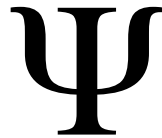




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



*Eldres psykisk helse i DPS. En kvalitativ undersøkelse, fra psykologens perspektiv.*

HOVEDOPPGAVE

*profesjonsstudiet i psykologi*

**Stian Espevoll**

Høst 2012

Veileder:

Kia Minna Johanna Hynninen

## Forord

Planleggingen av denne oppgaven startet for over et år siden, etter inspirasjon fra min deltidsjobb i rusomsorgen. Jeg oppdaget tidlig at demente i rusomsorgen ikke hadde tilbud innen psykisk helsevern, selv om det var høy forekomst av, og mange samtidige symptomer på ulike psykiatriske lidelser. Jeg ville derfor finne ut mer om dekningen av psykisk helsehjelp for eldre, og henvendte meg til de distriktpsikiatriske sentrene, som skal hjelpe mennesker i distriktet innen et bredt spekter psykiske lidelser. Oppgaven har gitt meg et stort læringsutbytte, og jeg håper lesningen kan være en like stor tankevekker for andre, som den har vært for meg.

Jeg ønsker å rette en stor takk til min veileder for godt samarbeid gjennom hele prosessen. Og til slutt et passende utdrag fra en sang, som på illustrerer mange eldres situasjon i dag, av The Beatles, *Help* (1965):

When I was younger, so much younger than today,  
I never needed anybody's help in any way.  
But now these days are gone, I'm not so self-assured,  
Now I find I've changed my mind and opened up the doors.

Help me if you can, I'm feeling down  
And I do appreciate you being round.  
Help me get my feet back on the ground,  
Won't you please, please help me?

### **Abstract**

In society today people live longer, but with increasing age comes a higher risk of mental and physical illness. Literature on the topic indicates that older people in Norway do not get enough attention in community mental health care as governmental documents states, knowing that some mental illnesses are more prevalent in higher age.

This survey tries to illustrate a less studied field within mental health care. Through interviews of six psychologists in different community mental health centers in the Bergen area, I investigated the treatment and the follow up of mental health care for elderly people. The psychologists in the study have varied experiences of working with older people. These differences contribute to create a more nuanced picture of the question in hand. The interviews are semi-structured and meaning condensed.

Results indicate that old people hardly come to the community mental health centers, there is very little specialization in the field of gerontopsychology in the centers, and communication between different health services can improve to the better. Proposals to improvement are: Greater focus on this field, extended offers in services to older people, as well as strengthened cooperation with other health services for older people. And last, but not least taking older people more seriously.

### **Sammendrag**

Mennesker i dag lever lengre enn tidligere, og med høyere alder øker sjansen for utvikling av psykiske og somatisk lidelser. Litteratur på området indikerer at eldre i Norge får lite fokus i nasjonale dokumenter for psykisk helse, samtidig som man vet at forekomsten av enkelte psykiske lidelser øker etter hvert som man eldes.

Denne undersøkelsen belyser et lite studert felt innen psykisk helsevern. Gjennom intervjuer av seks psykologer på DPS-er i Bergensområdet har jeg utforsket behandling og oppfølging av Eldres psykiske helse. Psykologene i undersøkelsen har ulik erfaring i arbeid med eldre. Dette bidrar til å gi et nyansert bilde av problemstillingene. Intervjuene er semistrukturert og bearbeidet med meningskondensering.

Resultatene indikerer at eldre ikke kommer til DPS-ene, det er ikke nok spesialistkompetanse på eldre i DPS-ene, og kommunikasjon mellom ulike instanser kan forbedres. Forslag til forbedring er større satsing på Eldres psykiske helse, utvidede tilbud, og styrking av samarbeidet mellom DPS og andre institusjoner som hjelper eldre. Og sist, men ikke minst, å ta eldre mer på alvor.

**Innholdsfortegnelse**

Forord .....	i
Abstract.....	ii
Sammendrag .....	iii
Innholdsfortegnelse .....	iv
Innledning .....	1
Formålet med undersøkelsen .....	2
Begrepsavklaring .....	3
Oppgavens oppbygging .....	3
Problemstilling .....	4
Eldres psykiske helse.....	4
Forekomst av psykiske lidelser blant eldre .....	6
Prevalens.....	6
Depresjon.....	6
Angst.....	9
Kognitiv svikt .....	10
Rusmiddelbruk blant eldre .....	12
Komorbiditet.....	13
Selvmord.....	14
Medierende faktorer for eldres psykiske helse .....	16

Kjønnsforskjeller .....	18
Fremmedkulturelle eldre .....	19
Behandling.....	21
Psykisk helsevern .....	22
Distriktpspsykiatrisk senter .....	23
Alderspsykiatri .....	26
Henvisning.....	27
Samarbeid mellom ulike instanser og DPS .....	28
Offentlige dokumenter.....	31
Metode .....	33
Analysemetode .....	34
Intervjuet: Hvem er informantene og hvordan er de valgt?.....	36
Intervjuguide.....	37
Informantenes erfaring med eldre .....	38
Metodiske utfordringer .....	39
Intervjuers påvirkning .....	39
Opptak og transkribering.....	40
Reliabilitet og validitet .....	41
Etiske retningslinjer.....	42
Resultat .....	42
Generelt eldre i din DPS (67 år +); demografiske forhold .....	42
Hvordan kommer eldre i kontakt med DPS?.....	43

Hva slags behandling får eldre i DPS? .....	45
Kompetanse på din DPS .....	47
Fokus på eldre i ulike arenaer .....	47
Fremmedkulturelle på din DPS .....	48
Oppfølging .....	50
Drop-out .....	52
Fremtiden .....	53
Diskusjon .....	57
Eldres behov .....	57
Fremmedkulturelle eldre .....	59
Fokus på eldre i ulike arenaer .....	60
Politisk innflytelse .....	62
Status presens, og veien videre .....	63
Metodiske utfordringer .....	66
Generaliserbarhet .....	67
Reliabilitet og validitet .....	67
Oppsummering og konklusjon .....	68
Referanser .....	71
Appendix 1: Initierende mail sendt til informantene .....	I
Appendix 2: Intervjuguide .....	III



Norge har pr i dag et av de beste helseapparatene i verden for somatiske plager (Ellen & Martin, 2003). Men både hva angår somatisk- og psykisk helse får ikke alle grupper i samfunnet den hjelpen de har behov for (Huseby & Paulsen, 2009). Spesielt for den eldre populasjonen kan det synes å være svakheter innen sektor for psykisk helsevern (Forskningsrådet, 2009; Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Studier på eldre, og aldring, har vist at flere og flere eldre har psykiske vansker og kognitiv svikt, og at omfanget av dette er forventet å øke mye, etter hvert som den eldre delen av populasjonen blir større (Langballe & Evensen, 2011; Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009; Statens helsetilsyn, 1999).

*Forventet levealder* er antall år en nyfødt kan forventes å leve under gjeldende dødelighetsforhold (Statistisk sentralbyrå, 2002), og har i Norge hatt en jevn økning de siste to hundre årene (Statistisk sentralbyrå, 2011c). I følge Statistisk sentralbyrå (SSB) (2011a) var gjennomsnittlig levealder i 2011 i Norge rundt 79 år for menn og 83 år for kvinner. Også generelt i den vestlige, industrialiserte verden, har levealder hatt en jevnlig økning (Rennemark, Lindwall, Halling, & Berglund, 2009; Riedel-Heller, Busse, & Angermeyer, 2006; Statistisk sentralbyrå, 2004a). På verdensbasis var det i år 2000 anslått ca 420 millioner mennesker over 65 år, med en forventet økning til nesten 1 milliard mennesker i år 2030 (Qiu, De Ronchi, & Fratiglioni, 2007). Denne forventede økningen blant de eldste i populasjonen omtales ofte som *eldrebølgen*.

I Norge predikeres det at antall eldre i befolkningen dobles de neste 40 årene (Langballe & Evensen, 2011; Statistisk sentralbyrå, 2011c). En befolkningsøkning blant de eldste beboerne i landet vil trolig få konsekvenser for omfang og prevalens av psykiske lidelser, og generell helseproblematikk, som medfører store utfordringer for norsk helsevesen,

og eldreomsorg (Clausen & Slagsvold, 2005). Implikasjoner av en stor eldrepopulasjon, og et helsevesen som ikke er godt nok forberedt, er blant annet at de syke i den eldre populasjonen rammes, og risikerer å ikke få den hjelpen de har behov for.

Eldres psykiske helse har fått lite fokus i forskningssammenheng i Norge (Langballe & Evensen, 2011). Målet med denne undersøkelsen er å rette fokus på eldres psykiske helse, å utforske hvordan psykologen arbeider med eldre i distriktpsikiatriske sentre (DPS), hva slags oppfølging eldre får i DPS-ene, og hvilke tanker psykologen har om forbedring av eldres psykiske helsevern. Et rasjonale bak undersøkelsen er å finne ut mer om hva psykologens tror ligger til grunn for at DPS-et mottar så få henvendelser fra eldre (Gråwe, Hatling, & Ruud, 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2008), samtidig som at man vet at mange eldre sliter med psykisk helseproblematikk, og har vansker de ikke får hjelp for. Den pragmatiske verdien er å øke oppmerksomheten på eldres psykiske helse for fremtiden, for å bedre ivareta eldres psykiske helse og deres behov, og samtidig skape debatt rundt fokuset på eldre i DPS. Får eldre den oppfølgingen de har krav på? Og er DPS-ene klar for en større pågang av eldre pasienter?

### **Formålet med Undersøkelsen**

I denne oppgaven aktualiseres et viktig og samfunnsrelevant tema med stor betydning for eldre i dag, og som i fremtiden vil omfatte enda flere i den eldre populasjonen. Jeg har intervjuet seks psykologer på forskjellige DPS-er i Bergen og omegn rundt spørsmål relatert til arbeid med, og behandling av eldre, i håp om å belyse status presens på *oppfølging* av eldre i DPS. Oppfølging er i denne sammenhengen forstått som de tiltak som gjøres fra en eldre pasient henvises til DPS, fra utredning og behandling, til sluttrapport er sendt.

Formålet med undersøkelsen er å belyse et lite utforsket område innen psykisk

helsevern. Hovedfokuset er på hvordan psykologen anser ivaretagelse av eldre i DPS-ene.

Intervjuene utgjør datamaterialet, og har den hensikt å belyse hvordan psykologer på de lokale DPS-ene synes fokuset på eldre er. I tillegg ønsker jeg at undersøkelsen kan bidra til debatt og økt oppmerksomhet rundt Eldres psykiske helse ved å drøfte aspekter ved psykiske helsevern for eldre.

### **Begrepsavklaring**

Begreper relevant for terminologisk forståelse kursiveres og forklares fortløpende i teksten. Vedrørende aldersskille, fra middelaldrende til eldre, varierer det i litteraturen. I Norge er pensjonsalderen 67 år, og er derfor et naturlig aldersskille for norske normer å regne. 67 år er også benyttet i rapporten *Seniorer i Norge*, av Statistisk sentralbyrå (2011c). Langballe og Evensen (2011) omtaler den eldre delen av befolkningen som henholdsvis *ynge eldre* (60 – 70 årene) og *eldre eldre* (70 år og eldre). Høyere forventet levealder i Norge argumenterer for en ny, naturlig aldersgruppe, de over 80 år (Daatland & Solem, 2011). Med grunnlag i nevnte rapporter ønsker jeg å benytte begrepene *ynge seniorer*, som referanse til aldersgruppen 67 - 79 år, og *eldre seniorer*, som referanse til aldersgruppen over 80 år. Generelt i teksten omtales personer over 67 år som eldre, hvis ikke annet er oppgitt. Innvandrere og fremmedkulturelle brukes om hverandre i teksten, og har samme betydning.

**Oppgavens Oppbygging.** Det vil først presenteres ulik forskning på Eldres psykiske helse, som bakgrunn for den kvalitative undersøkelsen. Deretter vil DPS og alderspsykiatrien skildres, for å forstå hvilke mandat de har i psykisk helsevern. Så vil metodologiske anliggender gjennomgås, før resultatet av datainnsamling presenteres og tolkes. Dette vil så drøftes i en diskusjon. Til slutt oppsummeres oppgavens innhold og funnene fra undersøkelsen.

**Problemstilling.** Min hypotese er at eldre ikke har nok fokus i DPS-et, og at eldre pasienter har andre behov, sammenlignet med yngre pasienter. Jeg ønsker å stille spørsmål til psykologene rundt følgende problemstillinger omkring eldre i psykisk helsevern:

1. Kommer eldre til behandling i DPS-ene?
2. Er behandling og oppfølging god nok i DPS-ene?
3. Synes psykologene det er god nok kompetanse på eldre, i DPS-ene?

### **Eldres Psykiske Helse**

Langballe og Evensen (2011) konkluderte i rapporten *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*, at det var mangelfull kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre i Norge over 65 år (Langballe & Evensen, 2011; Statistisk sentralbyrå, 2004b). Det er få studier på dette området, og derfor vanskelig å danne et godt oversiktsbilde over prevalensen av ulike psykiske lidelser blant eldre i Norge.

I følge SSB utgjorde eldre over 67 år 12,9 % av den totale populasjonen i 2011 (Daatland & Solem, 2011). I forhold til andre aldersgrupper utgjør ikke eldre en stor gruppe, men denne populasjonen vil trolig øke mye de neste tiårene. To ulike estimer av eldrepopulasjonen (over 80 år) for 2060 viste henholdsvis 513 000 og 809 000 mennesker. Det høyeste anslaget tilsier at vi får 57 % flere eldre, enn det laveste anslaget (Daatland & Solem, 2011), og indikerer hvor usikker populasjonsøkningen er. I følge SSB har antall innvandrere i Norge økt de siste 50 årene. I dag er det over 600 900 mennesker med innvandrerbakgrunn i Norge, som utgjør 12,2 % av befolkningen. Cirka en femtedel av disse er personer 60 år og eldre (Statistisk sentralbyrå, 2011b). Blant innvandrere 67 år og eldre er veksten størst av europeisk bakgrunn, med over to tredjedeler (Statistisk sentralbyrå, 2011c).

En implikasjon av høyere alder er økt generell helseproblematikk. Flere og flere eldre sliter med en eller annen kronisk sykdom (Statistisk sentralbyrå, 2006, 2011c). Skiller man somatisk og psykisk sykdom rapporteres det imidlertid at personer over 67 år har mindre psykiske lidelser, enn ellers i befolkningen (Smyer, 1993; Statistisk sentralbyrå, 2011c). Eldre seniorer har høyere prevalens av psykiske lidelser, enn yngre seniorer. Eldre seniorer opplever blant annet mer sorg, tap og depresjon, enn yngre seniorer (Langballe & Evensen, 2011).

Faktorer som bidrar til forlenget levealder er blant annet nedgang i dødelighet blant spedbarn, store fødselskull, høy innvandring, nedgang i hjerte- og karsykdommer, og bedre livsstil (Statistisk sentralbyrå, 2011c, 2012). Bedre medisiner reduserer risikoen for sykdommer, og gjør oss i stand til å leve lenger med kroniske sykdommer. Et større fokus på livsstil har bidratt til nedgang i en del lidelser assosiert med kosthold og trening. SSB rapporterte at flere eldre trener mer enn før, og tallene har vist en oppgang blant eldre som mosjonerte regelmessig, fra 47 % i 1998, 63 % i 2005, til over 70 % i 2009 (Statistisk sentralbyrå, 2006, 2009b). Forskning viser at somatisk helse har innvirkning på psykisk helse (Lampinen, Heikkinen, Kauppinen, & Heikkinen, 2006; Rennemark, et al., 2009; Smyer, 1993). I en rapport av Statens råd for ernæring og fysisk aktivitet (SEF), utarbeidet for Sosial- og helsedirektoratet, ble det opplyst at fysisk inaktivitet var en sentral risikofaktor for tidlig død, sykkelighet, og redusert funksjonsdyktighet i eldre alder (alder ikke spesifisert) (Norsk helseinformatikk, 2006; Sosial- og helsedirektoratet, 2000). I klinisk sammenheng stiller de eldre pasientene helsetjenesten overfor andre utfordringer enn den yngre pasient populasjonen. Helseproblemene er ofte preget av samtidige diagnoser (*komorbiditet*), legemiddelbruk og psykofarmaka, kompliserte funksjonsproblemer, høyere forekomst av kognitiv svikt, psykiske problemer, og sviktende nettverk. Særskilte problemer knyttet til eldre i sykehus rammer ofte

eldre seniorer, når sykdom og funksjonssvikt setter inn med stor tyngde i høy alder (Sosial- og helsedirektoratet, 2007).

### **Forekomst av Psykiske Lidelser blant Eldre**

Ifølge forskning er de hyppigste psykiske lidelsene blant eldre affektive lidelser, angstlidelser, alvorlig kognitiv svikt, og rusmisbruk (Langballe & Evensen, 2011; Mykletun, et al., 2009; Riedel-Heller, et al., 2006; Sandberg, Gustafson, Brannstrom, & Bucht, 1998).

**Prevalens.** *Prevalens* er et statistisk begrep som sier noe om hvor mange individer i en populasjon eller gruppe som har en lidelse eller plage (med andre ord hvor vanlig lidelsen er), ofte i en tidsbegrenset periode (for eksempel i løpet av levetiden).

**Depresjon.** Depresjon er den vanligste affektive lidelsen, og alvorlig depresjon er den lidelsen som har størst fokus i forskning innen geriatrik depresjon (Langballe & Evensen, 2011; Phifer & Murrell, 1986; Smyer, 1993). Diagnosemanualen ICD-10 inndeler depressiv episode i mild, moderat og alvorlig grad (med eller uten psykose), og innleder diagnosekriteriene for depressiv lidelse slik: ”*Ved typiske depressive episoder [...] lider personen vanligvis av depressivt stemningsleie, interesse- og gledesløshet og energitap som fører til tretthet og redusert aktivitet. Uttalt tretthet selv etter lette anstrengelser er vanlig*” (World Health Organization, 2008, s. 116).

En oversiktsartikkel av Riedel-Heller, Busse og Angermeyer (2006), over prevalens av psykiske plager og lidelser blant eldre over 65 år, viste at depresjon og demens var de hyppigste og mest studerte psykiske lidelsene (inkludert organiske betingede lidelser) blant eldre mennesker. I studier på depresjon er det vist høyere forekomst og risiko, blant ugifte personer, og enker og enkemenn. Langballe og Evensen (2011) rapporterte at på befolkningsnivå lider om lag 4 - 8 % eldre over 65 år av alvorlig depresjon, mens om lag 25 -

35 % kan ha depressive plager. Omtrent halvparten av eldre seniorer med depresjon har første utbrudd sent i livet (*late onset depression*). Andre opplever tidligere depressive episoder (*early onset depression*), og tar i noen tilfeller med seg lidelsen inn i sen alderdom, uten å tidligere ha fått behandling, eller at de har tilbakevendende depressive lidelser (Fiske, Loeback Wetherell, & Gatz, 2009).

Kjønnsforskjeller viser at dobbelt så mange kvinner som menn har en depressiv lidelse. Denne forskjellen endres noe senere i livet (Segal, Honn Qualls, & Smyer, 2011), selv om årsaken til dette er uviss (Fiske, et al., 2009). Artikkelen *Eldre er tilfreds med livet – eller er det bare noe de tror?* viste at eldre seniorer (75 - 85 år) hadde den høyeste prevalensen depressive symptomer i befolkningen, etter aldersgruppen 18 - 24 år (Statistisk sentralbyrå, 2009a). Årsaken til den høye prevalensen blant eldre seniorer er blant annet at flere og flere eldre opplever å miste noen som står dem nær. Spesielt tap av livsledsagere er vanskelig for mange å mestre, fordi mange har delt mesteparten av livet sammen med partneren, og tapet får store implikasjoner for hele det daglige liv; hverdagslige gjøremål, sosial omgang, trøst og vennskap.

Norsk helseinformatikk (2011) har skrevet at en til fire personer over 65 år lider av alvorlig depresjon. Sammenlignet med den øvrige befolkningen er forekomsten av alvorlig depresjon dobbelt så høy i aldersgruppen 70 – 85 år. Siden eldre responderer bra på ulike former for psykoterapi av depressive lidelser (Krishna et al., 2011; Payne & Marcus, 2008; Pinguart, Duberstein, & Lyness, 2007), er det desto viktigere at disse lidelsene blir oppdaget og behandlet. Dette krever økt satsing innen gerontopsykologi, og geriatri, for øvrig, for å nå ut til flere eldre og gi adekvat behandling. Siden depresjon og somatisk helse også er høyt korrelert vil det med sannsynlighet bedre den generelle helsen om man kan behandle

depressive plager (Clausen & Slagsvold, 2005). Dette forholdet kan også gå andre veien, med andre ord hvis eldre kommer seg mer i aktivitet vil det kanskje ha positiv effekt på depresjon (Rennemark, et al., 2009).

”Utgangspunktet for god behandling er en grundig utredning og diagnostisering” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 39). Flere voksne og eldre rapporterer depressive symptomer, enn det er som kvalifiserer til en depressiv diagnose. Dette skillet er enda større blant de eldste i populasjonen. På den andre siden rapporterer mange eldre like mange symptomer som yngre, uten at de nødvendigvis oppnår en diagnose (Segal, et al., 2011; Smyer, 1993). Det er flere forklaringer til dette, ifølge Smyer (1993). En grunn er at eldre er mer utsatt for milde depresjoner, enn yngre voksne. En annen grunn er at høyere prevalens somatiske lidelser blant eldre fører til høyere rapportering av depressive symptomer. Dette lidelsestrykket kvalifiserer ikke alltid til en diagnose, og symptomuttrykk og fokus blir i større grad knyttet til den somatisk lidelsen, da diagnostiske verktøy ekskluderer plager med opphav i somatiske årsaker. En tredje årsak er at diagnostikk av eldre ikke er aldersrettferdig, og at mange eldre har signifikante depressive syndromer som ikke passer diagnosemanualens retningslinjer (Smyer, 1993). Disse funnene underbygges i en rapport av Nolen-Hoeksema og Ahrens (2002), som har sagt at mange studier indikerer at eldre er mer utsatt for, eller viser mer uttrykk for midlere depressive symptomer, og at disse funnene er mer utbredt, enn det store epidemiologiske funn har vist.

Måten å diagnostisere på kan få kliniske implikasjoner, ifølge Smyer (1993). Hvis det er tilfelle at eldre har et annet symptombylde enn yngre voksne kan det være diagnosemanualen ikke avdekker det aldersadekvate lidelsestrykket eldre utviser. Ved å bare ta hensyn til antall kriterier på i en diagnosemanual, uten hensyn til lidelsestrykk, risikerer



man å overse andre uttrykk av psykiske lidelser. Det kan også tenkes at eldre underrapporterer sine psykiske plager i større grad, eller at eldre rapporterer på annen måte enn yngre (Langballe & Evensen, 2011; Nordhus, Høstmark Nielsen, & Kvale, 1998). Blazer (2003) har foreslått at depresjon blant eldre, sammenlignet med yngre, preges av relativt lite tristhet og selvopplevd nedstemthet, men desto mer av apati og generelt tap av interesse. At eldre har et annet uttrykk enn yngre kan få implikasjoner for kliniske vurdering av depresjon. Sett i lys av at diagnosemanualer definerer bestemte kriterier for å sette en diagnose kan dette skape et skjevbylde av Eldres psykiske helse, som ikke oppfyller de samme kriteriene som yngre, men som like fullt har depressive plager. Clausen og Slagsvold (2005) påpeker at depresjoner også kan være maskert av somatiske plager, noe som kan vanskeliggjøre diagnostisering av en depressiv lidelse.

**Angst.** Angst deles ofte i tre store komponenter; kognitiv- (tanker), emosjonell- (følelser) og atferdskomponent (handling). Normal angst forringer ikke normale funksjoner og gjøremål, eller hemmer oss på andre måter. Når angsten imidlertid blir så fremtredende at den ikke har nyttefunksjon lenger (med andre ord ikke skjerper oss), da snakker vi om en angstlidelse. Angst kan deles i underkategoriene: fobiske angstlidelser, generalisert angstlidelse, panikkangst, posttraumatisk stress lidelse, tvangslidelse, og tilpasningsforstyrrelser og reaksjon på alvorlig belastning (Segal, et al., 2011; World Health Organization, 2008). Eldre som gruppe har mindre angst enn den yngre befolkningen, men epidemiologiske studier har vist at angstproblematikk er et stort problem i eldre alder (Wetherell, Gatz, & Craske, 2003). Angst hos eldre er relatert til lavere velvære, lavere skåre på helserelaterte livskvalitetsmål, og mer utbredt bruk av helsevesenet (Gould, Coulson, &

Howard, 2012). Generell angstlidelse er den mest prevalente angstlidelsen blant eldre, i følge en review artikkel Bryant, Jackson og Ames (2008).

Langballe og Evensen (2011) skriver at forekomst av angst hos eldre over 65 år er 4 – 8 %, og at om lag 25 – 35 % kan ha angstsymptomer / plager. I følge Bryant et al. (2008) er prevalensen av *angstlidelser* hos eldre over 60 år 1,2 – 15 %, og 1 – 28 % hos eldre i en klinisk sammenheng (med andre ord som trenger behandling). Prevalens av *angstsymptomer*, på den andre siden, er langt høyere, henholdsvis 15 – 52,3 % og 15 – 56 %. Det er langt flere eldre som har angstsymptomer enn det er som har selve diagnosen. På det meste har over halvparten av eldre over 60 år angstsymptomer de kanskje ikke får behandling for. I sin artikkel fremhevet Bryant et al. (2008) at eldre med angst blir neglisjert. Bryant et al. har også stilt spørsmål til uttrykket av angst hos eldre, kontra yngre mennesker, og sier at noen forskere mener angstsymptomer hos eldre kan være noe forskjellig fra det vi ser hos yngre mennesker. Dette er en likhet vi ser hos deprimerte eldre, som synes å ha et noe annerledes symptombilde enn sine yngre medmennesker. Angstlidelser utgjør en stor del av medikamentell behandling (Wetherell, et al., 2003). En rekke angstlidelser har symptomer av somatisk karakter, som for eksempel generalisert angstlidelse og panikk angst, og når disse symptomene blir rapportert kan det fort forveksles med andre sykdommer, og dermed ta fokus bort fra det psykiske aspektet.

***Kognitiv svikt.*** Kognisjon er et vidt begrep, og betegner mental aktivitet som læring av nytt materiale, lagring, transformering av materiale, og bruk av kunnskap (Matlin, 2005). Andre egenskaper som faller under begrepet er blant annet: oppmerksomhet, planlegging, logisk tenkning, beslutningstaking, rom orientering, forstå og bruke språk, tenke abstrakt, og så videre. Kognitiv svikt er gradvis eller hurtig reduksjon av kognitive funksjoner, og henger

ofte sammen med sykdom eller skade.

De største årsakene til kognitiv svikt blant eldre er Alzheimers lidelse, multiinfarkt demens og delirium. *Demens* er et klinisk syndrom karakterisert av progressiv forverring av multiple kognitive domener, og er av sånn grad at det forringer livskvalitet (Qiu, et al., 2007; World Health Organization, 2008). Demens øker kraftig med høyere alder, som er den største og viktigste risikofaktoren for sykdommen (Langballe & Evensen, 2011; Qiu, et al., 2007). Folkehelseinstituttet rapporterer at minst en av 100 i aldersgruppen 60 – 64 år lider av demens, mens hele 25 % av eldre seniorer (over 85 år) rammes av demens (Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2012). Norsk psykiatrisk forening anslår at det i Norge er over 60 000 pasienter med demens (Aakhus, Bergem, Holm, Bragason, & Os Eskeland, 2010). Ott et al. (1995) påpekte at flere eldre seniorer rammes av demens sykdom, og at demens er høyt korrelert med lavere utdanning og høy alder. Videre fant Ott et al. at det ikke var særlige kjønnsforskjeller, bortsett fra i aldersgruppen 80 – 89 år, der kvinner var overrepresentert. Antallet med demens vil stige fra cirka 70 000 til 160 000 mennesker om 30 – 40 år (Langballe & Evensen, 2011; Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2012). På verdensbasis antas det at årlig *insidens* (nye tilfeller) av demens er 7,5 pr 1000 mennesker (Qiu, et al., 2007).

Multiinfarkt demens, eller vaskulær demens, kommer av mange små blodpropper i hjernen, som gir en ujevn svikt av kognitive funksjoner. Kjennetegn er blant annet hypertensjon, følelsesmessig ustabilitet med forbigående depressivt stemningsleie, gråt eller eksplosiv latter, og forbigående episoder av redusert bevissthetsnivå (eller delirium), som ofte er fremkalt av senere infarkt (World Health Organization, 2008). Atferdsmessige og emosjonelle reaksjoner ved demens er vanlig, og rammer omtrent 90 % av alle som får demens (Langballe & Evensen, 2011). I en studie av Selbæk, Kirkevold og Engedal (2007) på

eldre i pleiehjem, fant de at 80.5 % av beboerne oppfylte kravene til enten mild, moderat eller alvorlig demens, mens det i realiteten kun var 44.8 % som hadde diagnosen i forkant. Det betyr at 55.65 % av dem som oppfylte kravene til demens i undersøkelsen hadde diagnosen (Selbæk, et al., 2007). Lignende funn er også vist i en norsk sykehjemsstudie, hvor en trededel av beboerne ikke hadde fått en demensdiagnose (Langballe & Evensen, 2011; Nygaard & Ruths, 2003). Implikasjonene av at pasienter ikke diagnostiseres er at langt flere eldre lider av alvorlige symptomer enn det er som får diagnosen, og at de ikke får adekvat behandling. Underdiagnostisering kan være tilfelle, og oppfølging av eldre burde bli mer gjennomgående.

***Rusmiddelbruk blant eldre.*** Med rusmidler menes alkohol, medikamenter, og andre narkotiske stoffer. Vanedannende medikamenter er et stort problemområde, men det vil i her fokuseres mest på alkohol, da det er det mest brukte rusmidlet (Folkehelseinstituttet, 2010). Rusmiddelbruk blant eldre er et fenomen som trolig vil få mer oppmerksomhet i fremtiden, da studier indikerer at alkoholkonsum og drikkevaner blant voksne videreføres i sen alderdom, noe som indikerer at vi kan få et høyere alkoholkonsum blant nye, eldre kohorter i fremtiden. Særlig fokus har det vært på alderskull født mellom 1946 – 1964, som omtales ”baby-boom”-generasjonen. Dette er den største kohorten i moderne tid (Statistisk sentralbyrå, 2004a), og som har et mer liberalt forhold til alkohol, enn eldre generasjoner (Flesland, 2010). Selv om eldre drikker færre alkoholenheter i året enn yngre voksne, drikker de alkohol nesten like frekvent som yngre voksne. Kjønnforskjeller viser at menn drikker mer i gjennomsnitt, enn kvinner, selv om kvinners konsum øker mer enn menns, mens kvinner er mest utsatt for avhengighet av vanedannende medikamenter (Flesland, 2010). Skadeeffekten av alkohol hos eldre er også større i forhold til yngre mennesker. På grunn av endringer i metabolisme og fysiologi er eldre mer følsomme for alkoholens påvirkning og bivirkninger (Støver, Bratberg,

Nordfjærn, & Krokstad, 2012), samtidig som alkoholeffekten kan forårsake fall, brudd, slag, hjertesvikt, og andre bivirkninger (Thomas & Rockwood, 2001). Alkoholmisbruk har også innvirkning på kognitive funksjoner og kan gi utslag i kognitiv svikt som Wernickes encefalopati, og Korsakoffs psykose. Alkoholrelatert demens er rapportert som den nest vanligste årsaken til demens blant institusjonaliserte (Thomas & Rockwood, 2001).

I rapporten *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge*, av HUNT Forskningscenter ved NTNU, viste forskerne til den finske rapporten *Äldre och alkohol. Nordisk forskning och diskussion*, fra 2008, hvor det ble gjennomgått forskning på alkoholbruk blant eldre i Norden de siste ti årene. Statistikken viser blant annet at forbruket til eldre i Finland og Danmark har økt de senere årene, samt at antallet avholdende har sunket (Støver, et al., 2012). Forskerne bak den finske rapporten mener at funnene i Norden er diffuse og selvmotsigende. I et pågående prosjekt har SIRUS (Statens Institutt for Rusmiddelforskning) funnet en økning i alkoholkonsumet blant eldre fra 1990 – 2000 tallet. Disse funnene samsvarer med de finske og danske funnene. Relaterte spørsmål til denne økningen er om årsaken skyldes kohorteffekten, livsfase effekt, eller generelle samfunnsendringer (Østhus & Bye, 2012). HUNT-rapporten fra 2012 oppsummerer at drikkemønsteret blant eldre i Norge har økt markant fra HUNTs første målinger på 80-tallet og frem til i dag. Både kvinner og menn har doblet sitt inntak fra de første målingene, som er største relative økning i hele populasjonen (Støver, et al., 2012).

**Komorbiditet.** *Komorbiditet* betyr å ha flere lidelser samtidig (Langballe & Evensen, 2011; Mykletun, et al., 2009). Det er relativt vanlig med samtidige lidelser i høy alder, og sannsynligheten for dette øker med alderen (Langballe & Evensen, 2011; Statens helsetilsyn, 1999). Verdens helseorganisasjon (WHO) sier det er viktig å registrere så mange diagnoser

som mulig, for å dekke det kliniske bildet (World Health Organization, 2008).

En implikasjon av samtidige lidelser er at jo flere symptomer en har, dess mer komplisert er det å sette riktig diagnose, og det krever mer aktsomhet med tanke på hvilke symptomer som bør behandles først. Et vanlig eksempel blant eldre er demens og depresjon. Begge lidelsene kan ha lignende symptomer, som nedstemthet, nedsatt kognitiv kapasitet, tap av energi og interesse (Langballe & Evensen, 2011). Depresjon er en av de vanligste tilleggspromblematikkene ved Alzheimers sykdom, og opptil 50 % av Alzheimers pasienter har symptomer på depresjon (Lyketsos & Olin, 2002). Sandberg, Gustafson, Brannstrom og Bucht (1998) undersøkte forekomsten av demens, delirium og andre psykiatriske symptomer i et utvalg på 717 pasienter over 75 år. Undersøkelsen viste at 33 % hadde demens, 51 % hadde angstsymptomer, 44 % led av delirium, og 41 % hadde symptomer på depresjon.

Kompleksiteten ved samtidige lidelser gjør diagnostisering mer kompleks, særlig ved lidelser som har lignende symptombilder, som for eksempel demens og depresjon: Begge lidelsene kan utvikles parallelt, uavhengig av hverandre. Strukturelle endringer i hjernen på den demente kan forårsake depresjon, men dette kan også gå motsatt vei (kalt *retningsproblemet*) - at strukturelle endringer grunnet depresjon kan føre til demens. Den psykologiske effekten av demens (det å være klar over sin demens) kan også forårsake depressive symptomer (Langballe & Evensen, 2011). Særlig ved mistanke om organiske lidelser er god utredning kritisk, da en organisk lidelse kan fort forverres og bli livstruende. WHO (2008) formidler at noen lidelser skal få *forrang*, det vil si at de prioriteres før andre lidelser: ”Den diagnosen som er mest relevant i forhold til det formålet diagnosen er registrert for, skal prioriteres” (World Health Organization, 2008, s. 6).

**Selv mord.** Selvmord og psykiske lidelser er høyt korrelert. I artikkelen *Selv mord blant*

*eldre*, i Tidsskrift for Den norske legeforening, skrev Kjølseth, Ekeberg og Teige (2002) at selvmord særlig var knyttet til depresjon. Cavanagh, Carson, Sharpe og Lawrie (2003) viste i en review undersøkelse at 90 % av de som hadde tatt selvmord hadde en underliggende psykisk lidelse. Ikke alle studier finner like høye anslag, for eksempel fant Kjølseth et al. (2002) at blant 233 selvmordstilfeller var det i 60 % tilfellene en psykiatrisk lidelse som var hovedårsak. Risikofaktorene knyttet til disse funnene var somatisk sykdom, ensomhet, isolasjon og tap av ektefelle. Fra 1990 – 1998 var den en nedgang av selvmord blant menn, og i samme periode hadde menn over 70 år størst selvmordsrisiko blant alle aldersgrupper Kjølseth et al. (2002).

Statistisk årbok, av SSB, viste i oversikt over selvmord de siste 60 årene, at det fra 2006 – 2009 hvert år ble begått i gjennomsnitt 42 selvmord blant eldre fra 60 – 69 år, og 47 selvmord blant eldre 70 år og oppover. Det er flere menn enn kvinner som tar selvmord (Langballe & Evensen, 2011; Statistisk sentralbyrå, 2011d). Årsakene er trolig at menn bruker mer dødelige metoder enn kvinner, som blant annet skytevåpen og henging / kvelning (Gjertsen, 2005). I funnene til Kjølseth et al. (2002) hadde 62 % av de døde en psykisk lidelse, og 53 % en somatisk lidelse. Funnene indikerte at det i 60 % av tilfellene var en psykisk lidelse som var hovedårsaken til selvmordet, sammenlignet med 22 % for somatisk lidelse. Koenig og Blazer (1992) skriver at epidemiologiske studier har vist at 17 % av alle selvmord ble begått av eldre, og at selvmord var blitt en av de ledende dødsårsaker, spesielt blant eldre, hvite menn, og personer med kroniske lidelser og smerte (Koenig & Blazer, 1992; Smyer, 1993). Mørketallene er trolig høye.

I over halvparten (51 %) av tilfellene der en eldre hadde tatt selvmord fant Kjølseth et al. (2002) at den avdøde hatt kontakt med helsetjenesten i en eller annen form, i forkant av

selvmordet. Denne informasjonen er klinisk relevant, og kan bety at mennesker som tar selvmord kanskje forsøker å gi beskjed om hjelp, eller gi andre signaler til fagpersoner, uten at det har blitt registrert. Implikasjonene av at signalene ikke blir registrert er at eldre ikke får hjelp, og selvmordsstatistikken vedlikeholdes eller forhøyes. Kjølseth et al. (2002) drøftet om signalementene ikke var sterke nok, eller om selvmordstankene ble kamuflert, eller tilsidesatt av andre lidelser, for eksempel somatiske. Dette sammenfaller i så fall med at eldre kanskje har et annet symptombilde eller –uttrykk, enn den yngre delen av befolkningen, samt at kanskje helsepersonell ikke er gode nok til å utforske suicid blant eldre (Kjølseth, et al., 2002). Crocker, Clare og Evans (2006) fant imidlertid at eldre som hadde begått selvmordsforsøk ikke hadde de mest kjente risikofaktorene litteraturen viser til, og mange av de eldre i studien avkreftet at disse faktorene var avgjørende for deres selvmordsforsøk (Crocker, et al., 2006; Kjølseth, Ekeberg, & Steihaug, 2010). Denne kunnskapen vanskeliggjør ytterligere selvmordsvurdering av eldre mennesker.

Psykologisk obduksjon indikerer at blant mennesker som tar selvmord har opptil 90 % en eller flere psykisk lidelser (Hjelmeland, Dieserud, Dyregrov, Knizek, & Leenaars, 2012). Selvmord blant eldre har også hatt medieoppmerksomhet de senere årene, blant annet i et nyhetsinnslag fra 2009, om at selvmord blant eldre er underrapportert (Eliassen, 2009).

### **Medierende Faktorer for Eldres Psykiske Helse**

*Sosioøkonomisk status (SØS)* er økonomiske og sosiologiske mål på en persons arbeidserfaring og personens eller familiens økonomiske og sosiale posisjon sammenlignet med andre (Wikipedia, 2012b). De viktigste variablene er yrke, utdanning og inntekt. SØS er viktig fordi den kan påvirke psykisk helse, og lav SØS er assosiert med dårligere psykisk helse enn høy SØS. Mennesker med lav SØS har dobbel så høy risiko for symptomer på negativ



psykisk helse, sammenlignet med resten av befolkningen (Statistisk sentralbyrå, 2004c). Litteratur viser at spesielt kvinner og minoritetsgrupper er blant de som har lavest SØS (Smyer, 1993; Statistisk sentralbyrå, 2004c). Det understrekes imidlertid at sammenhengen, mellom for eksempel depresjon og SØS, ikke er kausal, men hvis man antar at nye alderskull får høyere utdanning, bedre helse og inntekt, og i større grad lever sammen i parforhold, da kan forekomsten av depresjon reduseres (Clausen & Slagsvold, 2005).

Store livshendelser, somatisk helse og sosial støtte er viktige markører for psykisk helse. Somatisk helse korrelerer med psykisk helse, bedre livskvalitet og subjektivt velvære (Lampinen, et al., 2006; Norsk helseinformatikk, 2006; Rennemark, et al., 2009; Smyer, 1993). Studier indikerer også at hobbyer og fritidsaktiviteter kan være assosiert med færre depressive symptomer (Lampinen, et al., 2006). Sykdom, funksjonshemming og fysisk svekkelse er assosiert med lavere livskvalitet og forhøyet psykisk lidelsestrykk. Mange eldre utsettes for store psykologiske og psykososiale påkjenninger i form av tap av nære personer i deres krets, og dette kan både være vanskelig å mestre, og oppleves traumatisk for mange. Personer som mister en ektefelle, eller når venner går bort, opplever en stor påkjenning og mange sitter ofte alene med sorgen. Tapsopplevelser er høyt korrelert med depressive lidelser, reduksjon i aktiviteter og negative selvevaluering (Fiske, et al., 2009; Smyer, 1993). Avgrensningen mellom naturlig sorg med variabelt lidelsestrykk, og en depresjon kan være vanskelig (Store norske leksikon, 2012b). Sorg, og forlenget sorgreaksjon, er ofte lett å glemme i arbeid med eldre. Pr status presens er ikke sorg en diagnose, og kan lett overses og få mindre oppmerksomhet, enn andre lidelser og plager. Sorg har karakteristiske trekk som skiller den fra depresjon (Dyregrov, 2006), men de har imidlertid også fellestrekk. Både sorg og depresjon kan forringe livskvaliteten til personen som opplever den.

Forskning indikerer at sosial støtte er en viktig variabel for eldres psykiske helse (Blazer, 2003; Krause, 1991; Kurlowich, 1993; Phifer & Murrell, 1986; Smyer, 1993). Eldre som har en sosial tilhørighet har mindre risiko for å bli deprimert (Krause, 1991; Smyer, 1993). Dagens Medisin skriver i en online artikkel at: ”Lav sosial støtte er en viktig sårbarhetsfaktor for psykiske plager, mens god sosial støtte gir beskyttelse. Blant dem med betydelige psykiske helseplager, oppgir mer enn hver femte at de ikke har en fortrolig venn” (Nilsen, 2011). Kurlowich (1993) påpeker at mye forskningsevidens underbygger sosial støttes betydning for eldres psykiske helse, enten som en direkte påvirkning på depresjon, eller som en buffer for å hindre at negative livshendelser påvirker i for stor grad. I en uttalelse i Dagens Medisin sier forsker Ragnhild Bang Nes ved Folkehelseinstituttet at:

Sosial støtte styrker mestringsevnen når man står overfor påkjenninger og er derfor en viktig beskyttelsesfaktor i møte med belastende livshendelser. Sosial støtte og sosial deltagelse kan også i seg selv ha en positiv effekt på den psykiske helsen og har sammenheng med opplevelse av glede, vitalitet og livskvalitet. Lav sosial støtte gir derimot en mangedoblet risiko for psykiske helseproblemer (Nilsen, 2011).

På den andre siden har forskning av Fiske et al. (2009) vist at negative aspekter ved relasjoner i høyere alder kan være risikofaktor for depresjon, som for eksempel konflikter eller overinvolvering av familie og ektefelle.

Røyking og alkoholkonsum er også medierende faktorer som i stor grad påvirker generell helse, sammen med mosjon og fedmeproblematikk (Clausen, Valset, Blekesaune, & Romøren, 2005; Flesland, 2010).

### **Kjønnsforskjeller**

Det er kjønnsforskjeller og etniske forskjeller blant psykiske lidelser. For eksempel har

studier vist at etnisk norske kvinner generelt, men også blant eldre, har høyere forekomst nevrologiske, eller belastningsrelaterede lidelser enn menn, og spesielt kvinnelige innvandrere er en utsatt gruppe (Statistisk sentralbyrå, 2011c). På den andre siden er det vist høyere prevalens av rusmiddelbruk blant eldre menn (Flesland, 2010; Mykletun, et al., 2009; Smyer, 1993; Støver, et al., 2012), antisosial personlighetsforstyrrelse og kognitiv svikt (Smyer, 1993). I lys av at kvinner i gjennomsnitt lever lenger enn menn, opplever også flere eldre, kvinnelige aleneboere mer ensomhet, og tatt i betraktning tap av ektefelle og venner er dette en av de vanligste årsakene til depressive symptomer hos eldre seniorer. Ensomhet kan også være en forløper til redusert helse (Mykletun, et al., 2009), livskvalitet og behov for hjelp og assistanse. En variabel som hypotetisk kunne påvirket og redusert ensomhet noe, er jevnere levealder mellom menn og kvinner (Slagsvold & Solem, 2005; Thorsen & Solem, 2005). Statistisk sett har for øvrig menn tatt innpå kvinner i levealder (Statistisk sentralbyrå, 2002).

Eldre kvinner er generelt overrepresentert på enkelte psykiske lidelser enn menn (Mykletun, et al., 2009; Smyer, 1993; Statistisk sentralbyrå, 1999), men en forklaring på dette kan være at kvinner i større grad enn menn forteller om sine psykiske lidelser (Statistisk sentralbyrå, 1999).

### **Fremmedkulturelle Eldre**

*Nettoinnvandring*, det vil si antall innvandrere minus antall utvandrere, har vist at innvandring har ligget på rundt 40 000 de siste tre årene, sammenlignet med 24 000 i 2006. Familie og flukt hovedårsak til innvandring blant eldre seniorer (Statistisk sentralbyrå, 2011c).

Rådet for psykisk helse skrev i en rapport at enkelte kulturer ikke har den samme forståelsen og begrepsbruken rundt psykiske lidelser, som vestlige land har (Fjellanger et al., 2007). Dette er viktige hensyn i vurdering av Eldres psykiske helse, som trolig i mindre grad

har integrert seg i vestlig kultur. En konsekvens av dette er at psykisk sykdom ikke blir begrepsatt og avdekket, men trolig kamuflert, eller forklart som somatiske plager. Det er ikke mye litteratur på helsen til innvandrere i Norge generelt, da det ikke finnes noe individbasert helse- eller pasientregister som kan kobles til befolkningsdata. Studier indikerer imidlertid at innvandrere har dårligere helse enn etnisk norske (Statistisk sentralbyrå, 2011c).

Kontribuerende faktorer til dårligere helse blant innvandrere er blant annet; fattigdom, arbeidsledighet, lav lønn, tungt arbeid, utilfredsstillende boligsituasjon, sosialt nettverk og diskriminering, og traumer, omstilling til et nytt land, nytt språk og ny kultur (Fjellanger, et al., 2007; Statistisk sentralbyrå, 2011c). Det er størst forekomst av psykiske plager blant innvandrere i aldersgruppen 55 – 70 år, hvor 50 % av kvinnene rapporterer fire eller flere plager, mot 22 % av mennene (Statistisk sentralbyrå, 2011c). SSB gjennomførte i 2005 - 2006 en omfattende levekårsundersøkelse blant ti utvalgte innvandrergrupper av ikke-vestlige opprinnelse. Eldre seniorer oppgav å ha flest helseplager, og hadde langt dårligere helse enn befolkningen totalt sett (Statistisk sentralbyrå, 2011c). I følge rapporten økte kjønnsforskjellene med høyere alder, i motsetning til hva som forekom ellers i befolkningen med høyere alder, der psykisk lidelse synes å jevnes mer ut blant kjønnene.

En annen viktig faktor til psykisk helse er fysisk aktivitet og kosthold. En undersøkelse av SSB viste at hver fjerde innvandrerkvinn mellom 55 - 70 år led av fedme (i følge mål av kroppsmasseindeks). Disse dataene er viktig i hensynet til psykiske helse hos eldre, da det setter lys på et utvalg i populasjonen som har en annen psykisk belastning enn mange andre seniorer i Norge. Samlet sett utgjør innvandrerbakgrunn en risiko for ulike psykiske lidelser (Statistisk sentralbyrå, 2011c).

## Behandling

Forskning viser at psykoterapi er effektivt på eldre (Gould, et al., 2012; Krishna, et al., 2011; Payne & Marcus, 2008; Pincart, et al., 2007). Selv om farmakologisk behandling er nødvendig for en del lidelser, foretrekker hver fjerde eldre pasient psykoterapeutisk behandling (Krishna, et al., 2011). Kognitiv terapi, atferdsterapi og interpersonlig terapi har mest empirisk grunnlag, i følge Krishna et al. Review studier og meta-analyser har vist at psykologisk behandling er effektiv på eldre med depresjon, men på den andre siden har Pincart et al. (2007) funnet heterogene resultater, noe som trolig kan forklares med at ulike studier har operasjonalisert affektive lidelser (*mood disorders*) forskjellig. Ruud, Gråwe, Lilleeng og Bjørngaard (2006) har i en rapport av SINTEF hevdet at kognitiv terapi var den mest brukte *spesifikke* terapiform i DPS, mens støttende psykoterapi var den mest anvendte *behandlingsformen* i DPS (Ruud & Reas, 2003). Ruud og Reas (2003) fant også at de behandlingsformene som gav pasientene best utbytte var psykoterapi, råd, medisiner, og utredning. Disse fire behandlingsformene syntes også å være de som var mest ønsket. Ruud et al. (2006) fant en økning i andel pasienter med kognitiv terapi i gruppe, analytisk gruppeterapi og annen gruppeterapi. Serfaty (2009) hevdet at bare i 5 % av tilfellene mottok eldre psykoterapi, og drøftet om responsivitet kunne være en årsak bak den lave oppslutningen. Hukommelsesproblematikk er en utfordring i arbeid med eldre, sammenlignet med yngre pasienter. Dette kan medføre en del repetering, i følge Payne og Marcus (2008). Som igjen kanskje kan være en mulig forklaring bak det lave antall eldre som mottar psykoterapi.

Farmakologisk behandling er nødvendig når lidelsestrykk tilsier at det vil gi best effekt. Vanedannende medikamenter er et utbredt problem blant en del eldre, og blant annet viser en rapport av HUNT Forskningscenter at blant eldre over 60 år er 20,8 % kroniske

brukere av psykofarmaka. Tallet er høyest for aldersgruppen 80 år og eldre, der 35,6 % av utvalget er kroniske brukere (Støver, et al., 2012). Mange eldre går ofte på flere medikamenter, eller større doser enn det som er anbefalt og kvalitetssikret av helsekommisjoner (*polyfarmasi*) (Steinman et al., 2006; Store norske leksikon, 2012a; Wikipedia, 2012a). For eksempel fant Steinman et al. at i en studie at 128 av 196 personer (gjennomsnittsalder 74,6 år), ble det foreskrevet et antall medikamenter som overskred grensen for polyfarmasi. Studier indikerer at eldre bruker flere psykofarmaka enn yngre aldersgrupper (Hartikainen & Klaukka, 2004). Å bruke flere medikamenter samtidig kan gi helsekomplikasjoner (Mellbye & Berg, 2004; Steinman, et al., 2006). I rapporten til HUNT oppgav kroniske brukere av benzodiazepiner (som for eksempel søvnmedikamenter) lavere livskvalitet og selvvardert helse (Støver, et al., 2012). De vanligste psykofarmakaene i DPS er antipsykotia, SSRI-preparater, og antidepressiva (Ruud & Reas, 2003). Gråwe, Hatling og Ruud (2008) har imidlertid vist i en rapport signifikant nedgang av psykofarmaka i poliklinisk behandling ved DPS.

### **Psykisk Helsevern**

Organisering innen psykisk helsevern har utviklet seg etter behovsspørsmål. I Stortingsmelding nr. 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*, ble det lagt frem at det var store mangler innen psykisk helsevern, og et viktig fremskritt var utbygging og desentralisering av spesialisthelsetjenesten. Dette ville både øke kapasiteten og gjøre det lettere å nå ut til dem som trengte hjelp (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997).

Spesialisthelsetjenesten omfatter DPS og spesialiserte enheter i sykehus, som tilbyr døgnopphold, dagopphold og polikliniske konsultasjoner. DPS-ene har ansvar for det

desentraliserte psykiatriske tilbudet for den voksne og eldre populasjonen (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). DPS-ene er den institusjonen som har ansvar for å følge opp alle voksne og eldre i nærområdet som sliter med psykiske plager og lidelser. Alderspsykiatri er en spesialisert del av psykiatrien med mandat å diagnostisere og behandle eldre med psykiske lidelser, og er ikke en konkurrerende institusjon.

**Distriktpspsykiatrisk Senter.** Et DPS er en faglig, selvstendig enhet og del av spesialisthelsetjenesten, som har ansvar for en vesentlig del av de psykiatriske tjenestene innen et geografisk opptaksområde. Senteret skal ha poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud under en felles faglig ledelse (Forskningsrådet, 2009; Statens helsetilsyn, 2001). DPS-ene er desentraliserte tjenestetilbud innen psykisk helsevern og er en forgreining av de store regionale psykiatriske avdelingene og sykehusene. DPS-ene skal ha et nært samarbeid med kommunene i de respektive opptaksområdene, og kan ha ansvar for flere kommuner. I tillegg til poliklinikk, dagtilbud og døgntilbud, skal alle DPS-ene ha ambulante team og mulighet til å bistå ved akutte kriser. DPS-et bør følge opp kronisk syke pasienter som blir eldre, både fordi DPS-et har best kjennskap til den syke, men også fordi det gir trygge rammer for pasientene (Aakhus, et al., 2010).

DPS-et skal ha et differensiert behandlingstilbud (Muusmann/AGENDA, 2008; Statens helsetilsyn, 2001). I en rapport utført av konsulentfirmaene Muusmann, og AGENDA (2008) for Helsedirektoratet, fastslås det at DPS-et skal ha:

- Poliklinisk undersøkelse og behandling til enkeltpasienter, par eller familier
- Ambulant behandling og rehabilitering til personer med alvorlige psykiske lidelser
- Strukturert dagbehandling

- Krise- og korttidsbehandling på døgnenhet, og lengre tids døgnbehandling

*Poliklinisk behandling* sikrer rask kontakt med pasienter i kriser, og tilbyr øyeblikkelig hjelp for å forebygge tvang og forverring av psykisk lidelse, og vurdere selvmordsfare. *Dagtilbud* er et mindre inngrep i pasientens liv, men nyttes ved behov for større inngripen enn ved poliklinisk behandling. Ulike typer aktiv behandling og treningsopplegg skal avhjelpe pasienten til å mestre hverdagen selvstendig. *Døgntilbud* er tiltenkt pasienter i kriser eller akutt forverring av psykisk lidelse, med blant annet kortvarig skjerming. DPS-et kan også bistå sentralsykehus eller psykiatriske sykehus med avlastning. *Ambulante team* er en mobil enhet ved DPS-et, og reiser til hjem til pasienten for å bistå i akutte tilfeller, som ved psykose. På denne måten møter teamet pasienten, familien og lokale hjelpere i deres vante miljø, og prøver å finne alternative løsninger til innleggelse (Statens helsetilsyn, 2001).

Behandlingstype avhenger av lidelse og symptomtrykk. I DPS får pasienter tilbud om støttesamtaler, psykoterapi, farmakologisk behandling, og gruppeterapi. Pasientene står fritt til selv å vurdere om de ønsker psykoterapi ved oppfølging. Eldre har ofte en rekke komorbide lidelser, og antall nye tilfeller av en lidelse er høy, som depresjon, angst, kognitiv svikt og rusmiddelproblematikk, blant eldre. I tillegg kommer enkelte aldersspesifikke tilleggsproblematikker, som eksistensielle spørsmål knyttet til aldring og død. Tilstrekkelig kompetanse til å vurdere eldre pasienter er viktig, herunder å ha kjennskap til utredningsverktøy, symptombylde, anamnese, medikamenter, komplementær informasjon fra nærmeste pårørende og nettverk (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Et tverrfaglig samarbeid styrker kompetansen.



Institusjonsmodellen DPS-ene er bygget på er lik det som i en del vestlige land kalles *community mental health centres*, som er desentraliserte helsetjenester. Mandatene til helsesentrene er vektlegging av samarbeid med primær- og spesialisthelsetjenesten, redusere stigma, forebygge psykisk helse og fremme god helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Modellen har vokst frem ut fra behovet å sikre og koordinere tilbudene utenfor døgnavdelinger, og for å organisere tjenestene som et samlet tilbud til befolkningen i et lokalområde. Mandatet til DPS-ene er å ivareta befolkningens psykiske helse, og har et tett samarbeid med primærhelsetjenesten og de sentrale sykehusene (Ruud, Lidal, Røhme, Sitter, & Hagen, 2004). Pasienter som skrives ut fra sentrale sykehus bør følges opp på DPS-nivå ved videre behov (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). I følge veilederen *Psykisk helsevern for voksne*, av Helsedirektoratet (2006), ble det fremstilt at DPS-et burde være veien inn og ut av spesialisthelsetjenesten, med andre ord burde DPS-et være en mellomstasjon i behandlingsgangen fra henvisende instans til spesialisthelsetjenesten. Fordelene med et DPS er kortere avstand mellom brukerens hjemsted og helsetjenesten, økt fleksibilitet, og tettere samarbeid mellom bruker, pårørende og behandler (Ruud, et al., 2004; Statens helsetilsyn, 2001). Helsetilsynet (2001) formidlet at et DPS har ansvar for det psykiske helsevern for den voksne befolkningen i opptaksområdet, og er opptatt av hva en kan gjøre for å hjelpe den delen av befolkningen som ikke har fått dekket sine behov for hjelp.

Undersøkelser har imidlertid vist at eldre over 60 år er lite representert i DPS, og at de over 70 år nesten er helt fraværende (Gråwe, et al., 2008; Sosial- og helsedirektoratet, 2008). Det er grunn til å tro at de følges opp av fastlegen eller andre aktører innen psykisk helse. Videre har Helsedirektoratet (2008) hevdet at det er behov for utbygging av tjenestene til eldre, for å tilby effektive og gode behandlingstilbud. Blant annet har gruppeterapi for eldre

vist en god effekt, blant annet for å motvirke passivitet og ensomhet, og forebygge depresjon (Krishna, et al., 2011; Payne & Marcus, 2008). Hva angår deknningen av spesialistkompetanse å eldre i DPS, opplyste Norsk psykologforening at det i Norge totalt er cirka 29 psykologer med spesialitet i klinisk gerontopsykologi, hvorav 2 jobber i DPS. Sammenlignet med de to andre aldersspesifikke spesialitetene er det 722 spesialister i klinisk barnepsykologi, og 1082 spesialister i klinisk voksenpsykologi (S. Bekkali, personlig kommunikasjon, 17. september 2012, og R. S. Standahl, personlig kommunikasjon, 3. september 2012). Det ble imidlertid påpekt at det ikke har vært noen bevegelser i regulering av arbeidsforhold siden 2007 og 2009, og dermed kan det være disse tallene er noe regulert.

**Alderspsykiatri.** Alderspsykiatrien ble opprettet på 1970-tallet og arbeider for å forebygge, diagnostisere og behandle psykiske lidelser som oppstår i høy alder (Engedal, 2012). I Norge har det tatt tid å få til endringer i tilbudet til eldre innen psykisk helsevern, selv om det har vært en positiv endring på dette feltet fra 1990-tallet. Alderspsykiatrien gikk fra å være synonymt med langtidspsykiatri, til å redusere antall sengeplasser, ha kortere utredning, og mer ambulant virksomhet. I tillegg drives mer veiledning og undervisning for primærhelsetjenesten (Aakhus, et al., 2010). Lidelser man tar med seg inn i alderdommen, det vil si lidelser diagnostisert før fylte 65 år, ligger i utgangspunktet i mandatet til DPS-ene å behandle (Aakhus, et al., 2010).

DPS-et er mer utbygget og har en større kapasitet enn alderspsykiatrien. Følgene av for stor pågang i alderspsykiatrien kan resultere i overgått kapasitet og færre eldre som får hjelp og behandling. Norsk psykiatrisk forening anbefalte i *Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011 – 2020*, at pasienter med spesifikke lidelser, eller kriterier hvis oppfylt, burde gis innpass til, og behandles innen alderspsykiatrien (Aakhus, et al., 2010, s. 6):

- Pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år.
- Pasienter med demens og betydelige atferdsproblemer og / eller betydelige psykiatriske symptomer. Alder er av mindre betydning.
- Pasienter med en uavklart demensdiagnose eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag.
- Pasienter over 65 år med en alvorlig psykiatrisk lidelse fra tidligere, men ingen etablert kontakt i voksenpsykiatrien, eller når samtidige sykdommer og / eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig.

Det som er kjennetegnet ved alderspsykiatriske lidelser er at de opptrer for første gang etter fylte 65 år, og at det er en nær sammenheng mellom psykiatrisk og somatisk sykdom, eller mellom psykiatrisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener (Aakhus, et al., 2010). Det er et samarbeid mellom DPS-ene og alderspsykiatrien. Alle eldre mennesker kan utredes og behandles i DPS-et, med mindre lidelsen er av slik karakter som gjør at alderspsykiatrien er en mer velegnet behandlingstilstand, som for eksempel ved demens, betydelige atferdsproblemer, eller somatiske lidelser (Aakhus, et al., 2010). Faglig betyr dette at det er viktig med god kompetanse og utredning på nevnte lidelser depresjon, angst, demens og alkoholrelaterte lidelser hos eldre. For eksempel har over halvparten av alle depresjonstilfeller utbrudd tidlig i livet (Fiske, et al., 2009).

**Henvisning.** DPS-et er den institusjonen som behandler symptomer på psykiske lidelser i distriktet. Unntak er hvis det er lettere psykiske lidelser som kan behandles hos fastlegen (Sosial- og helsedirektoratet, 2008), eller mer kompliserte lidelser som behandles i alderspsykiatrien (Aakhus, et al., 2010). Fastlegen er den viktigste henviser til DPS-ene (Gråwe, et al., 2008; Ruud, et al., 2006; Statens helsetilsyn, 2001), og videre behandling eller

henvisning avhenger av god utredning. Eldre kan ha et annet symptom-bilde enn den yngre befolkningen, noe som krever god utredning fra legen (Bryant, et al., 2008).

En annen grunn til viderehenvisning til spesialisthelsetjenesten er hvis fastlegen ikke med sikkerhet kan avklarer sykdomsbildet, eller hvis symptomene er av slik alvorlighetsgrad at de skal behandles i spesialisthelsetjenesten. I DPS fortsetter kartleggingsarbeidet. Ofte er det nødvendig med supplerende informasjon fra familie og nære pårørende for å best mulig avklare sykdomsbildet. Eldre pasienter skal mottas på lik linje med yngre pasienter, men som offentlige dokumenter indikerer kan det virke som at eldre ikke blir prioritert i samme grad som de har krav på (Forskningsrådet, 2009). Unntaket fra lik behandlingsrett er prioriteringsforskriftene, som går på tilstandens alvorlighetsgrad, forventet nytte av behandlingen, og kost / nytte vurderinger (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Disse forskriftene gjelder alle pasienter i psykisk helsevern. Vurdering av alderspsykiatriske pasienter krever ofte god tid og stor innsats (Aakhus, et al., 2010), både for å skape allianse med pasienten, men også for å gjøre god utredning og innhenting av informasjon. Med andre ord kreves gjerne mer ressurser for å avhjelpe en del eldre pasienter, sammenlignet med yngre pasienter.

***Samarbeid mellom ulike instanser og DPS.*** I norsk helsepolitikk har det vært indikasjoner på at Eldres helse ikke har fått nok oppmerksomhet, tatt i betraktning den stadig økende populasjonen eldre (Forskningsrådet, 2009). Når det gjelder bruken av psykisk helsetjenester blant eldre er det heller ikke god dokumentasjon. Ifølge SAMDATA-rapporten fra 2002, av Helsedirektoratet (2007), var kun 12 % av oppholdene ved psykiatriske sykehus og DPS-er knyttet til personer over 64 år. Estimer for pasienter 70 år og eldre viste totalt sett liten endring i ratene for døgnopphold i perioden 2000 – 2004, men ratene for antall

oppholdsdøgn ble betydelig redusert. Polikliniske konsultasjoner økte imidlertid med 86 % for eldre over 70 år fra 2002 til 2004.

I en veileder av Helsedirektoratet formidles det at en viktig forutsetning for god oppfølging av pasienter er samarbeid mellom ulike instanser. DPS-et må samarbeide med sentraliserte sykehusavdelinger, psykisk helsearbeid i kommune, og andre involverte instanser om å utarbeide individuelle planer for den enkelte pasient (Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

I veilederen står det (s. 12), sitat:

God samhandling kjennetegnes av gjensidig informasjons- og kompetanseutveksling, at de ulike instansene til enhver tid vet hva som er deres oppgaver og ansvar og at en har gjensidig respekt for hverandres kompetanse og oppgaver. Manglende samhandling og manglende kunnskap om hverandres tilbud kan føre til at brukere og pårørende blir overlatt til seg selv når behovet for hjelp er størst, eller at de ikke får tilgang til nødvendig informasjon. Resultatet kan bli unødig lidelse og forverring av situasjonen. Samhandling og samarbeid mellom involverte instanser vil være avgjørende for en kvalitativ god og sammenhengende tjeneste.

Med andre ord finnes det retningslinjer for at gjensidig kompetanseheving skal finne sted for å best mulig yte god helsehjelp til pasient og pårørende. I mandatet til alderpsykiatrien heter det at denne spesialistenheten skal bedrive undervisning og veiledning av DPS og helseforetak. På denne måten vil kunnskap om Eldres psykiske helse styrkes i DPS-et. I Sosial- og helsedirektoratets *Respekt og kvalitet* (2007) understrekes det at det er mangelfull kommunikasjon og samhandling blant de ulike instansene, både internt i spesialisthelsetjenesten, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten, og at dette kan føre til manglende helhet i behandlingsskjeden for eldre med sammensatte problemer.

Det kom frem i en rapport av SINTEF at samarbeidet mellom fastlegen og DPS ikke var god nok mange steder (Gråwe, et al., 2008), om det ble formidlet (s. 25): ”En av fem fastleger eller andre kommunale helsearbeidere mente at det var dårlig, eller svært dårlig samarbeid med DPS ifm behandlingsavslutning”. En forutsetning for god oppfølging av pasienter er at det foreligger god informasjonsformidling mellom de ulike behandlende instansene. Videre står det (s. 25): ”Mens 10 prosent av fastlegene oppgav at DPS-ansattes respekt for deres arbeid og kompetanse var svært dårlig eller dårlig, oppgav 21 prosent av de øvrige kommuneansatte som hadde besvart skjemaet det samme”. Under halvparten av de spurte fastlegene anslo god samordning med deres lokale DPS (Gråwe, et al., 2008).

Ådnanes og Bjørngaard (2006) sa i en SINTEF-rapport at fastlegene ”[...] svært høy grad av involvering når det gjelder kontinuerlig oppfølging av pasienter med en psykisk lidelse” (s. 13). Dataene var basert på selvrappoterer. Imidlertid viste en senere rapport av Gråwe et al. (2008), at fastlegen i for liten grad er involvert i pasienters psykiske helseproblematikk. I en rapport av Andersson og Ådnanes (2006) selvrapporterte fastlegene at: ”I tillegg ser ikke fastlegene på sin rolle som oppsøkende eller forebyggende i forhold til psykisk helseproblematikk”. Disse funnene er indikasjoner på at det på kryss av instanser ikke er godt nok samarbeid og kontakt, noe som med fordel kan forbedres. Større fokus på samarbeid mellom psykisk helsevern og fastlegen, og et mer inngående engasjement fra fastlegen i pasienters psykiske lidelser er viktig.

Også innen utdanning er det viktig med mer kompetanseheving på enkelte områder. I en rapport fra Rådet for psykisk helse er det formidlet at det bør bli en økning av fremmedkulturelt helsepersonell i psykisk helsevern, og at det er få helsepersonell som kan samtale godt nok om tortur, krig, tap (Fjellanger, et al., 2007), selv om det er indikasjoner at

flere med innvandrerbakgrunn får innpass i omsorgsyrker (Slagsvold & Solem, 2005).

Nasjonalt kompetansesenter for minoritetshelse (NAKMI) skrev på sin hjemmeside at kompetansen til psykologstudenter var lav innen fagene kultur- og migrasjonspsykologi.

Hwang, 2005 (gjengitt i Kale & Holt, 2005) gjorde en evaluering av de ulike

profesjonsstudiene i psykologi i Norge basert på studieplanens fagtilbud, og konkluderer med at temaområdene migrasjon og kulturpsykologi ble dekket i mindre grad, og på langt nær en tilstrekkelig måte. Dette kan tyde på at det er både et behov for kompetanseheving på kultur og helse, og også et mer tverrfaglig fokus på eldre innvandrere.

### **Offentlige Dokumenter**

De siste 20 årene har det vært et særlig fokus på utbedring av psykisk helsevern, og det ble på midten på 90-tallet påpekt i St. meld. nr. 25 (1996 - 1997) at det var blitt lettere å være pasient innen psykisk helsevern, og kanskje også lettere å bli pasient av psykisk helsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997). Det vil si at det er en lavere terskel for å få hjelp innen psykisk helsevern, men også lavere terskel for å søke hjelp. Med økt etterspørsel kreves også økt tilbud, men hvis førstnevnte øker raskere enn sistnevnte skaper dette en ubalanse mellom behov og ressurser.

Stortingsmelding nr. 25 oppsummerte at ”Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997, under punkt 1.3: Hva er problemene - og hva bør gjøres?). På bakgrunn av dette ble det iverksatt en omfattende opptrappingsplan og utbygging av psykisk helsevern i Norge. Resultater av denne rapporten ble presentert i Stortingsproposisjon. nr. 63 (1999 - 2006): *Opptrappingsplanen for psykisk helse* (heretter kalt OP). Øremerkede kroner og konkrete tiltak skulle styrke psykisk helsevern

på nasjonalt plan (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998). Det overordnede målet med OP var å fremme selvstendighet og evnen til å mestre eget liv for mennesker med psykiske lidelser (Forskningsrådet, 2009), ved opptrapping av det totale tilbudet i kommunen og spesialisthelsetjenesten, omstrukturering av det eksisterende tilbudet, og holdningsendring. Videre skrev Forskningsrådet (2009) at OP skulle utrede svakheter i alle ledd i behandlingsskjeden, med fokus på, blant annet at (s. 122): Det forebyggende arbeidet er for svakt, det er for høye terskler for pasientene og for vanskelig å slippe til, det går for lang tid fra første sykdomstegn til behandling settes inn, det er for mange pasienter som blir skrevet ut for tidlig, utskriving er mangelfullt planlagt, og oppfølgingen er ikke god nok.

I evalueringen av OP ble hovedmålet om å styrke spesialisthelsetjenesten nådd, blant annet ved utbygging av 75 nye DPS-er (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Flere opptaksenheter vil gi bedre tilgang til helsehjelp i distriktet. I tillegg er det blant annet etablert 34 akutt-team og 62 ambulante team ved DPS-ene. Det fremkom imidlertid at ikke alle punkter i OP ble tilfredsstillende, og det er fortsatt behov for styrking av DPS-ene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Et av satsingsområdene skulle være ”bedre tilbud til særskilte grupper”, deriblant eldre med psykiske lidelser (Forskningsrådet, 2009). Likeså ble det skrevet i Stortingsproposisjonen fra 2009 – 2010, at utfordringer ved DPS-ene blant annet var at eldre mennesker med psykiske lidelser hadde et mangelfullt behandlingstilbud (Prop. 1 S av Helse- og omsorgsdepartementet, 2010). Som de offentlige dokumentene stadfester er det en politisk bevisstgjøring rundt eldre psykiske helse, men foreløpige indikasjoner tyder på at det fremdeles er en lang vei før krav og behov tilfredsstilles.



## Metode

I psykologisk forskning benyttes kvalitativ og kvantitativ metode. "[...] Kvalitative og kvantitative tilnæringer ikke står i et konkurrerende, men i et komplementært forhold til hverandre. I mange tilfeller kan den ene tilnærmingens svakheter langt på vei oppveies av den andres sterke sider", skriver Grønmo (1996, s. 106) (sitert i Arntzen & Tolsby, 2010, s. 13). Kvalitative metoder, som observasjon, intervju, og diskursanalyse er siden 80-tallet blitt viktige i samfunnsforskning. Vitenskapelig utforskning av et fenomen innebærer objektivitet og presisering. For å få svar på en problemstilling, og for å bedre forstå et fenomen, kan vi for eksempel velge en kvalitativ tilnærming med intervju for datainnsamling (Arntzen & Tolsby, 2010).

Kvantitativ metode er ofte basert på tallfestede og målbare studier. Innen kvalitativ forskning er funnene mer fortolkende, basert på informantenes erfaringer og narrativer. Datamaterialet i min undersøkelse baserer seg på intervjuer. Det er derfor anvendt en kvalitativ analysemetodikk. Alternativt kunne det blitt anvendt en kvantitativ tilnærming, i form av en spørreundersøkelse med et omfattende skjema, sendt til flere informanter. Da ville datamaterialet blitt større, og om utvalget var representativt kunne det sagt noe om psykologers arbeid med eldre i DPS på nasjonalt nivå. På den andre siden ville jeg risikert å miste en del informasjon ved en slik tilnærming, da spørreskjema ofte gir korte svar uten mulighet for oppfølgingsspørsmål. Noen ganger kan tolkning av spørreskjema være problematiske da de ofte inneholder ja / nei spørsmål. Ved intervju kan informantene få utløp for tanker og meninger, og gir rom for oppfølgingsspørsmål dersom noe er uklart.

Fenomenologien ble grunnlagt rundt 1900-tallet av Edmund Husserl, og det tidlige fokuset var bevissthet og opplevelser (Kvale & Brinkmann, 2009b). Ved kvalitative

forskningsintervju forsøker forskeren å få tilgang til informantens *livsverden*, den verdenen som man møter i dagliglivet, slik den fremtrer for personen, uavhengig av, og forut forklaring, skriver Kvale og Brinkmann (2009b). ”Det kvalitative forskningsinterview forsøger at forstå verden ud fra interviewpersonernes synspunkter, udfolde den mening, der knytter sig til deres oplevelser, afdække deres livsverden forud for videnskabelig forklaringer” (Kvale & Brinkmann, 2009b, s. 17). Intervju som datainnsamling er i prinsippet som hvilken som helst samtale. To (eller flere) individer kommuniserer rundt et tema. Intervju er lett å gjennomføre og gir tilgang til informantens tanker, meninger og kunnskap. Dermed kan potensielt høyt læringsutbytte finne sted, og nyanser ved svar kan undersøkes.

### **Analysemetode**

Det er i denne oppgaven valgt en fenomenologisk meningskondensering, utviklet av Giorgi (1975) (Kvale & Brinkmann, 2009a, 2009b). Meningskondensering deles i fem trinn. Først leser forskeren gjennom teksttranskripsjoner flere ganger for å oppnå en god helhetlig forståelse av datamaterialet. Deretter bestemmer forskeren naturlige meningsenheter, som innebærer å forkorte uttalelser i intervjuet til mindre enheter for å formidle hovedbudskapet i det som blir sagt. Ved meningskondensering kortes rådata ned til mindre meningsenheter med den mest relevante informasjonen ivaretatt, som grunnlag for videre fortolkning. Meningsenheter kan være ord eller setninger (Arntzen & Tolsby, 2010). Å kode meningsenheter vil si at man skaper nøkkelord (ord, korte fraser) fra språkbasert eller visuelle data, som en mener kan være betydningsfull for det som blir formidlet (Langdridge & Tvedt, 2006; Saldaña, 2009). Dette kan ha flere funksjoner, for eksempel å sammenligne svar mellom ulike informanter (likheter og forskjeller), telle opp svar, og kontrastere svar innad i intervjuet (med andre ord sjekke om informanten er konsekvent) (Brinkmann, Tanggaard, & Hansen,

2012). Deretter omformulerer forskeren det temaet som definerer en meningsenhet slik at budskapet passer informantens synspunkt. Det fjerde trinn går ut på å stille spørsmål til meningsenhetene ut i fra undersøkelsens formål, og i det femte trinn blir vesentlige tema i intervjuet knyttet sammen til et deskriptivt utsagn (Kvale & Brinkmann, 2009b). Målet er å fange opp essensen i intervjuene og sammenfatte meningen. Fordelen med meningskondensering er at det gir en oversikt over det informanten formidler, og gjør det lettere å presentere stoffet på en strukturert måte. Men meningskondensering er ikke helt uproblematisk, fordi fremstillingen av det som faktisk blir sagt blir endret til det forskeren forkorter det til. Derfor eksemplifiseres ofte ytringer med sitater fra intervjuene i tillegg, for å gi leseren inntrykk av hvordan informantene selv tenker og formulerer seg om temaene, og fordi transkripsjonene er selve rådataene i undersøkelsen.

En fenomenologisk analyse er valgt på grunn av antagelsen om at informantene har en mening eller personlig ytring rundt de forskjellige temaene, og på denne måten vil disse narrative og meningene bli fremhevet og vektlagt i større grad (Langdridge & Tvedt, 2006). Jeg ønsker å finne ut hva informantene opplever om det enkelte tema, bruke deres ord og uttrykk, og finne ut hva de legger til grunn for uttalelsene sine, som er i tråd med hva fenomenologisk tilnærming står for (Langdridge & Tvedt, 2006). Uttalelsene til informantene er subjektive. En fenomenologisk tilnærming gir kunnskap basert på deres erfaringer, synsinger og private- eller yrkesideologiske oppfatning om fenomener. Den kvalitative intervjuemetoden tar utgangspunkt i at informanten fritt utdyper sine tanker og holdninger omkring et fenomen.

**Intervjuet: Hvem er Informantene, og Hvordan er de Valgt?**

I mitt prosjekt har jeg valgt å intervju psykologer i DPS. Rasjonale bak valget er å lære mer om psykologens perspektiv på arbeid med eldre, og hva psykologen kan bidra med i behandlingen av eldre. I motsetning til leger og psykiatere har ikke psykologen anledning til å foreskrive psykofarmaka. Det er ikke dermed sagt at psykologen ikke kan anbefale dette, eller har negative holdninger mot psykofarmaka, men det betyr at primærbehandlingen er psykologisk behandling. Psykologen er lært opp i behandlingsmetodikk som kan være av god effekt, uten administrering av medikamenter. Som det også er nevnt utstedes psykofarmaka ofte i for stor grad til eldre (polyfarmasi), og dermed er fokus på en ikke-medikamentell behandling desto viktigere.

Antall informanter falt naturlig på seks, da jeg intervjuet en representant fra hver DPS i Hordaland. Selv om noen DPS-er har flere klinikker har jeg valgt å forholde meg til en representant fra hvert kontor. De seks DPS-ene i og rundt Bergen er:

- Betanien DPS (privat)
- Bjørgvin DPS
- Kronstad DPS
- Solli DPS (privat)
- Voss DPS
- Øyane DPS

McCracken (1988) og Langdridge og Tvedt (2006) har anbefalt 6-12 informanter for denne typen undersøkelser. Metodisk kunne det vært en fordel å intervju flere informanter, da det ville gi et større og bredere utvalg. På den andre siden er ikke resultatene i denne oppgaven generaliserbar, eller representativ, selv om det hadde vært to eller tre ekstra informanter med i

undersøkelsen. Arbeidsomfanget blir likeså mer håndterlig, både med tanke på datamateriell, men også med tanke på arbeidsmengde, i og med undersøkelsen og databehandlingen kun blir utført av en person.

For å utforske fokus på eldre i DPS-ene i Bergensområdet mer inngående, igangsatte jeg intervjuing av psykologer i DPS. Ansatte i DPS-ene har mandat å redusere stigma, forebygge psykisk helse og fremme god helse i distriktet, hos både unge voksne og eldre. Initierende kontakt med psykologene er gjort i samarbeid med veileder, og ved å forhøre meg via andre kolleger. Selv hadde jeg ingen kjennskap til psykologene fra før. Alle informantene fikk tilsendt en standardisert mail (se Appendix) der jeg oppgav informasjon om prosjektet, tematikk og kontaktopplysninger.

### **Intervjuguide**

”En god intervjuguide er en nøkkelfaktor for å oppnå vellykkede intervjuer”, i følge Langdridge og Tvedt (2006, s. 60). I forkant av intervjuet ble det laget en intervjuguide for å strukturere og organisere intervjuet, både for å sikre kvaliteten på spørsmålene, og for at de samme temaområdene blir utforsket i hvert intervju. Guiden (se Appendix) ble gjennomgått og kvalitetssikret av veileder og en utenforstående studentkollega. Intervjuene er *semistrukturert*, som betyr at det har standardiserte og forhåndsdefinerte spørsmål som er åpne for informanten til å besvare fritt. Dette er den mest vanlige formen intervju i psykologisk forskning (Langdridge & Tvedt, 2006). Fordelen med et semistrukturert intervju er at det ikke må følges slavisk, det tillater oppfølgingsspørsmål der dette er relevant / nødvendig, eller for å følge opp digresjoner, og man kan be informanten utdype noe hvis det er uklart. De seks temaområdene er:

1. Generelt eldre i din DPS (67 år +): Her undersøkes demografiske forhold rundt eldre pasienter i DPS-et.
2. Kompetanse på eldre i din DPS: Hvor mange på DPS-et har erfaring med, og eventuelt spesialistkompetanse på eldre? Hva er bakgrunnen til det er så få med spesialistkompetanse generelt, og hvordan kan dette endres?
3. Fremmedkulturelle eldre på din DPS: Tar eldre innvandrere kontakt med DPS? Skiller henvisningsgrunn seg fra etnisk norske?
4. Oppfølging: Hva synes psykologen om fokuset eldre får i DPS-et? Er oppfølging god nok?
5. Drop-out: Kommer eldre til timene, eller velger de å avslutte (drop-out)? Hvem har høyest drop-out rate mellom eldre og yngre pasienter?
6. Fremtiden: Tanker rundt eldrebølgen, og det å være forberedt på høyere pasienttrykk.

Temaene er valgt med tanke på å få en generell forståelse av arbeidsomfang og utfordringer i arbeid med eldre i de ulike DPS-ene, og hvordan DPS-en er forberedt på en eventuell økning i antall henvendelser. Spørsmålene har ikke nødvendigvis noen konkrete svar, og noen kan være utenfor informantenes kvalifikasjoner å svare på. Det er derfor forventet at informantene noen ganger må drøfte ulike spørsmål uten å kunne gi konkrete svar. Et eksempel på et slikt spørsmål er: "Hvorfor er det lite spesialistkompetanse på gerontopsykologi?". Noen spørsmål er også ment å være en tankevekker for informanten, som for eksempel "Hva må til for å bedre ivareta den økende eldrepopulasjonens psykiske helse". Svarene på slike spørsmål gir om mulig grunnlag for en fruktbar diskusjon.

**Informantenes erfaring med eldre.** I selve intervjuene ble aldersavgrensingen satt til 67 år. Ingen av informantene har hatt eldre pasienter enn 74 år, derfor ble ikke

alderskategoriene (yngre / eldre seniorer) videre utdypet. Informantene har ulik erfaring fra DPS. Noen har polikliniske oppgaver, det vil si for det meste individualterapi. En informant jobber særlig med grupper, og tar i mot akutte henvisninger, spesielt suicidvurdering. En annen informant har mye erfaring med rehabilitering av alvorlig psykisk syke, mens enda en informant jobber i døgnposten og har mye beskjeftigelse med psykoser, og andre tunge psykiske lidelser. Disse ulikhetene er gjør at informantene har forskjellige forutsetninger for å få tilvist eldre pasienter, og derfor har ulik erfaring med denne aldersgruppen.

Det er imidlertid forskjell blant informantene hva angår erfaring i arbeid med eldre. Alle informantene har, eller holder på med, en spesialitet innen klinisk psykologi. To av informantene er relativt uerfarne psykologer uten lang arbeidserfaring som psykolog, og noen av svarene deres baseres på antakelser og synsing. En av dem opplyser å ikke ha jobbet med eldre pasienter enn 56 år. Det er imidlertid viktig å belyse og å få frem nyutdannede psykologers perspektiv, da mange nyutdannede psykologer søker seg til DPS som første arbeidssted, og mange av disse blir behandlere også for den eldre populasjonen.

### **Metodiske utfordringer**

**Intervjuers påvirkning.** Intervjuers kunnskap om intervjutemaet kan lett farge intervjuet. Intervjuer kan stille ledende eller retoriske spørsmål, og dermed få svar en forventer, eller ønsker (*selvoppfyllende profeti*). Det er en velkjent utfordring at selv små omformuleringer i et spørsmål kan påvirke svaret (Kvale & Brinkmann, 2009b). Dette må en passe på fordi man risikerer å ikke få vite hva informanten nødvendigvis mener eller tenker om temaet, men mer hva en selv som intervjuer leder informantene til å fortelle. I tillegg risikerer man at informantene tror at noen svar er mer riktige enn andre, som kanskje kan føre til svar informantene tror intervjuer ønsker å høre (*social desirability*). Denne utfordringen blir

mer tydelig jo mer intervjuer vet om et fenomen, og hvis intervjuer selv har sterke holdninger til det som intervjues om.

Fenomenologien søker etter den urørte beskrivelsen av livserfaringer, det vil si den fordomsfrie førstehåndserfaringen et menneske har gjort seg, uten påvirkninger fra omverdenen. *Epoché* er prosessen hvor en streber etter å frigjøre seg fra forutinntatte ideer vi har fra før om et fenomen. Målet med epoché er å skildre, på en objektiv måte, de fenomenene vi beskriver, og legge til side egne holdninger, og på den måten studere den samme tingen fra forskjellige sider. Denne frigjøringen kalles *bracketing*. Det betyr at forforståelser, kunnskap og egne perspektiv om et tema som skal intervjues om må tilsidestilles. Dette kan være vanskelig fordi man, i løpet av intervjuene får ny kunnskap og bedre forståelse om et tema, og mulighet til å utdype og eventuelt følge opp med relevante spørsmål (Langdridge & Tvedt, 2006). Ut fra et kunnskapservervingsperspektiv er dette bra fordi man kan tilspisse intervjuene og få mest mulig utbytte av dem og informantene. Ulempen er at man kan risikere å ende opp med intervju som er for avvikende fra intervjuguiden, både hva angår spørsmålsformuleringer og oppfølgingsspørsmål.

Et annet fenomen å ta hensyn til i en menneskelig relasjon er mellommenneskelige signaler / kommunikasjon (*verbal og non-verbal*), og normer. Dette betyr at et intervju ikke kan gjøres med en nøytral, standardisert holdning og væremåte, da intervjuer og informant interagere på en dynamisk måte. Opptrer man ensartet vil det bryte en mellommenneskelig forutsetning (Fog, 1994). Et samspill mellom to personer kan derfor ikke repliseres fra forsker til forsker.

**Opptak og transkribering.** Opptakene ble gjort med en elektronisk opptaksenhet (Sony ICD-SX700) og overført og avspilt som en MP3-fil på datamaskin. Etter intervjuene var



spilt inn ble de transkribert. Transkribering er en møysommelig og tidkrevende prosess, og krever full konsentrasjon, da man skal få med alt som blir sagt, og noen ganger også stavelser, ordlyd og lignende (Langdridge & Tvedt, 2006). Det er stor forskjell på det talte og skrevne ord. I transkriberingsprosessen risikerer man å miste mye informasjon som kun er registrerbart i tale, som ironi, sarkasme, kroppsspråk, tonefall og så videre. I løpet av transkribering får intervjuer enda bedre kjennskap til rådataene (Brinkmann, et al., 2012; Kvale & Brinkmann, 2009b).

En utfordring med transkribering er støynivå. Det kan være vanskelig å høre alt som blir tatt opp hvis andre lydkilder skaper interferens. I slike tilfeller har man ikke annet enn kontekst å støtte seg på for å forstå innholdet, ergo risikerer man å miste en del av budskapet. Det er derfor lurt at den som har gjort intervjuet også transkriberer, og at transkripsjonen gjøres kort tid etter opptaket, slik at man lettere kan gjenhente relevant informasjon fra hukommelsen. Alle opptakene ble slettet fra opptaksenheten og datamaskinen etter bruk.

Ved sitater fra intervjuene i teksten refererer jeg til informant # (# = nummer) for å lettere navigere mellom uttalelser, uten at dette vil påvirke anonymiteten. Alle sitater er direkte avskrift fra transkripsjonen.

**Reliabilitet og validitet.** All forskning kvalitetssikres. *Reliabilitet* dreier seg om hvor pålitelig og stabil undersøkelsesmetoden er, om en kan stole på det metodiske arbeidet i undersøkelsen, og om undersøkelsen gir det samme resultatet mer enn en gang (Langdridge & Tvedt, 2006). Det er ikke mulig å etterprøve en undersøkelse der datamaterialet er basert på samtale, og en annen forsker ville ikke fått det samme resultatet, selv med de samme informantene, fordi det som formidles skjer i nuet, og kan endre seg over tid, og etter ny erfaring. På den måten er kvalitative undersøkelser unike (Fog, 1994).

*Validitet* dreier seg om undersøkelsen er troverdig, eller gyldig, og om den svarer på det den er tenkt å svare på. Som Fog har formulert det: ”*Hvorvidt vi har undersøgt det, vi tror, vi har undersøgt*” (Fog, 1994, s. 193). En intervjuundersøkelse kan endres underveis slik at temaer og spørsmål vil dreie seg om den saken en vil undersøke. Hva angår gyldigheten til intervjuguiden er denne gjennomgått av veileder og en utenforstående kollega for å vurdere spørsmålsformulering, noe som styrker intervjuets overflatevaliditet (*face validity*).

**Etiske retningslinjer.** Av hensyn til informantenes anonymitet er det ikke avslørt om noen av dem har spesialitet innen gerontopsykologi. For å gjøre digitale opptak kreves godkjenning fra Norsk Samfunnsvitenskaplig Datatjeneste (NSD). På grunn av det lave antall informanter og det ikke-sensitive innholdet (med tanke på personopplysninger) ble det avklart med NSD om fritak fra å bruke meldeskjema. Dette ble godkjent pr telefonkontakt og i samarbeid med veileder. Alle informantene fikk utlevert, og signerte skjema om *informert samtykke*, som betyr at informantene ble informert om rammene for intervju og bruk av datamateriale, samt for å sikre dem retten til å henvise til signerte dokumenter dersom de, på hvilket som helst tidspunkt, skulle ønske å trekke seg fra prosjektet, eller av andre grunner ha innsigelser mot bruk av deres intervjumateriale (Kvale & Brinkmann, 2009b).

## Resultat

### Generelt eldre i din DPS (67 år +); Demografiske Forhold

Som nevnt tidligere er det forskjell i både generell arbeidserfaring (nyutdannede versus erfarne), og relevant arbeidserfaring med eldre. Noen data fra intervjuene er av slik karakter at de kan lett sammenlignes på tvers av informantene, som for eksempel erfaring med alder, kjønnsfordeling, og henvisningsgrunnlag.

Gjennomsnittsalderen blant de eldre pasientene informantene har hatt er lav, trolig i underkant av 70 år. Det finnes ikke et nøyaktig gjennomsnittstall, da informantene svarer for eksempel: *mellom 60 og 70*, og *rundt 70*, og så videre. Ingen av informantene har hatt særlig mange eldre pasienter, og det meldes om ingen pasienter i sjiktet eldre seniorer (80 år og eldre). Fire av seks informanter rapporterer at de synes det er en overrepresentasjon av kvinnelige søkere blant de eldre pasientene, mens to mener det er cirka lik kjønnsfordeling. Den mest prevalente lidelsen blant de eldre pasientene som henvises er depresjon, i følge alle seks informantene. Deretter kommer angst, kognitiv svikt og rusmiddelavhengighet. Disse svarene er i samsvar med det vi ser i litteraturen om psykiske lidelser eldre. Demografiske data er bare tentative, da ingen av informantene ved intervjuing hadde oversikt over disse dataene, og derfor kom med anslag, basert på hukommelse.

**Hvordan kommer eldre i kontakt med DPS?** Informantene forteller at grunnen til at eldre kommer i kontakt med DPS er enten via fastlege eller andre institusjoner innen psykisk helsevern som henviser. Det er sjeldnere at den eldre selv er bekymret over egen psykiske helse og på eget initiativ tar kontakt med lege med ønske om utredning, selv om en informant har flere erfaringer med dette. Informant 4 forteller at andre spesialister innen andrelinjetjenesten henviser saker til DPS hvis utredning ikke tilsier at de skal videre i behandling innenfor den bestemte institusjonen. Informant 3 forteller at det hender tilstanden til noen pasienter er så invalidiserende at de ikke kommer seg til fastlegen på egen hånd (grunnet for eksempel mani eller depresjon), og dermed blir familien den viktigste støttespilleren innledningsvis til hjelp og behandling. En informant forteller at det oppleves som at legen av og til holder tilbake pasientene fremfor å viderehenvise, og sier:

[...] jeg tror, jeg tror sånn som stemmer med min magefølelse at fastlegen alltid har prøvd å holde igjen fra innleggelse, fordi at de tenkte at ”ja, dette her kommer, det kommer seg, dette er livsfase, du har mistet mannen din, det liksom, det er vanlig”, og hvor det er ofte pasienter og pårørende som føler dette her, denne innleggelsen burde ha kommet mye tidligere.

De fleste informantene rapporterer at familien til pasienten som regel blir bekymret og ser en eller annen endring hos pasienten. En årsak kan være at endringene er så markante at de skiller seg fra det normale, og gir grunn til å ta kontakt med lege for å få en faglig vurdering. En annen tolkning er at pasienten selv ikke har innsikt nok til å se endringer, kanskje på grunn av en progredierende, hjerneorganisk sykdom, eller kanskje på grunn av manglende kunnskap om psykiske lidelser, og hva som er normalt. Informant 2 forteller at tidligere erfaringer med psykiske lidelser kan være grunn til at noen pasienter selv oppsøker lege for konsultasjon, og sier:

[...] folk som kanskje i større grad evner å gå til lege selv og uttrykke at de er veldig bekymret. Eller at de har en fartstid tidligere i psykiatrien, at de skjønner at noe er det noe som har begynt å røre på seg igjen.

Dette kan bety at pasienter med historikk innen psykisk helsevern har gode erfaringer som bringer dem tilbake for å få hjelp.

Et alternativt perspektiv er at eldre går til fastlegen, fordi fastlegen er en person pasienten har et forhold til, og ofte har kjent over lang tid. Terskelen for å ta kontakt med lege er lavere enn kontakt med psykisk helsevern, både for pasienten selv, og trolig også for familien. Selv om det hevdes i St. meld. nr. 25 (1996 - 1997), at det er blitt lettere å være pasient innen psykisk helsevern, og kanskje også lettere å bli pasient av psykisk helsetjeneste,

virker ikke dette som en generaliserbar påstand, da alle informantene synes det er svært få eldre pasienter som viderehenvises til DPS, og til og med kanskje tilbakeholdes. På sin side hevdet Helsedirektoratet i en rapport fra 2007, at polikliniske konsultasjoner har økt fra 2002 – 2004 (Sosial- og helsedirektoratet, 2007). På den andre siden viser en rapport av SNTEF at pasienter fra 60 år og oppover er halvert i DPS, sammenlignet med sykehjem. Denne differansen øker med høyere alder (Hagen & Ruud, 2003). Informantenes erfaringer og tallene opplyst er ikke sammenfallende med Helsedirektoratets opplysninger.

**Hva slags behandling får eldre i DPS?** *Behandlingstid*, det vil si hvor lenge de eldre pasientene kommer til behandling på DPS-et, er variabelt, i følge informantene. DPS-et har krav om pasientgjennomstrømming og effektivisering av kartlegging og behandling, og det er en sammenheng mellom behandlingstid og behandlingsresultater (Gråwe, et al., 2008). Derfor er det viktig med tilstrekkelig behandlingstid. Behandlingstid avhenger imidlertid av problemstilling, og dette må vurderes ut fra hvert enkelt tilfelle. Informantene opplyser forskjellig behandlingstid, og det er ikke lett å vurdere hva som ligger i alle utsagnene. Informant 1 sier: *10 timer i gjennomsnitt*, mens informant 4 sier: 0-2 år, og informant 5 sier: ”Kort tid, og litt for lenge.” Med tanke på den begrensede erfaringen informantene har i arbeid med eldre kan det også tenkes informantene generaliserer erfaring de har med andre pasienter. Andre forklaringer på hvorfor de rapporterer ulik behandlingstid er for eksempel type behandling, som gruppeterapi, poliklinisk behandling, døgnbehandling, og innleggelse.

På spørsmål om hvilken behandling eldre får tilbud om i DPS (for eksempel psykoterapi, medikamentell behandling, og så videre), svarer informantene noenlunde det samme, og sier individuell behandling og gruppeterapi. Med individuell behandling tror jeg informantene refererer til den helhetlige behandlingen pasienter får tilbud om, i form av

psykoterapi, medikamentell behandling og annen relevant behandling på DPS-et. Av andre tiltak nevnes innleggelse, ambulante team, miljøarbeid og fysisk aktivitet. Det er ingen egenartet behandling for eldre, i følge informantene, men medikamentell behandling oppleves å være fremtredende. Det mest vanlige medikamentet blant pasientene til informantene er antidepressiva av forskjellige typer. Dette samsvarer med statistikk på administrering av psykofarmaka ved DPS-er (Ruud & Reas, 2003). Tilleggsmedikamenter, som smertelindrende og søvnmedikamenter, er også vanlig. I lys av litteraturen er antidepressiva ikke overraskende på topp i statistikken, og et spørsmål til diskusjon er hvorvidt det er behov for så mye medikamentell behandling som det gis inntrykk av, når man vet mange profitterer på psykoterapi (Serfaty, et al., 2009). På den andre siden hevder to av informantene at eldre selv velger bort behandling med psykoterapi. For eksempel sier informant 3: ”Men det har vært lite psykoterapi. Altså ingen, ingen av de i alle fall som jeg vet om, som ønsker det selv.” Informant 5 tenker høyt rundt manglende utøvelse av psykoterapi på eldre, og sier: ”Så kanskje bevisstheten rundt samtaleterapi for eldre skulle være litt sånn mer, viktig tema da, i forhold til hva er det vi kan bidra med som er, kan være kjempeviktig.” Her kan man forstå det dit hen at informanten savner opplysning om hva psykoterapi for eldre er, med andre ord at det burde være en slags psykoedukasjon om psykoterapi for pasientene. Dette kan både være en måte å informere pasienten om hva han eller hun kan forvente i terapi, og også som en del av alliansebygging med, og trygging av pasienten.

Informant 4 sier følgende om pasienter som ikke går på medisiner: ”[...] og hvis ikke de har gjort det så er det ofte at vi, så vil vi prøve behandling først, med mindre det er en alvorlig depresjon, der indikasjonen er at man skal behandle.” I dette svaret tolker jeg det slik at primærbehandlingen er psykoterapi, med mindre det er indikasjon på alvorlig depresjon, og

lignende, og da administreres psykofarmaka. Man kan imidlertid undre seg om medikamentell behandling er førsteprioritet i førstelinjetjenesten. Hvis legen har lettere for å skrive ut resept på antidepressiva fremfor å henvise til psykolog, da risikerer man overmedisinering av eldre pasienter, selv blant dem som har en lidelse som kanskje bedre profiterer på psykoterapeutisk behandling.

### **Kompetanse på eldre i din DPS**

Fire av seks informanter hevder det er behov for flere spesialister på gerontopsykologi i sitt DPS, mens to sier nei. Argumentene til de to informantene som sier nei er at det ikke er stor nok pågang av eldre pasienter, og at det derfor ikke trengs egne spesialister for å avhjelpe de få som kommer. Et annet argument er at den generelle, tverrfaglige kompetansen på DPS-et er såpass god at det ikke er nødvendig med en egen spisskompetanse på eldre. Som nevnt er det cirka 29 spesialister på klinisk gerontopsykologi nasjonalt. Det er grunn til å undre seg over hvorfor det er sånn, når man sammenligner med klinisk barnepsykologi som har 722 spesialister, og klinisk voksenpsykologi med 1082 spesialister (S. Bekkali, personlig kommunikasjon, 8. oktober 2012). To av informantene mener utdanningsinstitusjonene har et større ansvar for å motivere kommende psykologer til å engasjere seg og få interesse for gerontopsykologifeltet, og mener blant annet at psykologutdannelsen og Norsk psykologforening bør involvere seg mer.

**Fokus på eldre i ulike arenaer.** Hvilke arenaer kan bidra til å rette søkelyset mot eldre, og hva mener informantene kan gjøres for å øke fokus på Eldres psykiske helse? Synes informantene Eldres psykiske helse får nok oppmerksomhet? Ut fra stikkordene politisk, media og internt i psykisk helsevern drøfter informantene dette. Fem av seks informanter svarer at de synes det er for lite fokus på Eldres psykiske helse, innen alle arenaer. To av informantene

svarte imidlertid at det synes å være en fremgang i riktig retning på dette området. En informant trekker frem og roser Universitetet i Bergen for økt fokus på eldre, både blant ansatte og studenter. Tre informanter trekker frem viktigheten av fremtredende personer som kan trekke med seg andre og engasjere andre i eldres psykiske helse, en slags *eldreambassadør*, eller talsperson, for eldre. Informant 1 foreslår at hvert DPS kan ha en ansvarsperson på gerontopsykologifronten, en som kan fungere som en kontaktperson rundt spørsmål om eldre, men som også har funksjon i å spre informasjon i form av internundervisning, for eksempel. I følge Sosial- og helsedirektoratet er nettopp en av oppgavene til DPS-et å jobbe tett med kommune og øvrige spesialisthelsetjenester, og bistå kommunen med råd og veiledning (Sosial- og helsedirektoratet, 2006), og derfor er dette viktig å etterleve.

### **Fremmedkulturelle eldre på din DPS.**

Har eldre fremmedkulturelle andre psykiske lidelser, eller symptomtrykk, enn etnisk norske eldre? Og tar eldre innvandrere kontakt med DPS? Kun en av seks informanter har hatt eldre innvandrere i behandling. Dette er i tråd med funnene til Gråwe et al. (2008), som viste i en SINTEF rapport at bare 5 % av pasienter i DPS var av ikke-vestlig bakgrunn. Informant 5 forteller at de få innvandrene som har kommet til DPS-et har vært ressurssterke, det vil si de gjerne har et godt nettverk rundt som støtter dem. Videre forteller informanten følgende om eldre innvandreres tiltro til psykiske helsevern: "...[de har] kjempetro på oss, at vi skal hjelpe, på den ene, andre, tredje eller fjerde måten og, that's it." Utsagnet om at eldre innvandrere har stor tiltro til psykisk helsevern går imot utsagnet om at eldre generelt ikke har tiltro til psykisk helsevern, og av den grunn ikke kommer til DPS. På den andre siden kan det virke paradoksalt det informant 5 forteller om tiltro til psykisk helsevesen, med tanke på at det er få eldre



innvandrere i DPS, og med tanke på innvandreres generelle holdning mot psykisk sykdom, som nevnt tidligere. Det er imidlertid ikke grunnlag for å si om det er forskjell i tillitten eldre innvandrere og etnisk norske har til psykisk helsevern, da kun en av informantene har erfaring med eldre innvandrere. Eldres tillitt til behandling er heller ikke kartlagt på annen måte i denne undersøkelsen.

Det kan virke som at pårørende tar kontakt med DPS på vegne av eldre med fremmedkulturell bakgrunn. Det ansvaret familien påtar seg gir et inntrykk av at den eldre har et godt nettverk rundt seg. Informant 2 underbygger påstanden til informant 5, om at eldre innvandrere har et godt nettverk rundt seg, og sier at: "... de kom jo med hele familien, for det var vanskelig å, å bringe de hit." Dette kan være et uttrykk for kulturelle forskjeller; At psykisk helse er tabu, eller at psykisk helse er ukjent for den eldre generasjon innvandrere, og dermed må etterkommerne ta ansvar for dem. Det kan også være et uttrykk for familiært samhold. Relatert til dette forteller informant 5 at noen innvandrere har med seg sine voksne barn som tolk i behandling. Rådet for psykisk helse rapporterte at det forekommer at helsepersonell ikke bestiller tolk til samtaler med fremmedkulturelle (Fjellanger, et al., 2007). Dette kan øke kommunikasjonsvansker og hindre behandling. Flere av informantene spekulerer i om språkbarrierer kan være en av årsakene til at eldre innvandrere ikke kommer til DPS, og at psykoterapi ytterligere vanskeliggjøres på grunn av dette, som er naturlig å anta. Det må bli en økning i rekruttering av fremmedkulturelt helsepersonell i psykisk helsesektor (Fjellanger, et al., 2007). Informant 1 spekulerer i om andre kulturer kanskje holder psykiske lidelser innenfor familien, og sier:

Og.. Mange andre kulturer tenker å holde dette her veldig innenfor familien og sant.

Og kanskje er de eldre i fremmedkulturer de er seinere med å avlære seg det, eller, med å avlære, mener, mener, de har jo levd lenge med den innstillingen, eller den.

Dette kan underbygge påstanden om at familien står sterkt sammen i motgang, sykdom og utfordringer et familiemedlem har.

På spørsmålet om det er kjønnsforskjeller blant eldre innvandrere er svaret delt. To av seks informanter tror det er flere kvinnelige innvandrere. En tror det er likt mellom kjønnene, og en sier menn er overrepresentert. To gir ikke noe konkret svar. Generelt viser litteraturen at det er forskjell i lidelsestrykk mellom etnisk norske og fremmedkulturelle, og det er grunn til å anta at dette også gjelder eldre innvandrere. Spesielt understreker litteraturen at sorg, savn, ambivalens, PTSD og psykose er prevalent blant innvandrere, og er sterke indikasjoner på at spesielt flyktninger opplever store belastninger når de må dra fra hjemlandet sitt.

### **Oppfølging**

Informantene ble spurt om hvordan de trodde oppfølging av eldre var på generell basis i andre DPS-er i Hordaland. Har DPS-ene kontakt med hverandre i form av møtevirksomhet, eller annen utveksling av erfaring? På spørsmål om hva informantene synes om oppfølging svarer de at: ”eldre står bakerst” [i prioriteringen], ”oppfølgingen kunne vært bedre”, eller, ”er for dårlig”, og ”samme som andre”. Fire informanter mener andre instanser i større grad følger opp eldre, enn DPS-ene gjør. Her nevnes blant annet Olaviken Alderspsykiatriske sykehus, Seksjon for alderspsykiatri, HUS, og kommunepsykologene. Informant 2 sier: ”Men leger henviser ikke til DPS, tydeligvis, eldre mennesker”. Oppfatningen om at eldre mennesker ikke henvises til DPS kommer trolig av det lave antall eldre pasienter informantene har hatt, og at det i de fleste tilfeller er fastlege som henviser. Informant 6 er av den oppfatning at fastlegen

avventer viderehenvisning, inntil pårørende synes det er gått for lang tid. Informant 5 stiller seg et lignende spørsmål og sier:

[...] går rundt og spør litt for det, hvordan det nå egentlig, er de, hvor er de hen? Men, eh, ja, der var det litt sånn, men så, da lander jeg ofte tilbake igjen på den, ”jaja, men det er sikkert avdeling psykisk helse som følger de opp.”

Informant 4 etterlyser de eldre og sier:

Men det kan selvfølgelig være fordi at man ikke har et spesielt fokus, så det kan jo godt hende at det har, et større behov, så jeg tenker at oppfølgingen helt sikkert kunne vært bedre, for du hører hele tiden om, i media og om dårlig tilbud, og mange eldre sliter og mye depresjoner og angst og at de ofte, veldig, veldig ofte medisineres.

Ut fra svarene kan det tolkes at de ulike DPS-ene i regionen ikke har særlig innblikk i hverandres rutiner og pasienttrykk. Det kommer imidlertid til uttrykk fra en av informantene at det forekommer noe møtevirksomhet mellom ulike DPS-ledere. Informant 1 sier:

Vi har jo jevnt og trutt hatt møter med poliklinikkledere, sant, ”hvordan gjør dere det hos dere”, og sånn, og det vet jeg at DPS-ledere har hatt, sant og, og DPS-ledere blir på en måte ledere til poliklinikkledere, sant så, så hvis det hadde skjedd noe på DPS-nivå, leder nivå, at de hadde det som tema, så hadde vi jo som poliklinikkledere fått høre om det, sant, at nå, ja, hva med å ha det som tema på poliklinikken.

Hvorvidt informantene er fornøyd med oppfølging av eldre i eget DPS svarer tre informanter at eldre følges opp på lik linje med andre pasienter og aldersgrupper. Bare en informant svarer ”for dårlig”, mens en informant svarer ”veldig god”.

## Drop-out

Psykoteraeutisk behandling krever god allianse mellom behandler og pasient, og er en dynamisk prosess som kan passe bra for noen, og mindre bra for andre. Det er ikke sikkert psykologen til en pasient går like godt overens sammen med en annen pasient. Behandling krever både engasjement og tiltak fra pasientens side, og kan være tidkrevende. Vil psykoteraeutiske utfordringer gi utslag på drop-out rate? Fem av seks informanter mener at eldre, i mindre grad enn yngre, dropper ut fra behandling. Den gjengse forklaringen er at eldre oppleves å være mer pliktoppfyllende, med andre ord at de legger et engasjement i kontakten de inngår i.

Informantene spekulerer rundt disse antakelsene og kan ikke dokumentere det, derfor må ikke disse svarene tas til inntekt for hvordan det er i praksis, eller hva pasienten tenker. Informant 2 og 4 tenker det kanskje kan være tabubelagt for eldre å gå til psykolog. Informant 4 sier:

[...] så er det noe om, likevel med det som henger igjen i en selv av skamfølelse, av på en måte dette skal man klare selv, man har klart seg gjennom et langt liv, eh, dette er ikke noe vi snakker med andre om.

Dette kan tyde på at eldre pasienter ikke er så åpen rundt psykiske lidelser som yngre. Videre sier informant 4 at: "... det er ikke så mye tabu blant yngre og middelaldrende, selv om jeg synes jo at de som tipper over middelalder, eh, ja det er fremdeles mange som synes det er skambelagt...". På spørsmål om det er forskjell i type drop-out fra eldre og yngre (for eksempel dem som ikke møter til første time, og dem som velger å droppe ut underveis i behandlingsforløpet) svarer informantene at det er flere yngre som velger å ikke møte til timen, enn det er eldre. En kan kanskje si at eldre pasienter har et større engasjement når de

først kommer i behandling, og har mindre drop-out enn yngre. Alternativt er det andre utfordringer i arbeid med yngre, som gjør at flere faller fra, enn det er i arbeid med eldre. Uavhengig av hva som skaper god eller dårlig allianse ser man likevel svært få eldre i DPS.

### **Fremtiden**

Har informantene reflektert rundt den forestående eldrebølgen? Merkes eldrebølgen allerede nå i DPS-ene? Har de respektive DPS-ene og den enkelte psykolog tatt stilling til dette spørsmålet? Halvparten av informantene svarer nei på om de har reflektert rundt eldrebølgen, og den andre halvparten svarer ja. Informant 5 svarer at de på sitt DPS har diskutert det, men at de ikke har tatt det seriøst, og sier: ”Ja. Vi satt akkurat i lunsjen og sa ’nå venter vi snart at de kommer, løpende,’ altså det kommer en bølge med eldre. Så det.. vi fleiper med det av og til da, tar det ikke helt alvorlig, kanskje.” Ingen av de seks informantene sier de merker noe økning av eldre pasienter. Et betimelig spørsmål er da om DPS-et har behov for oppbemanning, i lys av at det ikke er noen økning i antall henvendelser fra eldre. Den lave pågangen av eldre legger med andre ord ikke press på DPS-ledelsen om å heve kompetansen eller øke bemanningen. Dette blir belyst da informant 6 forteller at:

Vi har jo hatt flere diskusjoner med min gruppe. Eh, å, og hvordan det tilbudet kunne være slik at, ja, det var nok deltakere og så det må jo være mer enn tre tenker jeg som møter opp. Men det har på en måte bare blitt på planleggingsstadium.

Informant 6 forteller her at det lave pasienttallet bidrar til å holde tilbudet nede, selv om noen kanskje kunne profittert av det. Uten pasienter blir det ikke satt av ressurser og midler utover planleggingsstadiet. I dette tilfellet betød det at et gruppetilbud myntet på eldre måtte avlyses, og ikke kom lenger enn til planleggingsstadiet, fordi det var for liten pågang av eldre pasienter, og derfor ville det ikke være lønnsomt å ha tilbudet.

Som det kom frem i Sosial- og helsedirektoratet (2006) sin veileder for eldres psykiske helse var en av forutsetningene for å lykkes i arbeidet med å få en tydeligere ansvars- og oppgavefordelingen, at ulike instanser involvert i pasientsaker satte av tilstrekkelig tid til samarbeid og informasjonsutveksling. Informantene har drøftet hvordan man bedre kan spre informasjon og formidle kunnskap til eldre og pårørende, og til fastlegen og andre instanser som har tett tilsyn til eldre. Har de reflektert rundt hvordan man best mulig kan ivareta de eldres interesser? Fra samtlige informanter får jeg et paradoksalt svar: Tilbudet og kompetansen bør økes, og flere aktører må involveres. Jeg tolker dette slik at alle informantene anerkjenner at mange eldre i samfunnet har behov for psykologisk bistand. Samtidig er det få eldre pasienter i DPS-et. Dette betyr at mange eldre trolig ikke får den hjelpen de har behov for, og derfor bør tilbudet til eldre økes, for å nå ut til dem som trenger det. Alle informantene er også enig i at informasjon må spres og forebygging må finne sted, selv om det ikke er pasienter nok. Informant 2 nevner helsestasjon som et tilskudd, og sier:

Men det burde kanskje være flere arenaer der eldre mennesker kunne henvende seg, altså at man kunne hatt en sånn slags helsestasjon for eldre, der det ikke nødvendigvis måtte gå til legen for å snakke, men at de kunne møte der både psykolog, sykepleier, møte en lege og så måle blodtrykk, hjerte, lunger, men også der det psykiske kunne bli ivaretatt.

Informanten snakker om et senter hvor høy tverrfaglig kompetanse er samlet, og hvor eldre kan komme, eller ringe for å avtale timer med ulike helsetjenester samlet på samme sted, en type praktisk løsning. Et annet praktisk problem, som informant 6 tar opp, omhandler tilgjengelig transport:

[...] for jeg merker jo at de pasientene som jeg har snakket med de har veldig lyst å ha en sånn, å ha et sånt tilbud, så da må det jo gå an å finne litt ut av hvordan en kan tilrettelegge praktisk, spesielt om vinteren.

Informant 6 forteller videre:

Det høres kanskje litt sånn trivielt ut, men jeg tror at en ganske stor grunn til at folk ikke møter opp på, i vårt opptaksområdet fordi at det er lange distanser så det er et veldig stort opptaksområde, geografisk sett, og det å ta en buss som kanskje går to ganger for dagen og da tar vel det nesten en time, og passer litt dårlig med når en skal komme seg til.. det må være tilrettelagt på den måten med transport, og sånne ting [...].

Det er med andre ord enkelte opptaksområder som må gjøre praktiske vurderinger i planlegging av tilbud til eldre, og kanskje til og med avslå eller trekke tilbudet, grunnet geografiske betraktninger, eller andre utfordringer. Store avstander fra pasientens hjem til DPS-et gjør for eksempel gruppeterapi vanskelig, der flere pasienter må møte til samme tid, eller akutte situasjoner, for eksempel. Slike utfordringer strir med et av prinsippene bak psykisk helsetjeneste i distriktet; At tjenestene skal være lettere tilgjengelig for populasjonen i opptaksområdet (Ruud, et al., 2004; Statens helsetilsyn, 2001). Også informant 3 tenker på praktiske hensyn, og sier:

[...] det er jo en utfordring der ute, for det er jo så lange avstander. At, sant du har fått, ja, sant hvis de er alene og ikke har sertifikatet og sånt, så er det vanskelig å komme til. Jeg fikk en telefon en gang for ikke så lenge siden av en eldre pasient da, som, ja, ikke klarte å komme seg av gårde. Det var vel en akutt vurdering.

Akutte henvendelser (for eksempel alvorlig psykose) kan angå alle aldersgrupper, og det er derfor viktig at DPS-et vurderer om dette er godt nok dekket i sitt opptaksområde.

Det siste spørsmålet knyttet til eldrebølgen er om de ulike DPS-ene er forberedt på en større pågang eldre. Her svarer 3 av 6 av de ikke er forberedt. Informant 2 sier at deres DPS er faglig forberedt, og begrunner med:

[...] dette er jo et stort DPS, med veldig mange fagfolk, veldig mange spesialister, det er legespesialister og psykologspesialister. Og jeg tenker det at alle, hele den yrkesgruppen, og også psykologer og leaseleger, altså leger i spesialisering, kan ta seg av eldrebølgen. Men det handler jo mer om at vi vil ta oss av det, og at vi blir henvist. Vi kan ta oss av det. Altså en psykolog eller lege kan håndtere disse tingene der. Men da må de bli henvist her. Det er første bud.

Informant 3 stiller seg undrende til kvalifikasjonene og kravene for hvem som regnes å være forberedt på en eldrebølge, og svarer:

Nei, det tror jeg ikke. Altså, det kan godt være det er god nok behandling, men det er jo ikke spesialisert behandling for eldre. Men det kan godt være det er godt nok. Men, ja. Det er litt sånn, jeg vet ikke så mye om hva forskning sier om, på en måte, sant, hvor, hvor spesialisert skal det være.

Informant 5 svarer på samme spørsmål:

Altså jeg føler vi har jo bemanning, og vi har jo spesialister. Vi har jo ansatt, vi har jo til og med et ambulant team som er under oppseiling som skal bli ganske stort.

Oppsøkende tjeneseter. Eh, vi har alt, sånn sett. Men vi har ikke tid.

Her er stikkordet tid, og hovedargumentet at tiden ikke strekker til. På oppfølgingsspørsmålet svarer informantene videre:



Vi har ikke, eh, tid til å bruke, altså de folkene som trenger tid for eksempel, for å bli bedre, de bør ikke komme til spesialisthelsetjenesten. For vi har ikke tid til å ha de her.

For vi har et krav på gjennomstrømming. Og det tror jeg passer ikke for de eldre.

Her kan vi forstå det slik at eldre har et annet behov, enn andre aldersgrupper, og for å få oppfylt dette behovet er det et spørsmål om tid og ressurser. Dette forklares med at styrende organ pålegger DPS-ene krav om gjennomstrømming, noe som kan oppleves å gå på bekostning av tilbudet til spesielt eldre pasienter. Tidsbegrensninger i behandling er ikke forenlig med Norsk psykiatrisk forenings anbefalinger for behandling av pasienter i alderspsykiatrien, om at det er et innsats- og ressurskrevende fagfelt når det angår tidsbruk (Aakhus, et al., 2010).

### **Diskusjon**

Informantene har uttalt seg om eldre i psykisk helsevern og har delt erfaringer og synspunkter rundt dette. Hvilke sentrale funn og erfaringer fra intervjuene kan være nyttig for videre diskusjon? Fra meningsenheter i intervjuene virker det som at:

- Eldre kommer ikke til i DPS-ene, og kommunikasjon mellom ulike instanser kan bli bedre.
- Oppfølging kan bli bedre, og få eldre mottar psykoterapi.
- Det er ikke nok spesialistkompetanse på eldre i DPS-ene.

### **Eldres Behov**

Hva eldre ønsker av, og under, behandling er vanskelig å svare på uten førstehåndsinformasjon fra representanter for denne aldersgruppen. Mer fokus på eldres ønsker og behov ble imidlertid trukket frem som et forslag under intervjuene. Kanskje de eldre i større grad burde bli tatt på alvor og bli hørt, som en av informantene understreket.

Undersøkelser, tilbakemeldinger og tettere oppfølging kan være noen tiltak for å lære mer om hva denne populasjonen trenger, og savner i kontakt med psykisk helsevern. Med denne informasjonen kan man kanskje bedre tilrettelegge og utvikle mer spesifiserte behandlingsplaner for hver enkelt. Hvorfor velger mange eldre bort psykoterapi, slik det kommer frem i intervjuene? Hva er viktigere for eldre å lære mer om, få innsikt i og få lov å spørre om, som i dag ikke kommer frem i lyset? Spørsmål omkring Eldres psykiske helse som ikke er godt nok besvart kan være et utgangspunkt for undersøkelser. Samtidig er en undersøkelse i seg selv en indikasjon på at helsevesenet tar de eldre på alvor, noe som kan bidra til økt tiltro til helsevesenet. Et forslag kan være spørreskjema til utfylling etter endt behandling, eller telefonundersøkelser i samarbeid med SSB eller andre aktører. Målet må være å finne svakheter med dagens tilbud av psykisk helsetjeneste og hvor forbedringspotensialet er.

I lys av at dagens eldre velger bort psykoterapi, eller ikke ønsker det i DPS, kan man stille spørsmål om det er godt nok informert hva psykologen kan bidra med, og om eldre vet hva psykologisk behandling innebærer. Kan det tenkes det er for lite klarhet utad hva psykologisk behandling er, og har eldre for lite kunnskap om psykoterapi, siden de velger å avslå tilbudet? Kan valg av behandling tilskrives *kohorteffekter*, det vil si, vil den kommende generasjonen eldre gjøre de samme valgene som dagens eldre gjør nå, eller vil de i større grad velge psykoterapi som behandlingsmetode? Mennesker med psykiske lidelser har i historien vært stigmatisert. Henger dette igjen som en mørk skygge over psykologisk behandling, og psykiatri spesielt? Det kan også tenkes at eldre selv føler at en del spørsmål er upassende, eller ikke er selvsikker nok rundt egen psykisk helse, og derfor lar være å spørre. Det er behandlers oppgave å finne ut av hva som er årsaken til pasientens motstand og uavklarte kvaler rundt

behandling. Dette er også tema som kan opplyses om hos fastlegen eventuelt før viderehenvisning. Vil det komme en endring i eldre pasienters holdninger og syn på psykisk helse i fremtiden? Dette spørsmålet kan ikke besvares i dag, men det vil trolig vise seg med tiden om holdninger til psykisk helse endrer seg i den eldre populasjonen.

Et godt tilskudd for å nå ut til de eldre i distriktet er det ambulante teamet, som reiser rundt til behovstrengende som av ulike grunner ikke kommer seg til DPS-et. Et utvidet lavtreskeltilbud kan være et alternativ til å nå ut til flere eldre. Fastlegen, kommunepsykologen, et politisk engasjement, og den enkelte behandler trenger å komme på banen for å bedre avhjelpe dem som pr i dag ikke er i stand til, eller av andre grunner ikke tar kontakt med DPS-et, eller ikke blir viderehenvist fra førstelinjen.

**Fremmedkulturelle eldre.** Det er ikke bare den generelle kunnskapen om eldres psykiske helse som trenger et kompetanseløft. Fremmedkulturell forståelse er viktig; Å lære mer om både generell helse og psykisk helse hos innvandrere fra ulike kulturer. Som nevnt er det få fremmedkulturelle fagpersoner i helsesektoren, noe som både vanskeliggjør kommunikasjon, men som også holder den medfødte forståelsen for andre kulturer distansert. I tillegg har innvandrere andre verdier, livssyn, hierarki og styresett der de kommer fra, som ikke nødvendigvis overlapper med den vestlige tankegangen. Kanskje enda mer utslagsgivende er dette hos den eldre generasjonen innvandrere.

På den ene siden viser studier at innvandrere generelt har flere helseproblemer enn etnisk norske (Statistisk sentralbyrå, 2011c), og av den grunn vil det vært naturlig om det var et større trykk av eldre innvandrere som oppsøker psykisk helsehjelp. På den andre siden er psykisk helse, og psykisk helseproblematikk ikke nødvendigvis en terminologi i alle ikke-vestlige kulturer, og av den grunn er det færre som søker hjelp, da de ikke er fortrolig med

denne formen for behandling og engasjement i psykisk helse. Dokumentasjonen om at eldre innvandrere har flere lidelser enn etnisk norske, og gjerne høyere lidelsestrykk før de søker hjelp, og at eldre innvandrere kanskje synes det er tabu med psykiske lidelser, er gode argumenter for at alle behandlere innen psykisk helsevern trenger å øke kunnskapen om kulturforskjeller og psykisk helse i andre kulturer. Dette er viktig for å tette igjen kunnskapshull som kan hindre god behandling av fremmedkulturelle, og samtidig spre informasjon om psykisk helse og behandlingsmetoder til de rette gruppene. Et forslag kunne være å invitere til kunnskapsutveksling med fagpersoner og representanter for ulike innvandrergrupper, eller talspersoner i fremmedkulturelle miljøer. På denne måten kan begge parter lære av hverandre, og kunnskapen fagpersonell tar med seg videre kan få ringvirkninger i et større samfunnspsykologisk perspektiv.

Et aspekt av fremmedkulturell bakgrunn, som ikke ble tatt opp som tema i intervjuene, men som ikke er av mindre betydning av den grunn, er kjønnsforskjeller og kulturforskjeller i behandling av eldre innvandrere. For eksempel har noen kulturer sterke føringer for hvordan kontakten mellom mann og kvinne skal være, og det kan tenkes at noen mannlige innvandrere vil oppleve vanskeligheter med å konsultere en kvinnelig psykolog. Dette kan også berøre relasjonen mellom en mannlig psykolog og en kvinnelig innvandrerpatient, i den forstand at sjalusi kan oppstå fra ektemannen sin side, eller et sterkt lojalitetsforhold mellom kvinnen og ektemann vil forringe behandlingskvalitet og effektivitet.

### **Fokus på Eldre i Ulike Arenaer**

Kunnskapsøkning om Eldres psykiske helse, slik jeg tenker, bør myntes på hovedsakelig tre viktige grupper; de eldre selv, pårørende, og helsepersonell. Fastlegen ble fremhevet av mange informanter som en viktig aktør for Eldres psykiske helse, og i samarbeid

med DPS. Det har ikke vært et utbredt fokus på fastlegen i denne undersøkelsen, men det er klare indikasjoner på at kommunikasjonen mellom DPS og fastlegen kan, og bør, utbedres. Det er viktig at fastlegen både får økt kunnskap om psykiske lidelser hos eldre, og videreformidler informasjon om psykiske lidelser til sine pasienter. Samtidig er det trolig svært mange eldre og pårørende uten kunnskap om psykiske lidelser, som ikke vet når de bør ta kontakt med legen for utredning, eller hvem som har den beste kompetansen. Som informantene rapporterer er det sjelden eldre tar kontakt med fastlegen for utredning av psykiske vansker. Familien er ofte de nærmeste som merker endring hos den eldre, og tar derfor kontakt med helsevesenet, men det er gjerne ikke god nok informasjon blant alle pårørende.

Hvilke andre arenaer kan drive folkeopplysning? Her er det tydelig at media og politikerne har en selvutnevnt rolle for å iverksette tiltak og å spre informasjon til populasjonen. Informant 2 foreslår å bruke media til å normalisere mange av fokalområdene eldre er streber med, som tapsopplevelser og ensomhet, sammenhengen mellom kropp og psyke, og hvor eldre kan søke hjelp. Dette kan også ta siktemål på pårørende som opplever at sine eldre familiemedlemmer begynner å endre atferd eller opplever andre problemer i sine eldre dager. Informant 3 foreslår å dele ut informasjonsbrosjyrer, for eksempel på legekantoret, eller informasjon om internettsider som driver folkeopplysning. Her kan det da opplyses om prevalens blant lidelser og hvor man kan søke hjelp. En fellesnevner for alle informantene er at mer kunnskapsspredning er viktig. I Helsedirektoratets (2006, s. 18) veileder formidles dette via oppfordringen om at DPS-et, og særlig fastlegen, må opprette og ha mer kontakt, for å gi best mulig behandling:

De som arbeider med psykisk helsearbeid i kommunen er DPS-ets viktigste samarbeidspartnere. Fastlegen har her en sentral rolle. De fleste pasienter ved DPS er henvist fra fastlegen og vil bli fulgt opp av denne etter avsluttet spesialistbehandling. Mange pasienter vil også ha kontakt med sin fastlege mens de mottar behandling fra spesialisthelsetjenesten. Det er derfor viktig å etablere kontakt med fastlege og andre aktuelle tjenesteytere i kommunen både ved behandlingsstart, under behandlingen og ved avslutning.

Via denne kontakten kan fastlegen ha god oversikt over hvilke behandling som foregår, hvor lenge dette har pågått, og eventuelt bistå med relevante opplysninger under behandlingsopplegget. På den andre siden kan psykologen selv informere fastlegen om status quo; Fortelle hva som anbefales videre, opplyse om lidelsestilstand og alvorlighetsgrad, og på den måten sikre at begge instanser er oppdatert på pasientens helse.

### **Politisk Innflytelse**

Opptappingsplanen (Helse- og omsorgsdepartementet, 1998) konkluderte blant annet med at eldre mennesker med psykiske lidelser hadde et mangelfullt behandlingstilbud. Dette ble også poengtert i Stortingsproposisjonen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2010) ti år senere. Om psykologene i DPS opplever endring i tilbudet til eldre (med andre ord om deres stillingsbeskrivelse påvirkes av endring) avhenger av arbeidserfaring og oppgaver i DPS-et. Resultatene kan indikere et tenkelig scenario; At psykisk helsevern for eldre i DPS fremdeles er mangelfullt, og at det derfor forekommer lite endring. En av informantene trekker frem at oppfølging av eldre blir påvirket av effektiviseringskravet satt av styrende organ og det lovpålagte mandat. Det kommer frem at det er et stort press på å følge veiledere og styrende dokumenter i hvordan DPS-et skal drives hva angår organisering, behandling og så videre. Her

kommer det frem at DPS-et er redd for å avvike for mye fra reglementet, og ved å følge det til punkt og prikke nedprioriteres andre områder, som for eksempel tettere oppfølging, mer ressurser på pasientene, for å blant annet ivareta økt effektivisering og pasientgjennomstrømming, som er et mandat DPS skal følge. En annen informant trekker frem at DPS-ene ikke har kapasitet til å sette av mer tid til eldre pasienter, og derfor bør ikke eldre komme til DPS-et. Faren med å fokusere for mye på det byråkratiske i pasientsaker er at man mister fokus på behandlingen og pasientene, og er mer opptatt av å tilfredsstille DPS-ledelsen. Dermed risikerer man å underprestere og gi for dårlig oppfølging av pasienter som trenger dette som mest. I tillegg understrekes det fra Norsk psykiatrisk forening at oppfølging av eldre er mer ressurskrevende, og at de har behov for mer tid i behandling og oppfølging.

### **Status Presens, og Veien Videre**

Det er i dag 75 DPS-er i Norge og cirka 29 spesialister i gerontopsykologi. Mine informanter representerer 6 av disse sentrene, og har gir uttrykk for at de synes oppfølging av eldre kan bli bedre. Det betyr ikke at behandlingen er dårlig per se, men at saksgangen, fra eldre registreres i DPS-et til de skrives ut har for lite fokus. Noen stiller spørsmål om de eldre holdes tilbake av fastlegen, og andre spør hvor de eldre blir av. For eksempel med tanke på at depresjon er den hyppigste lidelsen blant eldre, og at omtrent halvparten av alle depresjoner hos eldre er oppstått tidlig i livet, er det påfallende at ikke flere eldre med depresjon behandles i DPS-et.

Informantene er enig i at kunnskapen om Eldres psykiske helse bør bedres, både blant fagfolk, men kanskje likeså viktig blant lekmenn. Ved å rette søkelyset mot aldring og aldringsprosesser, kropp og psyke, tap og ensomhet, og en rekke andre vanlige problemstillinger og utfordringer, kan mange eldre få en bedre forståelse om hva som er

normalt og hva som overgår det normale. Det er liten tvil om at økt kunnskap vil gjøre det lettere å formidle nyttig informasjon om; behandling, tilbud, normalisering og ivaretaking av eldre. Hver enkelt behandler har ansvar overfor sine pasienter å yte best mulig hjelp og tjeneste, og som nevnt, er et av mandatene til DPS-ene og alderspsykiatrien å bidra til kompetanseheving og rettleiding i kommunen. Dette er viktig for å spre den kunnskap psykologene sitter på, men aller viktigst for å best kunne ivareta de eldres behov for informasjon og hjelp. Kunnskap og kompetente behandlere skaper trygghet.

Ved kompetanseheving vil flere instanser yte enda bedre helsetjeneste til pasientene. Mer dokumentasjon om hvordan andre helsefaglige instanser arbeider vil være nødvendig for å grundig lære mer om ytelse av helsetjenester. Som det fremkommer blant informantene savner de nettopp fastlegen i det tverrfaglige samarbeidet, både som kontaktperson, men også en formidler av folkeopplysning. Samtidig må vi ikke glemme mandatet til DPS-et om å opprette og ha kontakt med andre instanser som er relevant for å avhjelpe pasienten, og dermed er ikke det tverrfaglige samarbeidet en enveis kommunikasjon, men må engasjeres fra begge parter. Det kunne vært interessant å undersøke mer hvordan fastlegen kan bidra til utbedring av helsetilbudet til eldre, da det er nettopp fastlegene som har mest kontakt med de eldre om deres helse.

Nært knyttet kompetanseheving i andre arenaer er forslaget om en talsperson for eldres psykiske helse. Informantene trekker frem at de savner en person som aktivt driver folkeopplysning, og savner likeså tiltak fra psykologutdannelsen og psykologforeningen sin side. Dersom flere fagpersoner og interessenter i gerontopsykologi hadde kommet på banen kunne feltet blitt mer aktualisert og hatt større slagkraft blant de andre spesialitetene og kliniske feltene. Gerontospesialiteten er som kjent en minoritet sammenlignet med de andre



aldersrelaterte spesialitetene. En talsperson fra utdanningsinstitusjonen kunne i sin rolle også undervist på de ulike DPS-ene og kanskje invitert til fagdag for feltet. DPS-et kunne utpekt en eldreansvarlig på hvert DPS som skulle følge undervisning og spre denne kompetansen videre på sine respektive DPS. Fagdagen kan også involvere andre instanser enn DPS, og på denne måten gi mer tverrfaglig involvering og kompetanseheving, samt gi mulighet for samarbeid på tvers av institusjoner. Som nevnt er også alderspsykiatriens mandat å bidra til kompetanseheving i kommunen og i DPS-ene, og et utvidet samarbeid kunne vært nyttig.

Informantene synes gerontopsykolog-spesialiteten må bli mer *attraktiv*, for at flere skal velge den. Med attraktiv tror jeg informantene vurderer spesialistkompetansen ut i fra et helhetlig bilde, fra måten å arbeide på (faglig), til type problematikk og utfordringer (utviklingsmessig). En av informantene hevder for eksempel at de ulike aldersspesifikke spesialitetene i dag ikke gir samme faglige status, og sier: ”Og det er kun disse to spesialistene, spesialistutdannelsene [klinisk barn og klinisk voksen] som for eksempel gir vedtakskompetanse. Noe som jeg synes er veldig rart, i og med at man har behov for denne kompetansen også innen eldrefeltet.” En annen informant er av den oppfatning at det å jobbe med eldre involverer for mye utredningsarbeid og for lite psykoterapi, og sier:

Og at det er, eh, frustrerende å ikke få lov å være psykolog i den forstand at du får ikke være klinisk psykolog om, du skal hjelpe folk mer og forstår kanskje seg selv og sammenhenger og hva du kan gjøre noe med, og hva du ikke kan gjøre noe med.

Det kan dermed se ut som at en endring må skje på formidling av arbeid med eldre alt tidlig i psykologutdannelsen, slik at misforståelser og forutinntatthet for gerontopsykologfeltet reduseres.

### Metodiske utfordringer

Som nevnt er intervjuers påvirkning en metodisk utfordring som kan påvirke utfallet av en kvalitativ datainnsamling. Forsker risikerer å ubevisst påvirke informanten i en eller annen retning, uten at informanten nødvendigvis er klar over det heller. Dette var jeg særlig observant på i intervjuene, men det hendte også at jeg undret meg over om jeg hadde vært uheldig å påvirke informantene i etterkant av intervjuet. For eksempel lærte jeg om hvordan et DPS er organisert og fungerer underveis i intervjuene, økt kunnskap sammenlignet med det jeg visste i forkant. Denne nye kunnskapen var veldig lett å ubevisst bruke videre i de neste intervjuene, på en naturlig måte, i og med vi snakker samme fagspråk. I tillegg var hver informant en betydelig kilde til kunnskap som jeg kunne erverve, erfaringer de delte om arbeid med eldre, eller forslag til utbedring av psykisk helsetjeneste. Denne kunnskapen kan ha farget min holdning i etterfølgende intervju. Rent rasjonelt er det nyttig for å hjelpe informantene til å se andre perspektiver, men også for å høre deres mening rundt et emne jeg har hørt fra andre informanter. På en side kan det være positivt, i den forstanden at informantene kanskje blir minnet på noe de i utgangspunktet kjenner til men ikke kommer på. På den andre siden kan det ha en kontra effekt, i den forstand at de blir usikker på et tema de ikke har særlig kunnskaper om fra før.

Utfordringer med det forutinntatte, eller holdninger til et tema, (epoché-prosessen) kan bli tydeligere for intervjuer underveis i intervjuingen. Dette minner om intervjuers påvirkning. Spesielt kan erfaring fra de andre intervjuene farge det neste intervjuet. Målet med epoché er at man skal legge til side den erfaringen man har og slippe til nye inntrykk, som å møte et fenomen med blanke ark. Dette kan i utgangspunktet også påvirke analysering av

datamaterialet, fordi tolkninger kan lede dit hen at de styrker en uuttalt hypotese omkring et fenomen.

**Generaliserbarhet.** Grunnlaget for diskusjonen i denne oppgaven er det kvalitative datamaterialet, og det teoretiske og empiriske bakteppet. Metodisk og vitenskapelig er utvalget ikke representativt for alle DPS-er i Norge, blant annet fordi antallet informanter er for lavt, samt at kun DPS-er i Bergen og nærmeste omegn er kontaktet. For å gjøre undersøkelsen mer representativ kunne det blitt gjort andre datainnsamlinger, som for eksempel spørreintervju sendt til alle DPS-er i Norge, med et strukturert skjema uten involvering fra andre utenforstående. Datainnsamlingen ville da blitt mer omfattende, og det ville hatt andre utfordringer, men det kunne gitt et klarere bilde på hvordan andre DPS jobber mot eldre, og hvilke erfaringer behandlere har andre steder i landet. Dette datamaterialet ville imidlertid ikke fanget opp alle de kvaliteter et ansikt-til-ansikt intervju gjør, og det ville ikke blitt samme rom for tolkning og diskusjon som et kvalitativt datamateriale vil gi.

Det kunne vært nyttig å snakke med andre fagpersoner, og ikke bare psykologene, som i denne oppgaven. Likså er det begrenset hvor mye kontakt DPS-ene har med eldre i dag, og det kunne derfor vært aktuelt å snakke med alderspsykiatrien og fastlegen i tillegg, for å lære mer om hvor mye kontakt de har med nye pasienter, og om forholdstallene er like som i DPS, hva angår prevalens, alder, nettverk og så videre.

**Reliabilitet og validitet.** Et element som kunne ha styrket metodikken i denne undersøkelsen er at to personer hadde gjort analysearbeidet hver for seg, og sammenlignet etterpå. På denne måten ville det blitt en høyere *inter-rater reliabilitet*, det vil si redusert sjanse for subjektiv skjevhet i analyseringen (Aron, Aron, & Coups, 2006). På den måten kunne man også drøftet funnene og fått et mer pålitelig resultat.

Med tanke på transkribering er det grunn til å tro at en annen person ville fått tilnærmet identisk resultat, under premisset at de samme instruksene ble fulgt. Det er tatt hensyn til enkelte nonsensord, som: hm, tja, eh, ehm, og latter. Det er ikke notert sukk, trykklagte ord, ord som dras ut, eller språklige virkemidler som på annen måte understreker utsagn i intervjuet. Dette kunne imidlertid blitt garantert for hvis to personer hadde transkribert det samme datamaterialet, og deretter sammenlignet resultatene, og ville vært aktuelt hvis flere personer hadde jobbet med undersøkelsen.

### **Oppsummering og Konklusjon**

Hvorfor er det viktigere å fokusere mer på eldre i psykisk helsevern, enn det til nå har vært? Hva er det med den eldre populasjonen som gjør at de har behov for mer oppfølging, sammenlignet med andre aldersgrupper? Noen sentrale stikkord i litteraturen er blant annet høyere levealder, økt risiko for psykiske og somatiske lidelser med høyere alder, innskrenket nettverk, eksistensiell grubling, og kognitiv svikt, for å nevne noen, som øker behovet for lenger behandlingstid. Eldre er på mange måter en mer sårbar gruppe enn den yngre befolkningen.

Eldre mennesker lever lenger i dag sammenlignet med noen tiår tilbake i tid. Mye av dette er takket være bedre medisiner; Eldre lever lenger med kroniske sykdommer, har sunnere livsstil; mat og kondisjon, bedre helsehjelp, og høyere innvandring. Mange variabler bidrar til bedre levekår blant eldre i Norge, men samtidig viser statistikken høye negative tall. Implikasjonene av forlenget levealder er mange, og det er sterke korrelasjoner mellom høy alder og psykiske lidelser. Eldre sliter mye med depresjon, angst, kognitiv svikt, og rusmiddelproblematikk. Eldre mennesker er i risikogruppen for ensomhet og eksistensiell grubling, særlig når venner og nære dør, og dermed sitter mange ensomme i sine hjem med

sorg og savn. Mange sliter også med somatiske lidelser, har kanskje dårlig mobilitet, eller lider av andre svekkelser. Kropp og psyke påvirker hverandre, og redusert mobilitet fratrukker mange eldre muligheten til sosialisering og trim. Mange av våre nye landsmenn har med seg en annen type problematikk når de kommer til Norge, andre erfaringer og vansker. Det er viktig å ta vare på innvandrere, men for å gjøre det trenger vi å øke vår forståelse for, og kunnskap om disse gruppene og kulturen.

Det er begrenset med studier på Eldres Psykiske Helse og oppfølging, og psykologens perspektiv på dette. I denne undersøkelsen har jeg valgt å belyse hvordan seks psykologer i DPS-er i Bergensområdet anser oppfølging av eldre å være, med vektlegging på noen fokusområder. Undersøkelsen indikerer at det fremdeles er for lite fokus på eldre i psykisk helsevern, og at det er få eldre som får behandling i DPS-et. Samtidig anerkjenner psykologene at eldre har et annet behov enn yngre pasienter, og at deres helsetilstand må tas på alvor. Dagens eldre har ikke nødvendigvis god kunnskap om psykisk helse i utgangspunktet, og vet gjerne ikke hva deres behov er, eller hvilke tilbud som finnes i DPS-et.

Mine funn gir indikasjoner på at svært få eldre kommer i kontakt med DPS for behandling, kommunikasjonen mellom instanser kan bli bedre, oppfølging av eldre kan bli bedre, og at det er få spesialister på gerontopsykologi i DPS-ene. I tillegg må DPS-ene satse mer på integrering av fremmedkulturell forståelse og kompetanse, og på den måten bedre ruste seg til å møte en annen populasjon enn den etnisk norske. Andre viktige stikkord er kompetanseheving og folkeopplysning om Eldres Psykiske Helse.

Det trengs mer forskning på Eldres Psykiske Helse. Det kunne vært interessant å utforske flere aktørers perspektiv på de samme problemstillingene, og særlig mer om hvordan fastlegen anser utbredelsen av psykiske lidelser hos eldre. Det er viktig å ta Eldres Psykiske

helse på alvor. Vi går i møte en tid der den eldre populasjonen blir flere og eldre, og uten adekvat hjelp vil insidensen ubehandlet psykiske lidelser mangedobles. Eldrebølgen kommer, og det er vår oppgave å hjelpe dem som trenger det som mest.

### Referanser

- Andersson, H. W., & Ådnanes, M. (2006). Fastlegen som aktør i tiltak for personer med psykiske problemer. Sammenstilling av funn i fire forskningsprosjekter (A205). In SINTEF (Ed.). [www.sintef.no](http://www.sintef.no).
- Arntzen, E., & Tolsby, J. (2010). Studenten som forsker i utdanning og yrke. Vitenskapelig tenkning og metodebruk. Vol. 10. *Forskningsmetodiske tilnærminger for studenter i profesjonsfag*. Retrieved from <http://fagarkivet.hioa.no/jspui/bitstream/123456789/208/1/studenten.pdf>
- Aron, A., Aron, E. N., & Coups, E. J. (2006). *Statistics for psychology*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Blazer, D. G. (2003). Depression in late life: Review and commentary. *Journals of Gerontology Series a-Biological Sciences and Medical Sciences*, 58(3), 249-265. doi: 10.1093/gerona/58.3.M249
- Brinkmann, S., Tanggaard, L., & Hansen, W. (2012). *Kvalitative metoder*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bryant, C., Jackson, H., & Ames, D. (2008). The prevalence of anxiety in older adults: Methodological issues and a review of the literature. *Journal of Affective Disorders*, 109, 233-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.11.008
- Cavanagh, J. T. O., Carson, A. J., Sharpe, M., & Lawrie, S. M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review. *Psychological Medicine*, 33(3), 395-405. doi: 10.1017/s0033291702006943

- Clausen, S.-E., & Slagsvold, B. (2005). Mentale helseproblemer blant eldre - En mulig utfordring for morgendagens tjenester. In B. Slagsvold & P. E. Solem (Eds.), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. (Vol. 11, s. 117-124). NOVA Rapport (11/05).
- Clausen, S.-E., Valset, K., Blekesaune, M., & Romøren, T. I. (2005). Helsevaner blant dagens og morgendagens eldre. In B. Slagsvold & P. E. Solem (Eds.), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. (Vol. 11, s. 131-152). NOVA Rapport (11/05).
- Crocker, L., Clare, L., & Evans, K. (2006). Giving up or finding a solution? The experience of attempted suicide in later life. *Aging & Mental Health*, *10*(6), 638-647. doi: 10.1080/13607860600640905
- Dyregrov, A. (2006). Komplisert sorg: Teori og behandling. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, *43*(8), 779-786.
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn* (Vol. 2). Bergen: Fabokforlaget.
- Eliassen, H. E. H. (2009). Selvmord blant eldre underrapportert, *TV2*. Retrieved from <http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/selv-mord-blant-eldre-underrapportert-2742998.html>
- Ellen, N., & Martin, M. (2003). Measuring the health of nations: Analysis of mortality amenable to health care. *British Medical Journal*, *327*(7424), 1129. doi: 10.1136/bmj.327.7424.1129
- Engedal, K. (2012). Norsk alderspsykiatri. *Demens & Alderpsykiatri*, *16*(2), 7-8.



Fiske, A., Loebach Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Reviews*, 5, 363-389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621

Fjellanger, G., Aambø, A., Bråtane, S., Choudri, T. M., Harsløf Hjelde, K., Jareg, K., . . . Yassin, A. (2007). Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn. In Rådet for psykisk helse (Ed.). [www.psykiskhelse.no](http://www.psykiskhelse.no).

Flesland, L. (2010). *Rusmiddelbruk blant eldre som mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Om erfaringer og læringsmuligheter blant ansatte i tjenestene*. Masters thesis, Høgskulen i Sogn og Fjordane. Retrieved from [http://brage.bibsys.no/hsf/handle/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_16126](http://brage.bibsys.no/hsf/handle/URN:NBN:no-bibsys_brage_16126)

Fog, J. (1994). *Med samtalen som utgangspunkt*. København: Akademisk Forlag.

Folkehelseinstituttet. (2010). Rusmidler - Faktaark Retrieved 26.11., 2012, from [http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:67532::1:5647:59:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:67532::1:5647:59:::0:0)

Forskningsrådet. (2009). Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (2001-2009). Sluttrapport - Syntese og analyse av evalueringens delprosjekter. In Norges forskningsråd (Ed.). Oslo.

Gjertsen, F. (2005). Selvmordsmetoder i Norge - Potensial for forebygging? *Suicidologi*, 10(2), 8-10.

Gould, R. L., Coulson, M. C., & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218-229. doi: 10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x

Gråwe, R. W., Hatling, T., & Ruud, T. (2008). Bidrar utbyggingen av distriktpsikiatriske sentre til bedre tjenestetilbud og høyere brukertilfredshet? (A6169). SINTEF Rapport

Hagen, H., & Ruud, T. (2003). Pasienter i psykisk helsevern for voksne 20 november 2003 (3/04). In SINTEF (Ed.). [www.sintef.no](http://www.sintef.no).

Hartikainen, S., & Klaukka, T. (2004). Use of psychotropics is high among very old people. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(11), 849-850. doi: 10.1007/s00228-003-0702-3

Helse- og omsorgsdepartementet. (1997). *Stortingsmelding nr. 25. Åpenhet og helhet*. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no): Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from [http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/stmeld-nr-25\\_1996-97/2.html?id=191088](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/19961997/stmeld-nr-25_1996-97/2.html?id=191088).

Helse- og omsorgsdepartementet. (1998). *St.prp. nr. 63. Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no): Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-.html?id=201915>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Faktaark. Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998-2008*. [www.regjeringen.no](http://www.regjeringen.no): Helse- og omsorgsdepartementet Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/aktuelt/nyheter/2009/opptrappingsplanen-for-psykisk-helse-eva.html?id=567200>.

Helse- og omsorgsdepartementet. (2010). *Prop. 1 S (2009 - 2010) Proposisjon til*

*Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. www.regjeringen.no: Retrieved from <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-20092010.html?id=580279>.

Hjelmeland, H., Dieserud, G., Dyregrov, K., Knizek, B. L., & Leenaars, A. A. (2012).

Psychological autopsy studies as diagnostic tools: Are they methodologically flawed? *Death Studies*, 36(7), 605-626. doi: 10.1080/07481187.2011.584015

Huseby, B. M., & Paulsen, B. (2009). Eldreomsorgen i Norge: Helt utilstrekkelig - Eller best i verden? (A11522). In SINTEF (Ed.). www.sintef.no.

Kale, E., & Holt, T. (2005). Hva lærer psykologistudenter om kultur- og

migrasjonspsykologi? Retrieved 08.10., 2012, from <http://www.nakmi.no/Details.asp?article=Hva+l%E6rer+psykologistudenter+om+kultur-+og+migrasjonspsykologi%3F+&aid=21>

Kjølseth, I., Ekeberg, O., & Steihaug, S. (2010). Why suicide? Elderly people who committed suicide and their experience of life in the period before their death.

*International Psychogeriatrics*, 22(2), 209-218. doi: 10.1017/s1041610209990949

Kjølseth, I., Ekeberg, Ø., & Teige, B. (2002). Selvmord blant eldre i Norge. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 15(122), 1457-1461.

Koenig, H. G., & Blazer, D. G. (1992). Mood disorders and suicide. In J. E. Birren, R. Bruce Sloane & G. D. Cohen (Eds.), *Handbook of mental health and aging* (2nd ed.). Sand Diego, California: Academic Press, Inc.

- Krause, N. (1991). Stress and isolation from close ties in later life. *Journal of Gerontology*, 46(4), S183-S194. doi: 10.1093/geronj/46.4.S183
- Krishna, M., Jauhari, A., Lepping, P., Turner, J., Crossley, D., & Krishnamoorthy, A. (2011). Is group psychotherapy effective in older adults with depression? A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4), 331-340. doi: 10.1002/gps.2546
- Kurlowich, L. H. (1993). Social factors and depression in late life. *Archives of psychiatric nursing*, 7(1), 30-36. doi: 10.1016/0883-9417(93)90020-W
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009a). *Det kvalitative forskningsintervju* (Vol. 2). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009b). *Interview*. København: Hans Reitzel.
- Lampinen, P., Heikkinen, R. L., Kauppinen, M., & Heikkinen, E. (2006). Activity as a predictor of mental well-being among older adults. *Aging & Mental Health*, 10(5), 454-466. doi: 10.1080/13607860600640962
- Langballe, E. M., & Evensen, M. (2011). Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Langdridge, D., & Tvedt, S. D. (2006). *Psykologisk forskningsmetode: En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir.
- Lyketsos, C. G., & Olin, J. (2002). Depression in Alzheimer's disease: Overview and treatment. *Biological Psychiatry*, 52(3), 243-252. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01348-3
- Matlin, M. W. (2005). *Cognition*. [New York]: J. Wiley & Sons.

McCracken, G. (1988). The long interview Retrieved from

<http://srmo.sagepub.com/view/the-long-interview/n3.xml>

doi:10.4135/9781412986229

Mellbye, K. S., & Berg, C. (2004). Storforbrukere av legemidler - Sett fra

apotekfarmasøytens ståsted. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 124(30), 69-71.

Muusmann/AGENDA. (2008). Kartlegging av de distriktpsikiatriske sentrene i Norge 2008 (6093). [www.psykologforeningen.no](http://www.psykologforeningen.no).

Mykletun, A., Knudsen, A. K., & Mathiesen, K. S. (2009). Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv (2009:08). In Folkehelseinstituttet (Ed.), (Vol. 8).

[www.fhi.no](http://www.fhi.no): Nasjonalt folkehelseinstitutt.

Nasjonalt folkehelseinstitutt. (2012). Helsetilstanden i Norge: Eldres helse - 65 år og over. Retrieved from

[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft\\_5648&MainArea\\_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft\\_5648=5544:85146::1:5647:20:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5648&MainArea_5661=5648:0:15,2917:1:0:0:::0:0&MainLeft_5648=5544:85146::1:5647:20:::0:0)

Nilsen, L. (2011). Minst sosial støtte for eldre Retrieved 15.06., 2012, from

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/minst-sosial-stotte-for-eldre/>

Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the

correlates of depressive symptoms. *Psychology and Aging*, 17(1), 116-124. doi:

10.1037/0882-7974.17.1.116

- Nordhus, I., Høstmark Nielsen, G., & Kvale, G. (1998). Psychotherapy with older adults. In I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (Eds.), *Clinical Geropsychology* (2nd ed.). Washington DC: American Psychological Association.
- Norsk helseinformatikk. (2006). Betydningen av fysisk aktivitet for eldre Retrieved 10.02.2012, 2012, from <http://nhi.no/trening/fysisk-aktivitet-og-helse/eldre-og-fysisk-aktivitet-9489.html>
- Norsk helseinformatikk. (2011). Depresjon hos eldre Retrieved 05.11., 2012, from <http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-hos-eldre-15306.html?page=1>
- Nygaard, H. A., & Ruths, S. (2003). Missing the diagnosis: Senile dementia in patients admitted to nursing homes. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 21(3), 148-152. doi: 10.1080/02813430310001798
- Ott, A., Breteler, M. M. B., Harskamp, F. v., Claus, J. J., van der Cammen, T. J. M., Grobbee, D. E., & Hofman, A. (1995). Prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia: Association with education. The Rotterdam study. *British Medical Journal*, 310(6985), 970-973. doi: 10.1136/bmj.310.6985.970
- Payne, K. T., & Marcus, D. K. (2008). The efficacy of group psychotherapy for older adult clients: A meta-analysis. *Group Dynamics-Theory Research and Practice*, 12(4), 268-278. doi: 10.1037/a0013519
- Phifer, J. F., & Murrell, S. A. (1986). Etiologic factors in the onset of depressive symptoms in older adults. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(3), 282-291. doi: 10.1037/0021-843X.95.3.282

- Pinquart, M., Duberstein, P. R., & Lyness, J. M. (2007). Effects of psychotherapy and other behavioral interventions on clinically depressed older adults: A meta-analysis. *Aging & Mental Health, 11*(6), 645-657. doi: 10.1080/13607860701529635
- Qiu, C. X., De Ronchi, D., & Fratiglioni, L. (2007). The epidemiology of the dementias: An update. *Current Opinion in Psychiatry, 20*(4), 380-385. doi: 10.1097/YCO.0b013e32816ebc7b
- Rennemark, M., Lindwall, M., Halling, A., & Berglund, J. (2009). Relationships between physical activity and perceived qualities of life in old age. Results of the SNAC study. *Aging & Mental Health, 13*(1), 1-8. doi: 10.1080/13607860802154416
- Riedel-Heller, S. G., Busse, A., & Angermeyer, M. C. (2006). The state of mental health in old-age across the 'old' European Union - A systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 113*(5), 388-401. doi: 10.1111/j.1600-0447.2005.00632.x
- Ruud, T., Gråwe, R. W., Lilleeng, S., & Bjørngaard, J. H. (2006). Endringer i tjenestetilbud og brukertilfredshet ved åtte distriktpsikiatriske sentre fra 2002 til 2005. In SINTEF (Ed.). [www.sintef.no](http://www.sintef.no).
- Ruud, T., Lidal, E., Røhme, K., Sitter, M., & Hagen, H. (2004). Distriktpsikiatriske sentre i Norge 2003 (A6263). In SINTEF (Ed.). [www.sintef.no](http://www.sintef.no).
- Ruud, T., & Reas, D. (2003). Distriktpsikiatriske sentre, tjenestetilbud og brukertilfredshet: Status og variasjon 2002 (STF78 A035008). In SINTEF (Ed.). [www.sintef.no](http://www.sintef.no).
- Saldaña, J. (2009). *The coding manual for qualitative researchers*. Los Angeles: Sage.

- Sandberg, O., Gustafson, Y., Brannstrom, B., & Bucht, G. (1998). Prevalence of dementia, delirium and psychiatric symptoms in various care settings for the elderly. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(1), 56-62. doi: 10.1177/14034948980260011201
- Segal, D. L., Honn Qualls, S., & Smyer, M. A. (2011). *Aging and mental health*: Blackwell Publishing.
- Selbæk, G., Kirkevold, Ø., & Engedal, K. (2007). The prevalence of psychiatric symptoms and behavioural disturbances and the use of psychotropic drugs in Norwegian nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*(22), 843-849. doi: 10.1002/gps.1749
- Serfaty, M., Haworth, D., Blanchard, M., Buszewicz, M., Murad, S., & King, M. (2009). Clinical effectiveness of individual cognitive behavioral therapy for depressed older people in primary care: A randomized controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 66(12), 1332-1340. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.165
- Slagsvold, B., & Solem, B. E. (2005). Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre *NOVA rapport 11/05*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.
- Smyer, M. A. (1993). *Mental health & aging*. New York: Springer publishing company.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2000). Kortversjon. Fysisk aktivitet og helse. Anbefalinger. [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).



Sosial- og helsedirektoratet. (2006). Distriktpsikiatriske sentre – Med blikket vendt mot kommunene og spesialiserte sykehusfunksjoner i ryggen (IS-1388).

[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Respekt og kvalitet. Rapport om styrking av spesialisthelsetjenester for eldre (IS-1498). [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

Sosial- og helsedirektoratet. (2008). Psykologer i kommunene - Barrierer og tiltak for økt rekruttering (IS-1565). [www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no).

Statens helsetilsyn. (1999). Scenario 2030. Sykdomsutviklingen for eldre fram til 2030.

In Statens helsetilsyn (Ed.). [www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no).

Statens helsetilsyn. (2001). *Distriktpsikiatriske sentre - Organisering og arbeidsområder*.

[www.helsetilsynet.no](http://www.helsetilsynet.no): Retrieved from

[http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/distriktpsykiatriske\\_sentra\\_ik-2738.pdf](http://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/veiledningsserien/distriktpsykiatriske_sentra_ik-2738.pdf).

Statistisk sentralbyrå. (1999). Eldre i Norge. [www.ssb.no](http://www.ssb.no).

Statistisk sentralbyrå. (2002). Forventet levealder. Norsk dødelighet blant de ti laveste i verden Retrieved 21.04., 2012, from <http://www.ssb.no/ssp/utg/200201/08/>

Statistisk sentralbyrå. (2004a). Den norske eldrebølgen: Ikke blant Europas største, men dyrt kan det bli Retrieved 29.10., 2012, from

<http://www.ssb.no/ssp/utg/200401/01/>

Statistisk sentralbyrå. (2004b). Undersøkelse om Livsløp, Aldring og Generasjon (LAG) blant personer fra 80 år og oppover. Dokumentasjonsrapport (2004/27).

Statistisk sentralbyrå. (2004c). Økonomi og levekår for ulike grupper, 2003 (2004/2) (Vol. 2).

Statistisk sentralbyrå. (2006). Kommunale driftsutgifter til pleie- og omsorgstjenester. Mindre del av utgiftene går til eldre, from <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/201102/05/>

Statistisk sentralbyrå. (2009a). Alder og livskvalitet. Eldre er tilfreds med livet – eller er det bare noe de tror? Retrieved 24.03.2012, 2012, from <http://www.ssb.no/ssp/utg/200901/19/>

Statistisk sentralbyrå. (2009b). Mosjon - Erter alder, kjønn og utdanning. Gammel og ung - Alle er mer fysisk aktive, from <http://www.ssb.no/ssp/utg/200903/04/>

Statistisk sentralbyrå. (2011a). Befolkningsframskrivninger. Nasjonale og regionale tall, 2012-2100 Retrieved 21.04., 2012, from <http://www.ssb.no/innvfram/>

Statistisk sentralbyrå. (2011b). Innvandring og innvandrere Retrieved 09.03., 2012, from <http://www.ssb.no/innvandring/>

Statistisk sentralbyrå. (2011c). Seniorer i Norge 2010 *Statistiske analyser*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Statistisk sentralbyrå. (2011d). Statistisk årbok 2011 (Vol. 130). <http://www.ssb.no/aarbok/2011/>.

Statistisk sentralbyrå. (2012). Befolkningsstatistikk. Døde. 2011. Høy levealder og lav spedbarnsdødelighet Retrieved 10.02., 2012, from <http://www.ssb.no/dode/>

Steinman, M. A., Seth Landefeld, C., Rosenthal, G. E., Berthenthal, D., Sen, S., & Kaboli, P. J. (2006). Polypharmacy and prescribing quality in older people. *Journal of the*

*American Geriatrics Society*, 54(10), 1516-1523. doi: 10.1111/j.1532-5415.2006.00889.x

Store norske leksikon. (2012a). Polyfarmasi Retrieved 07.11., 2012, from [http://snl.no/sml\\_artikkel/polyfarmasi](http://snl.no/sml_artikkel/polyfarmasi)

Store norske leksikon. (2012b). Sorg Retrieved 01.09., 2012, from [http://snl.no/sorg\\_og\\_sorgarbeid](http://snl.no/sorg_og_sorgarbeid)

Støver, M., Bratberg, G., Nordfjærn, T., & Krokstad, S. (2012). Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. In HUNT Forskningscenter (Ed.). [www.ntnu.no](http://www.ntnu.no): Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU.

Thomas, V. S., & Rockwood, K. J. (2001). Alcohol abuse, cognitive impairment, and mortality among older people. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49(4), 415-420. doi: 10.1046/j.1532-5415.2001.49085.x

Thorsen, K., & Solem, P. E. (2005). Vil ensomheten øke i årene fremover? In B. Slagsvold & P. E. Solem (Eds.), *Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre*. (Vol. 11, s. 125-130). NOVA Rapport.

Wetherell, J. L., Gatz, M., & Craske, M. G. (2003). Treatment of generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(1), 31-40. doi: 10.1037/0022-006x.71.1.31

Wikipedia. (2012a). Polyfarmasi Retrieved 07.11., 2012, from <http://no.wikipedia.org/wiki/Polyfarmasi>

Wikipedia. (2012b). Socioeconomic status Retrieved 05.11., 2012, from

[http://en.wikipedia.org/wiki/Socioeconomic\\_status](http://en.wikipedia.org/wiki/Socioeconomic_status)

World Health Organization. (2008). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.*

*Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer* (Vol. 1). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Østhus, S., & Bye, E. K. (2012). Alkohol og eldre, from

<http://sirus.no/Alkohol+og+eldre.d25-SMRrQ3I.ips>

Ådnanes, M., & Bjørngaard, J. H. (2006). Fastlegen og det psykiske helsearbeidets tiltak

for voksne med psykiske lidelser (A230). In SINTEF (Ed.). [www.sintef.no](http://www.sintef.no).

Aakhus, E., Bergem, A. L. M., Holm, M., Bragason, A., & Os Eskeland, K. (2010).

Plandokument for norsk alderspsykiatri 2011–2020. In Norsk psykiatrisk forening (Ed.). [www.nordemens.no](http://www.nordemens.no).

## Appendix 1

Initierende mail sendt til informantene:

”Hei.

Jeg tar kontakt med Deg fordi du har sagt deg villig til å bli intervjuet i forbindelse min hovedoppgave. Kontakten er etablert enten via kolleger, eller via min veileder, Kia Minna Hynninen, ved Det psykologiske fakultet, UiB.

Mitt navn er Stian Espevoll, og jeg er student på profesjonsstudiet i psykologi. Jeg skriver hovedoppgave om eldre i DPS. I den anledning ønsker jeg å gjennomføre et kort intervju om det temaet.

I denne e-posten vil jeg si noe om rammene for intervjuet.

Det er ikke mye litteratur på temaet eldre i DPS. Jeg ønsker derfor å forhøre meg om praksis ved Deres DPS, slik at jeg kan belyse problemstillingen bedre, med eksempler.

For å gjennomføre intervjuet kreves ingen spesialkompetanse på eldre. Det forventes heller ikke mye erfaring med arbeid med eldre.

Jeg har lyst å forhøre meg litt rundt områdene **eldre generelt, kompetanse, oppfølging, drop-out og fremtiden.**

Jeg setter av maks en skoletime (45 min) til intervjuet. Det kan vare kortere også. Jeg er villig til å treffe deg på din respektive arena, slik at det ikke er behov for nøye planlegging fra din

side. Intervjuet blir tatt opp på digital avspiller, og jeg anonymiserer informantene, slik at ingen kan spore samtalene. Opptaket slettes etter transkribering. Jeg har vært i kontakt med Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) og fått godkjent innhenting av informasjon uten bruk av meldeskjema, siden det er så få informanter, og fordi det ikke vil bli spurt om sensitiv informasjon om informant, klienter, eller arbeidsplass.

Nå ønsker jeg å få oversikt over når det passer deg å bli intervjuet, slik at jeg kan planlegge bedre. Derfor ønsker jeg at du enten sender meg mail eller SMS om tid og sted, og så kommer jeg tilbake til deg for å fastsette avtale.

På forhånd takk.

Mvh,

Stian Espevoll

Mail: [stian.espevoll@student.uib.no](mailto:stian.espevoll@student.uib.no)

Telefon: 992 41 666

PS: Er det nødvendig å avlyse engasjementet er det fint om du sender en tilbakemelding, slik at jeg kan finne ny informant. Takk.”

## Appendix 2

Intervjuguide:

### *Arbeid med eldre i DPS*

#### *Innledning*

Utdanning

Spesialisering?

Ulik jobberfaring

DPS fartstid

Arbeidsområde DPS

Arbeid med eldre i DPS

---

#### *Generelt eldre*

Eldre og psykisk helse

Hvor gamle er klientene deres?

Henvisningsgrunn / type lidelser

Hvordan kommer eldre i kontakt med din DPS? (Fastlege, eget initiativ, familie?)

#### *Kompetanse*

Kompetanse på eldre i Hordaland

Fordeling av klienter: noen mer enn andre?

Kjønnsforskjeller

Noen faggrupper mer enn andre?

Kompetanse på eldre din DPS

Er det behov for mer spesialkompetanse?

Evt. hvorfor er det lite spesialkompetanse?

Hva slags? Hvordan?

Evt. hva kan endre denne trenden?

Hvilke behandling får / trenger eldre?

Utredning, psykoterapi / medikamenter

Hvorfor er det slik?

Eldres holdninger

Manglende kompetanse?

Prioritering?

### ***Fremmedkulturelle eldre på din DPS***

Forskjell i lidelsestrykk fra etnisk norske?

Holdninger

Kjønnforskjeller

### ***Oppfølging***

Hva vet du om oppfølging av eldre i Hordaland

Hva kan du si om oppfølging på din DPS

Hva synes du om oppmerksomheten rundt Eldres psykiske helse?

Hvordan kan man bedre nå ut til eldre i distriktet?

### ***Drop-out***

Ekskluderingskriterier?



Evt. grunnet kompetanse?

Hvor lenge kommer eldre i behandling

Grunner til drop-out av eldre

***Fremtiden***

Hva kan du si om eldrebølgen?

Merker dere noe til den?

Tanker om fremtiden?

Er dere faglig forberedt?