsykiatriske overlæger bør alene arbejde med gerontopsykiaatri med patienter på egne afsnit

Forslag vedrørende undervisning og uddannelse.

UNDERVISNING I GERONTOPSYKIATRI I ALMEN MEDICIN, INTERN MEDICIN, GERIATRI.

Der er i det foregående redegjort for uddannelsesniveau præ- og postgraduat.

Hovedparten af de gerontopsykiatriske behandlingsforløb varetages i dag af specialer. Herunder ikke mindst almen medicin - uden for psykiatrien.

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at gerontopsykiatri er et så betydningsfuldt område, at undervisning i gerontopsykiatri bør opprioriteres.

Arbejdsgruppen ser det dog ikke som sin opgave at give detaljerede anvisninger vedrørende omfang og indhold, specielt ikke hvad angår specialerne uden for psykiatrien.

Prægraduat undervisning

Vedrørende den prægraduate psykiatriundervisning kan arbejdsgruppen foreslå, at der på alle tre lægestudier tilbydes en speciel foredragsrække i gerontopsykiatri, evt. i forbindelse med den øvrige organiske psykiatri og neuropsykiatri.

Under 2. delstudiet bør kendskab til psykiatriske symptomer ved legemlige lidelser og psykiatriske bivirkninger af somatisk behandling prioriteres højt i forbindelse med undervisning i medicin og kirurgi. Det forekommer utilfredsstillende, at et så almindeligt symptom som delir ikke behandles grundigere. Delir er trods dramatiske psykiatriske symptomer hovedsagelig somatikernes behandlingsansvar, et faktum, som ofte ikke erkendes hos færdiguddannede læger.⁶

Postgraduat undervisning i almen medicin

Ved det teoretiske kursus ("150 timers-kursus") i forbindelse med videreuddannelse i almen medicin tilbydes i dag 3 timer i gerontopsykiatri i Århus, hvilket burde være et landsdækkende tilbud. I betragtning af specialet almen medicins bredde, forekommer 3 timer passende.

Herudover kunne gerontopsykiatri indgå som et efteruddannelsesstilbud inden for DADL's uddannelsessekretariats kurser, her tænkes specielt på centraliserede kurser for alment praktiserende læger for eksempel hvert andet eller hvert tredje år.

Intern medicin

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at mellem 3 og 6 timers undervisning i psykiatriske bivirkninger af medicin, delir, psykofarmakologisk behandling af den sengeflygtige patient, somatogene depressioner m.m. burde være obligatorisk ved U-kurser i intern medicin.⁶

⁶ Der er her ganske vist tale om feltet: de organiske sindslidelser, som strengt taget hører under almenpsykiatriens kundskabsområde, men området kan med fordel behandles af gerontopsykiatere, der bør være særligt velbevandrede i organisk psykiatri.

Geriatric

Specialet er gerontopsykiatri nærtstående og målgruppen overlappende.

I 1987 deltog to geriatriske kursislæger i tilvalgskursus i gerontopsykiatri. Initiativet er ikke senere fulgt op.

I den udstrækning, der ikke allerede i dag undervises heri ved U-kurserne i geriatri, bør kurserne suppleres vedrørende de vigtigste gerontopsykiatriske problemstillinger, specielt hvad angår diagnostik og behandling.

SPECIALLÆGEUDDANNELSE I PSYKIATRI OG KRAV TIL UDDANNELSE I EKSPERTOMRÅDET GERONTOPSYKIATRI

Almen psykiatri

Som argumenteret for andetsteds i rapporten (s 11 og s 44) skal arbejdsgruppen anbefale:

1) at mindst 3 og højst 6 måneders ansættelse på en gerontopsykiatrisk specialafdeling i forbindelse med U-stilling eller blokstilling etableres for alle i speciallægeuddannelse i almen psykiatri de steder, hvor det organisatorisk og kapacitetsmæssigt er muligt.

2) at U-kursus i gerontopsykiatri ændrer status fra tilvalgs- til obligatorisk kursus af passende varighed.

Herudover finder arbejdsgruppen:

3) at ansættelse som 1. reservelæge efter U-stilling på en gerontopsykiatrisk afdeling burde tælle fuldt som 1. reservelægetid i op til 6 måneder ved speciallægeanerkendelse, såfremt gerontopsykiatri ikke tidligere er indgået i vedkommende læges uddannelsesforløb, og såfremt den gerontopsykiatriske afdeling også dækker spektret af ikke organiske sindslidelser, har modtagefunktion og driver distriktskykiatri.⁷

Gerontopsykiatri

Arbejdsgruppen vil foreslå, at der ved besættelse af slutstillinger på gerontopsykiatriske afdelinger bør foretrækkes ansøgere med:

1) speciallægeanerkendelse i almen psykiatri

2) mindst i års ansættelse på en gerontopsykiatrisk afdeling med såvel stationær behandling som udadgående ambulante tilbud, jvf. Sundhedsstyrelsens udmelding (s 36)

Tidligere ansættelse på geriatriske afdelinger subsidiært længerevarende på intern medicinske afdelinger eller ansættelse ud over 12 måneder på neurologiske afdelinger må anses for ønskværdigt.

⁷ I modsætning til Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 10/11, se side 36

Forslag til løsning at rekrutteringsproblemet.

De påtrængende rekrutteringsproblemer i gerontopsykiatrien må løses, hvis ekspertområdet skal overleve på længere sigt.

Der er fire indbyrdes afhængige indfaldsvinkler til en eventuel løsning:

- 1) Gerontopsykiatriens image blandt psykiatere kan forsøges styrket
- 2) Yngre læger bør forsøges bragt i kontakt med området i større udstrækning end i dag
- 3) Man kan styrke uddannelse og forskning
- 4) Arbejdsvilkårene for gerontopsykiatere i slutstilling kan forsøges forbedret

Gerontopsykiatri synes at mangle gennemslagskraft inden for det psykiatriske fagfællesskab, hvilket står i kontrast til amtslige og kommunale politikeres og administratorers optagethed af gerontopsykiatrien og ønske om at udbygge området.

Der er i arbejdsgruppen enighed om, at DPS kunne have en væsentlig rolle i at højne gerontopsykiatriens anseelse blandt psykiatere ved at markere ekspertområdets nødvendighed såvel organisatorisk som uddannelsesmæssigt.

Det kunne ske gennem anbefaling af oprettelse af selvstændige gerontopsykiatriske afdelinger i alle amter, og ved at DPS arbejdede for, at gerontopsykiatrien indgik som et naturligt led i uddannelsen i almenpsykiatri.

Skal rekrutteringsproblemet løses, vil det blandt andet kræve, at kommende psykiatriske speciallæger bringes i kontakt med specialet, hvilket bedst kan ske ved, at en ansættelse i mindst 3 til 6 måneder på en gerontopsykiatrisk afdeling gøres til et naturligt led i speciallægeuddannelsen, hvor det overhovedet er praktisk muligt.

På linie hermed er det arbejdsgruppens opfattelse, at også en teoretisk undervisning i gerontopsykiatriens arbejdsmetode burde indgå som et led i uddannelsen til almenpsykiater, blandt andet for at læger kan varetage liaison opgaver på somatiske afdelinger. Arbejdsgruppen skal således anbefale, at U-kursus i gerontopsykiatri ændrer status fra tilvalgs- til obligatorisk kursus af samme varighed og med samme indhold som nu.

Rekrutteringsproblemerne vil nødvendigvis blive mindre, såfremt de enkelte amters gerontopsykiatriske ordninger gjordes mere attraktive. Arbejdsgruppen skal pege på, at behandlingsmiljøer med flere speciallæger i slutstilling og egne sengeafdelinger formentlig vil kunne tiltrække gerontopsykiatrisk interesserede psykiatere.

Etablering af egentlige forskningsmiljøer vil være af stor betydning, og det er arbejdsgruppens opfattelse, at gerontopsykiatriske specialafsnit med ressourcer til forskning burde være en selvfølge på psykiatriske afdelinger med universitetstilknytning.

Arbejdsgruppens rekommandationer

Det er arbejdsgruppens opfattelse, at der er et stort og at der i fremtiden vil være et stigende behov for gerontopsykiatrisk ekspertise og behandlingsmulighed.

Psykiatere med gerontopsykiatrisk kompetence er efterspurgt af samfundet, og samtidigt er rekrutteringsvanskeligheder det mest påtrængende problem inden for området.

Det gerontopsykiatriske fagområde afviger på afgørende punkter fra almenpsykiatrien, således at det på længere sigt måske burde udskilles som et særskilt speciale på linie med børne- og ungdomspsykiatri.

Det er alligevel arbejdsgruppens konklusion, at gerontopsykiatrien endnu er så svagt funderet i det danske sundhedsvæsen og i dansk psykiatri, at området ikke kan bære en udskillelse fra almenpsykiatrien. Sundhedspolitisk er der desuden for øjeblikket heller ikke stemning for yderligere subspecialisering indenfor det lægelige felt.

Det foreslås således, at gerontopsykiatrien i stedet styrkes, dels som et nødvendigt led i almenpsykiatrien, dels som et uofficielt ekspert- og kompetenceområde, hvilket efter arbejdsgruppens mening bedst sikres ved øgede krav til almenpsykiateres gerontopsykiatriske viden og sideløbende hermed ved oprettelse af gerontopsykiatriske behandlingsmiljøer.

Arbejdsgruppens anbefaling falder i 5 punkter.

1) at DPS arbejder for, at 3 højst 6 måneders ansættelse på gerontopsykiatrisk afdeling så vidt muligt indføres i speciallægeuddannelsen i forbindelse med U-stilling eller blokstilling. Arbejdsgruppen forestiller sig at samtlige gerontopsykiatriske afdelinger afsætter en eller to reservelægestillinger til rotationsstillinger, og at en rotation gøres obligatorisk i uddannelsen i almenpsykiatri de steder, hvor det organisatorisk er muligt.

2) at DPS vil arbejde for at op til 6 måneders ansættelse som 1. reservelæge på en gerontopsykiatrisk afdeling tæller fuldt i de 18 måneders 1. reservelægetid, der kræves til speciallægeanerkendelse. I de tilfælde hvor gerontopsykiatri ikke i øvrigt har indgået i vedkommendes kliniske uddannelse.

3) at DPS arbejder for, at U-kursus i gerontopsykiatri, som i dag er et tilvalgskursus, gøres obligatorisk og at der afsættes et passende antal dage til det gerontopsykiatriske modul.

4) at DPS arbejder for, at der i alle amter oprettes mindst én gerontopsykiatrisk specialafdeling eller specialafsnit med selvstændige senge. Selvom gerontopsykiatriske afdelinger i vid udstrækning bør arbejde ambulant og distriktspsykiatrisk, er en sengeafdeling nødvendig for at sikre, at ældre ikke tilbydes ringere forhold end yngre, og for at skabe et gerontopsykiatrisk behandlingsmiljø med overskud til faglig udvikling, formidling og forskning.

Af samme årsag skal det anbefales, at der ansættes mere end én gerontopsykiater i slutstilling på den enkelte afdeling, og at vedkommende samtidig ikke har forpligtelser overfor andre patientgrupper, ligesom reservelægerne -bortset fra evt. fællesvagt - ikke bør være tilknyttet andre afdelinger.

Der vil formentlig stadig være gerontopsykiatriske opgaver i almenpsykiatrien, og en realistisk afgrænsning af målgruppen for gerontopsykiatri i forhold til almenpsykiatrien vil være nødvendig ved udskillelse af selvstændige gerontopsykiatriske afdelinger i de enkelte amter.

5) at DPS vil arbejde for at forskning i ældre psykiske sygdomme styrkes, såvel på de egentlige gerontopsykiatriske afdelinger, som i de almenpsykiatriske, jf. det forskningspolitiske ønske om prioritering af ældreforskning.

Vedrørende pkt. 1 vil forslaget vedrørende 6 måneders ansættelse først kunne gennemføres over hele landet efter en udbygning af eksisterende gerontopsykiatriske afdelinger og oprettelse af nye, mens for eksempel 3 måneders obligatorisk ansættelse allerede i dag ville være en realistisk mulighed. Arbejdsgruppen erkender, at DPS ikke direkte har indflydelse på sygehusplanlægningen i amterne og ikke alene afgør speciallægeuddannelsens indhold, men vi finder, at rekommandationernes pkt. 1, 2 og 3 burde kunne gennemføres indenfor overskuelig fremtid.

Baggrundsmateriale

- 1) Indenrigsministeriet. Betænkning om grundlaget for planlægning af psykiatrisk sygehusevæsen. Betænkning nr. 826, 1977.
- 2) Sundhedsministeriet. Temaplanrunde 1989-90. Baggrundsrapport 1-4, 1988.
- 3) Sundhedsministeriet. 90'ernes psykiatri, oplæg til temaplanrunde 1989-90, 1988.
- 4) Sundhedsstyrelsen. Omstilling på psykiatriområdet. Afrapportering af temaplanrunden 1989-90 om psykiatri med særlig vægt på distrikpsykiatri, 1991.
- 5) Danmarks Statistik: Befolkning og Valg. København: Danmarks statistik, 1992.
- 6) Det Psykiatriske Centralregister. Institut for Psykiatrisk Demografi. Årsstatistikker 1991, 1992 og 1993.
- 7) Statens Lægevidenskabelige Forskningsråd i samarbejde med Dansk Sygehus Institut. Senil demens. Rapport fra Konsensuskonferencen 23. - 25.1.1989.
- 8) Dansk Sygehus Institut. Konferencerapport (DSJ-Rapport 90.06). Ældre med demens. 1990.
- 9) A Joint Report. Care of elderly people with mental illness. London: The Royal College of Physicians and the Royal College of Psychiatrists, 1989.
- 10) Kørner A E, Maarbjerg K W, Lauritzen L. Den gerontopsykiatriske service i Danmark. Ugeskr Læger 1992; 154: 933-37.
- 11) Gulmann NC. Dementia in Denmark from a medical view. Danish Med Bul 1992; 32: 251-3.
- 12) Det Danske Center for Menneskerettigheder. Gamles Dementes Menneskerettigheder (Publikation nr. 23). København, 1990.
- 13) Socialministeriet. Rapport om Initiativer for gamle med demens. SIKON, 1991.
- 14) Embedslægeinstitutionerne i Århus-, Storstrøms-, Roskilde Amter. Gamle dementes vilkår. Embedslægeinstitutionerne, 1991.

- 15) Sundhedsstyrelsen. Psykofarmakaforbrug på plejehjem. København: Staugård Jensen, 1991.
- 16) Ældre Sagen. Dementes vilkår. Hvad bør der gøres? En rapport om problemer, politiske målsætninger og initiativer på demensområdet. København. Ældrepolitisk afdeling, 1993.
- 17) Forskningsrådene. Forskningsrådenes tværvideenskabelige samarbejde. Supplement til forskningsrådenes strategiplaner 1993-97. København, 1993.
- 18) Magnussen G. De ældres sind og sindslidelser (3.udg.) Komiteen for Sundhedsoplysning. 1982, kap. 10: Udbredelse af sindslidelser hos hjemmeboende.
- 19) Gulmann N O, Hjorth-Hansen J, Lang G, Fromholt P. Praktisk Gerontopsykiatri (2.udg.). Hans Reitzels Forlag: København, 1992, kap. 1: Om alderdom, og kap. 12: Klinisk gerontopsykiatri.