

PLAN FOR NORSK ALDERSPSYKIATRI 2022-2030



Norsk psykiatrisk
forening

DEN NORSKE LEGEFORENING

Forord

Det er med glede og stolthet at jeg som leder for Norsk psykiatrisk forening kan få bidra med forordet til det tredje plandokumentet for alderspsykiatri; Plan for norsk alderspsykiatri 2021-2030. Det første dokumentet ble vedtatt på årsmøtet i Norsk psykiatrisk forening i 2001, og gjort gjeldende for perioden 2001-2010, det neste for 2011-2020 og nå foreligger et nytt og grundig revidert plandokument for en ny tiårsperiode.

Alderspsykiatere har framstått som en drivende kraft i det medisinske fagmiljøet i Norge. Den betydelige utviklingen innenfor ECT-behandling er et av mange eksempler på klare prosedyrer, grundig og innovativ opplæring og plan for implementering som et stjerne-eksempel på hvordan medisinen bør utvikles.

Alderspsykiatrien i Norge har også fått fram svært mye god forskning av høy kvalitet som i stor grad har vært klinisk relevant. Utvalg for alderspsykiatri har bidratt til bedre praksis og helt konkret med forslag til hvordan vi som leger kan gjøre bedre valg i «Gjør kloke valg kampanjen» som Norsk psykiatrisk forening er en del av.

Flere av de ti satsningsområdene for neste tiårsperiode er i tråd med viktige satsinger også for psykiatrien generelt i Norge. Satsingene viser også til den doble diskriminering eldre

med psykiske lidelser blir utsatt for, gjennom at de eldre får betydelig mindre tilbud fra spesialisthelsetjenesten enn yngre voksne.

Planen peker også på behovet for å styrke behandlingstilbudet til eldre vesentlig gjennom poliklinisk og ambulant virksomhet, både for å gi behandling til de som i dag ikke får et godt nok tilbud, men også for å demme opp for det økende behovet knyttet til vekst i antall eldre. Som for psykiatrien generelt peker plandokumentet på at døgnplasser er skåret ned over år og må økes.

Det er viktig at alderspsykiatrien har en stor bredde av kunnskap. Ofte tenker man at demens er det mest sentrale i eldre år, men eldre og særlig menn er en svært utsatt gruppe for selvmord med underliggende depresjon. Det er viktig at faget også satser på å videreutvikle kompetanse på alle typer psykisk lidelse hos eldre.

Jeg ønsker utvalg for alderspsykiatri lykke til videre med plandokumentet som forhåpentligvis blir et levende dokument som bidrar til ny utvikling av faget. Norsk psykiatrisk forening trenger spydspisser i faget som dere.

Lars Lien
Styreleder Norsk psykiatrisk forening

Fra utvalg for alderspsykiatri

Det første plandokumentet for norsk alderspsykiatri 2001–2010 involverte store deler av det alderspsykiatriske fagmiljøet i Norge. Senere kom en revidert plan for neste tiårsperiode, og dokumentene har vært viktige for planlegging av alderspsykiatriske tjenester. Tiårsplanene har også bidratt til utvikling av det alderspsykiatriske fagmiljøet.

Arbeidet med dette dokumentet startet i 2019, men ble forsinket av pandemi og avlyste møter for klinikere innen alderspsykiatri. Nåværende og forrige utvalg har utarbeidet en omfattende revisjon av tidligere planer, og utkastet ble distribuert til alderspsykiatere i hele landet i forkant av overlegeverkstedet i 2021. Mye tid ble brukt på verkstedet for innspill og diskusjon. Utvalget mener at det foreliggende dokumentet representerer en omforent god plan for norsk alderspsykiatri og staker ut kursen for utvikling

av helsetjenestetilbudet til eldre med psykiske lidelser.

Selv om dokumentet er utgitt av utvalg for alderspsykiatri i Legeforeningen, vet vi at mange faggrupper og beslutningstakere har hatt glede og nytte av tidligere planer. Tverrfaglighet er et kjennetegn ved alderspsykiatrisk tjeneste. Mange i fagmiljøet har bidratt med innspill, og vi vil rette en særlig takk til eldrepsykolog og forsker Jørgen Wagle og tidligere leder av forskningssenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom, Birger Lillesveen.

Vi vil takke alle kollegaer i alderspsykiatrimiljøet for vesentlige bidrag til at vi nå har en oppdatert plan for arbeidet videre. Vi håper den vil være til nytte både for det alderspsykiatriske fagmiljøet, samarbeidspartnere og beslutningstakere innen helsetjenesten.

Carmen Oelze

Håkon Holvik Torgunrud

Reidun Koppen Barstad

Eirik Kjelby

Pernille Hegre Sørensen

Marit Tveito

INNHold

Forord	2
Fra utvalg for alderspsykiatri	3
Ti satsingsområder for alderspsykiatri i perioden 2022–2030	5
Innledning.....	6
Psykiske lidelser og en aldrende befolkning	8
Psykisk helsevern for eldre – et eget tilbud	11
Samarbeid, tverrfaglighet og integrerte helsetjenester	12
Eldre pasienter og psykologisk behandling.....	14
Miljøbehandling, legemidler og nevrostimulerende behandling.	15
Organisering	16
Telepsykiatri og teknologiske fremskritt innen psykisk helsevern	18
Forskning på psykiske lidelser og bruk av psykofarmaka	20
Undervisning og kompetanseøkning – en sentral del av alderspsykiatrisk virksomhet.....	22
Fagpolitikk	23
Referanser	24

Ti satsingsområder for alderspsykiatri i perioden 2022–2030

1. Alderspsykiatri er et spesialisert tilbud for eldre med psykisk lidelse. Tilbudet må styrkes for å møte et økende behov i takt med et økende antall eldre i befolkningen.
2. Eldre med psykisk lidelse får betydelig mindre tilbud fra spesialisthelsetjenesten enn yngre voksne (1). Loven setter krav om lik rett til behandling og tiltak må iverksettes for å styrke behandlingstilbudet til eldre vesentlig.
3. Den polikliniske og ambulante virksomheten må bygges ut. Antall døgnplasser er skåret ned over år og må økes.
4. Kompetanse på psykisk lidelse hos eldre må styrkes i alle deler av helsetjenesten og i alle yrkesgrupper. Alderspsykiatriske avdelinger er sentrale for å øke kompetansen i øvrig helsetjeneste.
5. Samarbeid mellom alderspsykiatriske avdelinger, øvrig spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste må styrkes for å bidra til en integrert helsetjeneste for eldre med psykisk lidelse.
6. Tilbudet om psykologisk behandling av eldre med psykisk lidelse må styrkes og det må opprettes flere stillinger for psykologer med spesialisering innen eldrepsykologi og nevropsykologi.
7. Eldre med psykiske lidelser har ofte komplekse somatiske utfordringer og bruker mange legemidler. Dette fordrer høyere legebemannning enn i andre deler av psykisk helsevern.
8. Tilpasset telepsykiatri og teknologiske hjelpemidler for eldre med psykisk lidelse og demens må videreutvikles. Det samme gjelder teknologiske løsninger for å øke tilbudet om veiledning og undervisning til øvrig helsetjeneste.
9. Forskning på eldre med psykisk lidelse må styrkes. Undervisning om eldre med psykisk lidelse må økes i helsefaglige utdanninger, og det må opprettes akademiske stillinger for alderspsykiatri/eldrepsykologi ved alle universiteter som utdanner leger og psykologer.
10. Arbeidet for å rekruttere til og beholde psykiatere i alderspsykiatrien må styrkes.

Innledning

Alderspsykiatri er en spesialisert del av psykisk helsevern som har til oppgave å utrede og behandle eldre med psykiske lidelser. I Norge vokste faget frem i løpet av 1970- og 80-årene og har utviklet seg betydelig siden. I dag er det kortere utrednings- og behandlingsforløp enn tidligere ved de alderspsykiatriske enhetene i Norge. Tilbudet består av døgnbehandling og poliklinisk og ambulant utredning og behandling. Veiledning og undervisning overfor primærhelsetjenesten er en viktig del av virksomheten. Den alderspsykiatriske pasient har oftest sammensatt problematikk, både fysisk, psykisk og sosialt (2).

Pasientene som tradisjonelt er gitt utrednings- og behandlingstilbud innen alderspsykiatrien er kjennetegnet ved at den psykiske lidelsen debutterer i eldre år, og/eller ved at det foreligger en nær sammenheng mellom psykisk og somatisk sykdom, eller mellom psykisk sykdom og biologiske, psykologiske eller sosiale aldringsfenomener (3). Inntakskriteriene fra nasjonale faglig råd for psykiske lidelser hos eldre videreføres i denne nye tiårsplanen med noen små justeringer (se ramme side 7). Noen alderspsykiatriske avdelinger med god spesialistdekning tilbyr også utredning og behandling til eldre med debut av alvorlig psykisk lidelse tidligere i livet, spesielt ved psykoselidelse og alvorlig affektiv lidelse. Det er foreslått å heve aldersgrensen fra 65 til 70 år, og det kan vurderes framover.

Virksomhetsdata for spesialisthelsetjenesten viser at eldre med psykiske lidelser får langt mindre behandlingstilbud enn yngre voksne (1). Dette er i strid med lovkravet om lik

rett til behandling. Med økte ressurser til alderspsykiatrien vil flere avdelinger kunne gi tilbud om utredning og behandling til eldre med alvorlig psykisk lidelse uansett alder ved debut av lidelsen. Det vil bidra til at eldre med psykiske lidelser i større grad får lik rett til behandling.

Basal utredning av demens gjøres i primærhelsetjenesten. Utvidet utredning anbefales gjennomført i spesialisthelsetjenesten når basal utredning ikke har vært tilstrekkelig for å stille diagnose ved mistanke om demens (4). Utredning og behandling av demens og følgetilstander av demens er derfor en viktig del av alderspsykiatrisk virksomhet, men foregår også innen geriatri og nevrologi.

Grenseoppgangen til behandling av eldre med psykisk lidelse i distriktpsikiatriske sentre (DPS) og andre deler av spesialisthelsetjenesten kan iblant være uklar. Med tanke på ulik organisering og ulike behov topografisk og demografisk, er det viktig å finne gode lokale løsninger som sikrer et godt helsetilbud til alle eldre med psykiske lidelser. Et førende prinsipp skal være at eldre med de mest alvorlige og komplekse lidelsene skal følges opp i alderspsykiatrien.

De fleste eldre med psykiske lidelser behandles i primærhelsetjenesten. Alderspsykiatriske avdelinger gir tilbud til de sykeste pasientene over 65 år, mens halvparten av kontaktene foregår i DPS eller andre avdelinger innen psykisk helsevern for voksne (5).

Med en aldrende befolkning er god kompetanse på behandling av eldre viktig i alle nivåer av helse-



FØLGENDE PASIENTGRUPPER HØRER INN UNDER ALDERSPSYKIATRIENS ARBEIDSOPPGAVER:

- Pasienter med alvorlig psykisk lidelse som debuterer etter fylte 65 år.
- Pasienter med demens og betydelige atferdsproblemer og/eller betydelige psykiske symptomer. Alder er av mindre betydning.
- Pasienter med en uavklart demenssykdom eller mistanke om kognitiv svikt på nevrodegenerativt grunnlag.
- Pasienter over 65 år med en alvorlig psykisk lidelse fra tidligere når samtidige sykdommer og/eller høy alder gjør alderspsykiatrien hensiktsmessig.

tjenesten. Mange avdelinger innen psykisk helsevern har ikke tilgang til spesialister med erfaring i behandling av eldre. Kompetansehevende tiltak innen helsetjenesten blir viktig i årene fremover. Det er behov for at sykehusene bygger ut en robust konsultasjon-liaison-tjeneste som både kan bistå somatiske avdelinger og andre deler av psykisk helsevern.

Alderspsykiatriske avdelinger har økt sin polikliniske og ambulante aktivitet betraktelig i de senere år. Denne virksomheten må styrkes ytterligere, i tillegg til økt veiledning overfor primærhelsetjenesten og andre deler av spesialisthelsetjenesten. Et alderspsykiatrisk team bør være bredt sammensatt, med overlege/alderspsykiater, psykologspesialist, spesialsykepleier og andre relevante fagressurser som fysioterapeut, ergoterapeut og sosionom.

Selv om poliklinisk virksomhet er økende i alle deler av psykisk helsevern, er det viktig med et spesialisert døgntilbud for eldre med psykiske lidelser. Med de demografiske endringene samfunnet står overfor, vil behovet være økende, i kontrast til at antallet døgnplasser i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste har blitt redusert de senere år. Andelen eldre som mottar behandling i psykisk helsevern (PHV) er betydelig lavere enn for den øvrige voksne befolkning, og når de får behandling mottar de mindre behandling enn andre aldersgrupper (1). Dette bruddet på prinsippet om lik behandling må møtes med en styrking av alderspsykiatrien og økt oppmerksomhet på at eldre skal tilbys behandling i PHV på like vilkår som andre aldersgrupper.

Psykiske lidelser og en aldrende befolkning

I årene fremover vil andelen eldre i den norske befolkning øke. Statistisk sentralbyrå har beregnet at antall personer over 80 år vil mer enn dobles fra 2021 til 2050 (6). Antall eldre over 80 år vil øke med 50 % allerede de neste 10 årene. I 2021 er det 850 000 personer over 67 år og i 2050 er tallet beregnet å være nesten 1,5 millioner. Til tross for at eldre får bedre helse vil antakelig antallet eldre med psykiske lidelser også øke. Det er mulig at økningen i psykiske lidelser faktisk vil overstige økningen i antall eldre, ettersom det er mer oppmerksomhet rundt psykisk lidelse, mindre stigma, bedre kartlegging i kommunehelsetjenesten og større forventninger til behandling i helsevesenet.

Forekomsttall for psykiske lidelser hos eldre varierer mellom studier, men det er anslått at ca. 15–20 % av eldre har klinisk betydningsfull psykisk lidelse (7, 8). I tillegg er det mange eldre som har psykiske symptomer som følge av fysisk sykdom. Økt overlevelse ved alvorlig somatisk sykdom vil føre til flere eldre med nevropsykiatriske følgetilstander, som vil gi nye utfordringer for kommunehelsetjenesten og alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. Alvorlig rusproblematikk og konsekvenser av dette vil antakelig sees hyppigere innenfor det alderspsykiatriske feltet. Alkoholforbruket er økende hos de eldre under 75 år (9). Psykisk helsevern for eldre omfatter alle psykiske lidelser, også ruslidelser. Eldre bør få tilbud innen tverrfaglig spesialisert behandling av ruslidelser (TSB) når det er behov for dette.

Transkulturell psykiatri er et annet felt som alderspsykiatrien i økende grad må utvikle kompetanse innen. Andelen eldre med innvandrerbakgrunn vil øke fra under 5 % av alle eldre over 70 år til 24 % i 2060. De fleste vil ha bakgrunn fra land i Asia, Afrika, Latin-Amerika og Øst-Europa (10, 11). Andelen eldre innvandrere er størst i byene, særlig i byer på Østlandet.

De vanligste psykiske lidelsene hos eldre er depresjon og demens. Depresjon er vanlig hos personer over 65 år, og depressive plager er funnet hos opp mot en tredjedel (7, 8, 12). Alvorlig depresjon er trolig underdiagnostisert i aldersgruppen. Forekomsten øker i sykehjems- og populasjoner (21 %) (13) og hos de eldste eldre (23 % hos personer over 80 år) (14). I Storbritannia har man funnet at få eldre tok opp sine depressive symptomer med fastlegen, og færre enn halvparten av disse mottok tilstrekkelig behandling (15).

Basert på en prevalensundersøkelse fra 2020 regner vi med at 101 000 har demens i Norge (16) hvilket er 20 000 flere enn tidligere anslag. De neste 30 årene vil antallet personer med demens mer enn dobles på grunn av en økende andel av befolkningen som er over 70 år. Antallet med demens vil øke til 235 000 i år 2050 og til 380 000 i 2100. Denne utviklingen medfører et stort behov for satsing på, planlegging og finansiering av en mer kompetent demensomsorg med bedre kapasitet i årene fremover. Nasjonal faglig retningslinje om demens gir anbefalinger

(4) for denne satsingen. Helsedirektoratet har lansert Demensplan 2025 som ledd i dette arbeidet. Alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste vil ha en viktig rolle i utredning og behandling av eller veiledning om personer med demens i årene som kommer, særlig for personer med alvorlige psykiske- og atferdsmessige symptomer, og tjenesten må styrkes. Nye muligheter for bedret utredning og behandling av demens kan få konsekvenser i form av økte henvisninger til spesialisthelsetjenesten (17).

I tillegg til demens og depresjon forekommer også psykosesyntomer hyppig hos eldre. Det er beregnet at 23 % av personer over 65 år (18) utvikler psykosesyntomer av forskjellige årsaker. En liten andel skyldes en primær psykoselidelse, men de fleste psykosesyntomer oppstår sekundært til annen tilstand, f.eks. demens og delirium (19).

Bipolar lidelse er diagnostisert hos 0,5 % til 1 % av eldre voksne (20). Likevel utgjør personer med bipolar lidelse 8-10 % av eldre som er innlagt i psykisk helsevern (21) og en fjerdedel av personer med bipolar lidelse er >60 år gamle (22). Angstlidelser er en enda større sykdomsgruppe som rammer inntil en fjerdedel av eldre (23).

Alkoholbruk og bruk av vanedannende legemidler mot angst, smerte og søvnproblemer har økt i Norge de siste tiårene (24, 25). I Norge er det foreløpig begrenset forskning og mangelfulle data som beskriver forekomst av skadelig bruk og avhengighet av rusmidler hos eldre (26). Alle disse forholdene tilsier at den alderspsykiatriske spesialisthelsetjenesten trenger et løft de nærmeste årene, for å møte de utfordringene vi står overfor.



Psykisk helsevern for eldre – et eget tilbud

Eldre med psykiske lidelser er en heterogen gruppe og tilstandene arter seg ofte annerledes enn hos yngre voksne. Til tross for at tilstandene kan være utfordrende å diagnostisere og behandle, er det lite samfunnsmessig og vitenskapelig fokus på eldre med psykiske lidelser. For å ta depresjon som et eksempel, omtaler Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten, de eldre på bare en side i veilederen (IS-1561) (27) til tross for at depresjon hos eldre kjennetegnes av mange kompliserende trekk. Depresjon hos eldre er i større grad enn hos yngre ikke diagnostisert. Tilstanden er oftere preget av ulike somatiske symptomer og risiko for ikke å fange opp underliggende depresjon er større enn hos yngre voksne. Forløpet av lidelsen er ofte annerledes, det tar lengre tid før en når remisjon (28, 29) og risiko for tilbakefall er større. Psykisk lidelse og somatisk sykdom kan ha overlappende symptomer og prognosen ved somatisk sykdom forverres ved samtidig ubehandlet psykisk lidelse (30). Det er behov for inngående kunnskap om sammenhengen mellom psykisk lidelse, legemiddelbruk hos eldre og somatisk og nevrodegenerativ sykdom. Dette kjennetegner arbeidet i alderspsykiatriske avdelinger (31).

Kognitiv svikt og ulike demenssykdommer med psykiske og atferdsmessige symptomer krever spesiell kompetanse i utredning og behandling. Dette gjelder spesielt demens hos yngre personer, hos personer fra andre kulturer eller

personer med betydelige psykiske og atferdsmessige symptomer, både hos hjemmeboende og i sykehjem. Depresjon og demens kan ha overlappende symptomer eller forekomme sammen. Diagnostisk vurdering og behandling kan være komplisert. Veiledning til kommunal helse- og omsorgstjeneste inkludert sykehjem er en del av spesialisthelsetjenestens ansvar. Omfattende atferdssymptomer hos personer med alvorlig demens i sykehjem er en betydelig utfordring og fordrer gode samarbeidsevner og kompetanse. Alderspsykiatrien er den eneste delen av psykisk helsevern som ivaretar dette.

Psykisk helsevern for eldre bør være et eget tilbud og ikke integrert i det øvrige psykiske helsevernet for voksne for å kunne tilby en faglig god helsetjeneste til denne gruppen (32). Både virksomhetsdata, forskning og erfaring tilsier at eldre med psykiske lidelser i mindre grad gis behandlingstilbud enn andre voksne (33, 34). Dels bygger dette på myter om at eldre har mindre nytte av behandling og at aldring uvegerlig er knyttet til for eksempel angst og depresjon (35), men lav prioritering av eldre med psykisk lidelse er også et resultat av mangelfull kompetanse om denne gruppen i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Gitt dette, og den demografiske utviklingen vi står foran, er det avgjørende at alderspsykiatriske avdelinger styrkes for at en skal tilby et likeverdig helsetilbud til alle uavhengig av alder og bosted (32, 36, 37).



Samarbeid, tverrfaglighet og integrerte helsetjenester

Eldre med psykiske lidelser har ofte komplekse helseproblemer med flere akutte og kroniske sykdommer som krever en helhetlig og tverrfaglig tilnærming innen spesialisthelsetjenesten. Tverrfaglig samarbeid betyr samarbeid om enkeltpasienter eller pasientgrupper på tvers av profesjoner innenfor helse- og omsorgstjenesten, her alderspsykiatri. Tverrfagligheten gjelder forebyggende tiltak, diagnostikk, behandling og rehabilitering. Tverrfaglig samarbeid er den grunnleggende metodikken i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester (38).

Mange trekker frem at eldre er i behov av og profiterer på integrerte helsetjenester, dvs.

helsehjelp på tvers av nivåer i helsetjenesten og mellom ulike fagområder (39). «Healthy ageing» er et uttalt mål for verdens helseorganisasjon (WHO), og ivaretagelse av Eldres helse vurderes å være helt nødvendige investeringer i human og sosial kapital (40) og for å nå FNs bærekraftsmål. Dette fordrer gode løsninger for kommunikasjon og samarbeid mellom ulike deler av helsetjenesten, og kan være krevende å få til i praksis. Alderspsykiatrien er innrettet for å imøtekomme dette behovet, men arbeidet må styrkes i årene framover.

I alle deler av helsetjenesten som behandler eldre med psykiske lidelser, er det viktig med en grundig somatisk utredning og samtidig



behandling av somatisk sykdom. For eldre med psykiske lidelser er det vanlig å ha flere sykdommer samtidig (41). Personer med alvorlige psykiske lidelser har betydelig kortere forventet levetid enn andre i Norge (42), i hovedsak på grunn av somatisk sykdom. Hos eldre kan dessuten symptomer på somatisk sykdom feilaktig oppfattes som psykisk lidelse, og psykisk lidelse kan føre til at somatiske symptomer overses og at somatisk sykdom underbehandles. Psykisk lidelse kan også forverres eller oppstå som komplikasjon til somatisk skade og sykdom. Det er viktig at eldre i somatiske avdelinger også får tilgang til vurdering og behandling fra personer med kompetanse innen psykisk helse.

Kompetanseoverføring fra alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste er viktig til ulike deler av primærhelsetjenesten – fastleger, psykiske helsetjenester, kommunepsykologer, hjemmetjeneste, demenskoordinatorer, demens-/hukommelsesteam, tjeneste- og tildelingskontorer, boenheter og sykehjem.

Primærhelsetjenesten må involveres før, under og etter behandling i alderspsykiatrisk spesialisthelsetjeneste. God og systematisk dialog mellom de ulike nivåene og aktørene gjør overgangen enklere for pasienten, kan bidra til at utredning og behandling ikke forsinkes eller gjøres dobbelt og bidrar til å redusere risiko for feil.

I valg av behandling må man ta hensyn til pasientens forutsetninger, også når det gjelder mulighet for å følge opp behandling og hvilke tilbud som finnes i den kommunale helse-tjenesten. Behandlings- og oppfølgingstilbudene i de ulike kommunene kan variere, og kjennskap til mulighetene og samarbeid med kommunale tjenester er viktig for best mulig behandling av den enkelte pasient.

Eldre pasienter og psykologisk behandling

Eldre personer med depresjon og angst har godt utbytte av psykologisk behandling, på lik linje med yngre voksne med slike lidelser (43). Psykologisk behandling kan gis av ulike faggrupper. Eldre blir i mindre grad enn yngre henvist til psykologisk behandling og de er underrepresentert i behandling i DPS (5, 44). Intervju av behandlere i DPS viste også at mange opplevde manglende kompetanse på behandling av psykiske lidelser hos eldre (5). To av tre eldre sier at de ønsker psykologisk behandling framfor legemiddelbehandling dersom de skulle få depresjon eller angst (45).

Kartlegging av eldres behov for tjenester innen kommunal psykisk helse og rus er mangelfull iht. en undersøkelse fra SINTEF fra 2020 der kun en fjerdedel av kommunene hadde gjennomført kompetansehevede tiltak om eldre for sine ansatte. Undersøkelsen tilsier at eldre får mangelfullt tilbud fra kommunal psykisk helsetjeneste (46).

Det er godt dokumentert at eldre har god effekt av psykologisk behandling (43, 47). Effekten er best undersøkt ved spesifikke terapier som kognitiv terapi (43), problemløsningsterapi (48, 49) og interpersonlig terapi. Terapiforskning finner omtrent lik effekt av ulike strukturerte

behandlingsmetoder. Kjennetegn ved terapeuten har stor betydning. Det gjelder evnen til å skape god relasjon og allianse med et bredt spekter av pasienter, tro på behandlingen og evne til å formidle håp. Dette er uavhengig av pasientens alder (50–53).

Effekten av psykologisk behandling er like god som effekten av medikamentell behandling ved mild til moderat depresjon og er anbefalt førstevalg ved disse tilstandene (54, 55). For eldre som ikke ønsker medikamentell behandling, eller ikke tolererer slik behandling, er psykologisk behandling et godt alternativ. Effekt av samtidig farmakologisk og psykologisk behandling er vist å være mer effektiv enn en av behandlingen gitt alene (56, 57). Ved alvorlig depresjon er kombinert biologisk og psykologisk behandling anbefalt (54).

Det er et paradoks at eldre tilbys psykologisk behandling i mindre grad enn yngre voksne når vi vet at nytten av behandlingen er god. Det er behov for å styrke tilbudet for psykologisk behandling av eldre, og alle avdelinger som behandler eldre bør ha god kapasitet. Kommune-psykologer bør ha mer oppmerksomhet på psykiske lidelser hos eldre.

Miljøbehandling, legemidler og nevrostimulerende behandling

Miljøbehandling er en grunnpilar i behandling i alderspsykiatrien (2, 4), og rommer både fysiske omgivelser, holdninger og kommunikasjon. Aktiv bruk av miljøbehandling er viktig ved behandling av alle typer psykiske lidelser, men vil måtte tilpasses både tilstand og person. For personer med demens er prinsippet om personsentrert omsorg godt etablert både i praksis og retningslinje, men prinsippene kan benyttes for alle typer lidelser (2, 4).

Kompetanse innen legemiddelbehandling av psykiske lidelser hos eldre er et viktig område innen alderspsykiatrien. Mange eldre bruker en rekke legemidler for både psykiske lidelser og somatiske sykdommer, som fører med seg stor grad av kompleksitet i behandlingen og økt risiko for interaksjoner og bivirkninger. God behandling av den enkelte pasient fordrer kunnskap om enkeltlegemidler, aldring og interaksjon med andre legemidler. Eldre er mer utsatt for bivirkninger av psykofarmaka enn yngre, og det vil i større grad være behov for titrering av dose, ofte med støtte av verktøy som serumkonsentrasjonsmåling av legemidler i blodet (58).

ECT (electroconvulsive therapy) er en behandling som har vært i bruk siden slutten av 1930-tallet, og kan hjelpe pasienter med alvorlige affektive lidelser (59). I den nasjonale faglige retningslinjen om bruk av ECT (60)

foreslås det at behandlingen gis når samtale- og legemiddelbehandling ikke har effekt ved moderat eller alvorlig depresjon. ECT er foreslått som første behandlingsvalg ved alvorlig depresjon og fare for liv og helse. De siste årene har det skjedd en dreining mot at ECT vurderes som førstevalget ved behandling av alvorlig depresjon fremfor «siste utvei». Behandlingen virker ikke på alle, men er vist å ha minst like god effekt som legemiddelbehandling og særlig god effekt hos pasienter med psykotiske symptomer og hos eldre (61, 62). Kognitive bivirkninger av ECT-behandlingen er oftest forbigående, men kan være plagsomme for pasienten (60). Avdelinger som har eldre pasienter som får ECT-behandling bør ha kompetanse innen utvidet kognitiv vurdering.

Alderspsykiatriske avdelinger bør ha tilbud om ECT-behandling og det er viktig at det organisatorisk legges godt til rette for at eldre kan gis ECT under innleggelse eller som del av en poliklinisk behandling. ECT skal alltid kombineres med sosialt stimulerende tiltak, samtalebehandling og ofte vil også videre legemiddelbehandling være nødvendig. Transkraniell magnetstimulering (TMS) (63), transkraniell direct current-stimulering (tDCS) (64, 65) og deep brain stimulation (DBS) (64, 66) er noen andre nevrostimulerende metoder som kan benyttes innen behandling av psykisk lidelse.

Organisering

Det er betydelig variasjon i organisering av psykisk helsevern i ulike deler av landet. Grunnet store geografiske forskjeller og ulik avstand til nærmeste DPS eller alderspsykiatriske døgnavdeling, er det ikke en spesifikk organisering som vil passe alle regioner. Det helhetlige perspektivet må ivaretas innen utredning og behandling av eldre. For pasientene med de mest alvorlige og komplekse tilstandene ivaretas dette best innen spesialiserte alderspsykiatriske avdelinger. Behandlingen må tilpasses hver pasient og sees i sammenheng med hans/hennes familie og nærmiljø. Pårørende skal inkluderes i alle faser av behandlingen. En systematisk tilnærming for å sikre kontinuitet i behandlingen og koordinering av tjenester fra ulike deler av helsevesenet er viktig.

Rådgivning til primærhelsetjenesten, tidlig diagnostisering og intervensjon er også viktig, slik at pasienter sikres rask og effektiv hjelp. Alderspsykiatri er pr. definisjon en helhetlig helsetjeneste og må alltid inkludere pasientens hjemmemiljø. Alderspsykiatriske vurderinger foregår i pasientens hjem, poliklinisk og/eller ved innleggelse. Det skal utarbeides en behandlingsplan der pasientens behov er ivaretatt, både de fysiske, psykiske, sosiale og eksistensielle. Informasjon og veiledning til pasient og pårørende skal gis om diagnose, behandlingstiltak og samarbeidspartnere. Det må også tilbys hjelp med deres juridiske og økonomiske rettigheter. Veiledning og undervisning til samarbeidspartnere i primærhelsetjenesten skal ivaretas innen organiseringen av den alderspsykiatriske behandlingstjenesten.

Det skal finnes alderspsykiatriske avdelinger på sentralsykehusnivå i hvert fylke eller sykehusområde, tilpasset folketall og geografi. Sengetall i alderspsykiatriske avdelinger er de siste årene redusert betydelig (67). Med en økende eldrebefolkning må denne utviklingen stoppes og både poliklinisk tilbud og døgnplasser bør bygges ut for å kunne møte behovet.

Storbyfaktoren (høyere psykisk sykелighet og dårligere nettverk) kan medføre behov for større døgnkapasitet i storbyer.

En alderspsykiatrisk avdeling bør bestå av:

- Alderspsykiatrisk poliklinikk med polikliniske og ambulante tjenester der utredning og behandling av pasientene foregår i deres lokalmiljø, samt at veiledning, rådgivning og undervisning til primærhelsetjenesten inngår.
- Døgnposter for utredning og behandling med tilstrekkelige skjermingsmuligheter.
- Forsknings- og fagutviklingsenhet, som også inkluderer en undervisningsenhet.
- Konsultasjonspsykiatriske (CL)-tjenester i somatiske sykehus må gi tilbud til eldre.

Det er viktig at hvert sykehusområde tilstreber en målgruppe- og oppgaveavgrensning mellom alderspsykiatrien og tilgrensende fagområder (allmennpsykiatri, geriatri, nevrologi, m.fl.) samt overfor primærhelsetjenesten.



Innenfor den psykiatriske spesialisthelsetjenesten vil kompleksiteten og alvorlighetsgraden av pasientens psykiske lidelse avgjøre om pasienten må tas hånd om ved en alderspsykiatrisk avdeling, eller om hun/han kan behandles tilfredsstillende på et DPS. Av ressursmessige grunner vil det ikke være aktuelt å legge øyeblikkelig hjelp-plikt til alderspsykiatriske avdelinger. Dette er de psykiatriske akuttavdelingenes oppgaver. De alderspsykiatriske avdelingene bør bestrebe seg på å gi så rask hjelp som mulig samt prioritere overføringer fra akuttavdelinger. Akuttavdelingene bør bistå alderspsykiatriske avdelinger med særlig vanskelige skjerminger og utageringer. Alderspsykiatrien bør ha god tilgjengelighet for lokal primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Økt tilgjengelighet

fordrer økte ressurser til alderspsykiatrien. Det er en fordel at alderspsykiatrisk poliklinikk, ambulant team og døgnpost er samlokalisert.

God tilgang og samlokalisering med somatiske tjenester som klinisk kjemisk laboratorieservice, radiologiske og nukleærmedisinske tjenester samt somatiske avdelinger, er viktig, og særlig viktig er samarbeidet med geriatrike avdelinger. Ved elektrokonvulsiv terapi (ECT), er nærhet til anestesi viktig. Alderspsykiatriske avdelinger skal være tverrfaglig bemannet. Antall stillinger for overleger i døgnposter og poliklinikk må avspeile antall døgnplasser og opptaksområde for å sikre kontinuitet, rekruttering, fagutvikling og fagmiljø. Ressurser og antall stillinger, inklusive legestillinger, må være god pga. kompleksiteten med både psykiatrisk og somatisk sykkelighet.



Telepsykiatri og teknologiske fremskritt innen psykisk helsevern

Digital helsehjelp som telemedisin er tatt i bruk i varierende grad, særlig i deler av landet hvor avstanden til spesialisthelsetjenesten er stor. Etter koronapandemien fikk bruken av telefon- og videokonsultasjon et oppsving innen psykisk helsevern.

Det er mange forhold å ta hensyn til når man skal planlegge for digital utredning og behandling. Noen forhold som ofte er aktuelle i behandling av eldre er sansemessige og kognitive begrensninger. Tilgjengelighet, slik som tilgang til smarttelefon eller datamaskin og internett må vurderes, likeså behovet for teknologisk bistand.

Ved behandling over videokonsultasjon bør det foreligge en plan for hvordan man går frem i akutte situasjoner, både når det gjelder kontaktpersoner i lokalt helsevesen og om pasienten har en støtteperson som kan involveres ved en akutt situasjon eller annen bekymring for pasientens tilstand.

Forhold som må ligge til rette for ivaretagelse av taushetsplikt må vurderes, slik som hvorvidt pasienten har mulighet til å ha en fortrolig samtale med sin behandler under sine boforhold.

Det pågår mange forsknings- og utviklingsprosjekter som involverer bruk av digitale hjelpemidler i diagnostikk og behandling av psykiske lidelser. I desember 2020 ble det opprettet et forskningssenter for digitale psykiske helse-tjenester, et senter for forskningsdrevet innovasjon (68).

Veiledet internettbehandling av angst, depresjon og panikk lidelse er en terapiform som i 2019 ble godkjent av beslutningsforum til bruk i spesialisthelsetjenesten (69). Foreløpig er det lite kunnskap om internettbehandling av eldre.

Kunstig intelligens er i mindre grad tatt i bruk i behandling av psykiske lidelser, og er foreløpig et område hvor det foregår utprøving. En kan



se for seg at man ved kunstig intelligens vil kunne drive blant annet reminisens-terapi, og at «terapeuten» kan lære seg personens historie og preferanser.

Teknologiske fremskritt kan føre til at personlige roboter blir et realistisk scenario, hvor hjelp til fysiske oppgaver, omsorg og også mental støtte kan være aktuelt. Ved all helseteknologi er det viktig å gjøre en vurdering av behov før intervensjon. Foreløpig er helseteknologi i Norge kommet lengst for demensområdet, hvor en rekke hjelpemidler allerede er tilgjengelige gjennom hjelpemiddelsentraler. De mest aktuelle hjelpemidlene for hjemmeboende

per nå er digital trygghetsalarm, varslings- og lokaliseringsteknologi, elektronisk legemiddelstøtte og elektronisk dørlås.

Utviklingen av digitale helsetilbud vil trolig skyte fart i tiden fremover, og helseteknologiske fremskritt vil kunne bidra til bedre helsehjelp også for eldre med komplekse hjelpe- og omsorgsbehov. Dette blir et område med behov for økt kompetanse i helsetjenesten, både når det gjelder optimal bruk av digitale tjenester og kunnskap om hvilke pasienter som kan falle utenfor ved digitale løsninger og hvordan sikre god helsehjelp til disse.

Forskning på psykiske lidelser og bruk av psykofarmaka

Til tross for økt forskning innen alderspsykiatri de senere årene er det fortsatt et betydelig behov for mer norsk forskningsbasert evidens for utredning og behandling. Noe forskning foregår ved Nasjonalt senter for aldring og helse (Aldring og helse), men også ved ulike alderspsykiatriske avdelinger. Mye av forskningen på eldre med psykiske lidelser har omhandlet demens, mens det fortsatt forskes for lite på andre områder innen alderspsykiatri.

I Norge har det blitt gjennomført forskning om blant annet depresjon hos eldre, ECT-behandling, angst, legemiddelbehandling og rusproblemer (25, 70–73). Det har i liten grad vært forsket på psykosetilstander og bipolar lidelse hos eldre. Det er behov for prevalensstudier i en norsk kontekst, årsaksforskning, forskning på diagnostikk og behandling, livskvalitet, organiske og funksjonelle lidelser, komorbiditet, etiske problemstillinger, de eldste eldre og utvikling av bedre kvalitetsindikatorer. Det er avgjørende at det legges til rette for både eksisterende forskning og for utvikling av forskning innen områder som så langt er underrepresenterte.

To store norske registre innhenter data relevante for kunnskapsøkning og bedring av tjenester innen alderspsykiatri og demens. Registrene inkluderer data både på pasientrapporterte utfallsmål (PROM) og pasientrapportert tilfredshet (PREM) (74). Kvalitetsregister innen alderspsykiatri (KVALAP) (75) har fra 2022 fått nasjonal status og er et register for personer

som utredes og behandles ved alderspsykiatriske avdelinger i spesialisthelsetjenesten. Registeret består av opplysninger som samles inn ved vanlig utredning og behandling av pasienter ved alderspsykiatriske poliklinikker og sengeposter. Registeret kan benyttes til forskningsformål. Norsk register for personer som utredes for kognitive symptomer i spesialisthelsetjenesten (NorKog) (76) er et nasjonalt kvalitets- og forskningsregister. Registeret ønsker å bedre kvaliteten på tilbudet pasienter får ved utredning og behandling av kognitive vansker på sykehus i Norge. Data samles fra en standard poliklinisk undersøkelse, hvis pasienten gir sitt samtykke til dette.

Forskning, undervisning, klinisk virksomhet og kompetansehevende virksomhet bør drives nært innvevd ved alderspsykiatriske avdelinger. Fagutvikling er avhengig av nærhet mellom forskning og klinisk virksomhet. Alderspsykiatri er et fagområde som tangerer mange andre fagområder. God forskning på alderspsykiatri krever derfor tverrfaglig spisskompetanse og samarbeid med fagmiljøer innen allmennpsykiatri og psykologi, bildediagnostikk, laboratoriefag, nevropsykologi, geriatri, nevrologi, patologi og med humanistiske fag. Det bør opprettes tverrfaglige forskningsnettverk i flere av landets regioner etter mønster av Forskningscenter for aldersrelatert funksjonssvikt og sykdom ved Sykehuset Innlandet og det regionale senteret for samhandling innen eldremedisin på Vestlandet (SESAM) (77). Regionale forskningsnettverk

må ha et formalisert samarbeid med Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, universiteter og høyskoler.

Gode forskningsnettverk bør som i øvrig medisinsk forskning, inkludere internasjonalt samarbeid. Det er avgjørende at viktige møtesteder for forskning organiseres stabilt både lokalt, regionalt og nasjonalt på lokale fagmøter, forskerverksteder, symposier og parallellsesjoner på Demensdagene og Landskonferansen i alderspsykiatri.

Det er viktig at alderspsykiatriske avdelinger tilrettelegger for deltagelse på forskerkurs og gir muligheter for avsatt tid til forskning ut over overlegepermisjonen. Det bør være ansatte med akademisk kompetanse og et professorat innen alderspsykiatri på alle universitetene som utdanner medisinerstudenter i Norge. Ambisjonsnivået for forskning bør ligge ut over doktorgradsnivå gjennom opprettelse av mellomstillinger og faste forskerstillinger, noe som gjør kvalifisering for professorkompetanse mulig.



Undervisning og kompetanseøkning – en sentral del av alderspsykiatrisk virksomhet

Undervisning, rådgivning og veiledning er lovpålagte oppgaver for spesialisthelsetjenesten – så også innen alderspsykiatrien. Kompetanseheving er nødvendig på alle nivåer i helsevesenet, både i utredning og behandling, så vel som i omsorg og pleie av pasienter med alderspsykiatriske lidelser. Nasjonalt senter for aldring og helse er sentral i arbeidet med å øke kompetansen for ansatte i spesialist- og i primærhelsetjenesten. De utarbeider også undervisningsmaterieell og kurs. Universiteter og høyskoler som har ansvar for grunnutdanning i medisin, psykologi og helsefag, har også en viktig rolle.

Alderspsykiatriske enheter skal drive intern kompetanseutvikling, undervisning av pasienter og pårørende og undervisning av utdanningskandidater i psykiatri (og andre helsefag). Det må tilstrebes at alderspsykiatrifaget er godt dekket i den psykiatriske institusjonens rullerende undervisningsprogram. Undervisning av primærhelsetjenesten, inkludert ambulant veiledning er sentralt i alderspsykiatrisk virksomhet. Det må tilbys hospitering og kurs for ansatte i primærhelsetjenesten. Lokale kurs

bidrar til økt kjennskap mellom primærhelsetjenesten og alderspsykiatriske avdelinger. Veiledning er et aktuelt tiltak både før, under og etter innleggelse og som alternativ til denne. Alderspsykiatriske avdelinger bør som et minimum ha én undervisningsansvarlig. Det bør drives utadrettet undervisning mot DPSene i området. Undervisningen må tilpasses behovene i kommunene i opptaksområdet. Det eksisterer i dag flere modeller for kompetanseheving/undervisning vis-à-vis kommunene, bl.a. SAM-AKS (78) og SAMSA (79).

Utvalg for alderspsykiatri i Norsk psykiatrisk forening arrangerer årlig overlegeverkstedet i alderspsykiatri, med vekt på både faglige og fagpolitiske spørsmål. Dette arrangementet er viktig for fagmiljø, erfaringsutveksling og må videreføres. Alderspsykiatrisk utvalg har også ansvar for gjennomføring av emnekurs i alderspsykiatri i samarbeid med regionale utdanningsentre. Det bør utarbeides nasjonale kurs med mulighet for kompetanseheving innen alderspsykiatri for øvrige spesialister i psykisk helsevern, sykehjemsleger og fastleger.

Fagpolitikk

Fullverdige alderspsykiatriske avdelinger må finnes i alle fylker eller sykehusområder, og poliklinisk kapasitet, ambulant virksomhet og døgnplasser må økes i tråd med et økende antall eldre. Det må gis rom for viktige oppgaver som veiledning av øvrig helsetjeneste og konsultasjonsvirksomhet. Antall stillinger innen alderspsykiatrien er for lavt sett i forhold til de siste tiårs økte aktivitet i alderspsykiatriske sengeavdelinger og poliklinikker. På grunn av pasientgruppens sammensatte problematikk, må legebemanningen på alderspsykiatriske enheter være høy og antall psykiatere med spesialområde alderspsykiatri må økes. I tillegg til de demografiske endringene vi står i, er det behov for økte ressurser siden det stilles økende krav til klinikere i form av rutiner for pakkeforløp for psykisk helse og rus, dokumentasjon når det gjelder tvang og samtykkekompetanse m.m.

Med tanke på rekruttering må alderspsykiatrien sikres god plass i psykiatriundervisningen for medisinerstudenter. Det må legges til rette for læringsaktiviteter innen alderspsykiatri i spesialistutdanningen i psykiatri, og antall stillinger for leger i spesialisering i feltet må økes. Forskning og undervisning i alderspsykiatri/psykologi må styrkes i både lege- og psykologutdannelsen og i andre helsefag. Årlige tverrfaglige konferanser innen alderspsykiatri må videreføres. Alderspsykiatri må ha tett samarbeid med feltet sykehjemsmedisin. Alderspsykiatri som eget fagområde må synliggjøres ved representasjon i offentlige utvalg, planarbeid, komitéarbeid og lignende i ulike organer, bl.a. Den norske legeforening.

Tilpasset telepsykiatri og teknologiske hjelpemidler for eldre med psykisk lidelse og demens må videreutvikles. Det samme gjelder teknologiske løsninger for å øke tilbudet om veiledning og undervisning til øvrig helsetjeneste. Det må arbeides for at finansieringen av alderspsykiatrisk tilbud gjenspeiler ressursbruk og ressursbehov. Utadrettet virksomhet inngår som en viktig del av arbeidet, og tidsbruken blir ikke godtgjort tilstrekkelig i dagens ordning.

Brukermedvirkning og pårørendearbeid må prioriteres. Pasient- og pårørendeskoler med undervisningsopplegg bør videreutvikles. Brukerrepresentanter bør tas aktivt med i virksomhetens planlegging og evaluering av tjenestetilbud.

Alderspsykiatrisk utvalg sentralt, og alderspsykiatere lokalt, bør videreutvikle samarbeidet med ulike interessegrupper og ideelle organisasjoner som arbeider for å bedre eldres psykiske helse. Alderspsykiatrien må prioritere å formidle kunnskap og bidra til oppmerksomhet om psykiske lidelser hos eldre. Det er for lite oppmerksomhet på eldre med psykiske lidelser i dag og det er behov for et nasjonalt løft for at denne gruppen skal få et helsetilbud på linje med andre deler av befolkningen.

Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Ny modell for framskrivninger i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling 2021 [Available from: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1db8fe4d5b9a46c29673ef5e88f1b834/ny-modell-for-framskrivninger-i-psykisk-helsevern-og-tverrfaglig-spesialisert-behandling-for-ruslidelser.pdf>].
2. Engedal K, Tveito M, Lage Barca M. Miljøterapi. Alderspsykiatri. Tønsberg, Norway: Aldring og helse akademisk; 2019. p. 160-9.
3. Helsedirektoratet. Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre Oslo, Norway: Helsedirektoratet; 2019 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>].
4. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om demens Oslo, Norway: Helsedirektoratet; 2017 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/demens>].
5. Synovate. Rapport fra kartlegging av av tilbud ved alderspsykiatriske avdelinger og DPSer. In: Helsedirektoratet, editor. Oslo, Norway: Helsedirektoratet; 2012.
6. Statistisk sentralbyrå. Fakta om befolkningen Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2021 [Available from: <https://www.ssb.no/befolkning/faktaside/befolkningen>].
7. Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge 2018. Folkehelse rapporten. Oslo, Norway; 2018. Contract No.: 978-82-8082-942-9.
8. Skoog I. Psychiatric disorders in the elderly. The Canadian Journal of Psychiatry. 2011;56(7):387-97.
9. Bratberg GH, S CW, Wilsnack R, Håvås Haugland S, Krokstad S, Sund ER, et al. Gender differences and gender convergence in alcohol use over the past three decades (1984-2008), The HUNT Study, Norway. BMC Public Health. 2016;16:723.
10. Leknes S, Løkken SA, Syse A, Tønnessen M. Befolkningsframskrivingene 2018. Modeller, forutsetninger og resultater. Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2018.
11. Statistisk sentralbyrå. Fakta om Innvandring Oslo-Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå; 2021 [Available from: <https://www.ssb.no/innvandring-og-innvandrere/faktaside/innvandring>].
12. Rosenvinge BH, Rosenvinge JH. Forekomst av depresjon hos eldre-systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2003.
13. Barca ML, Engedal K, Laks J, Selbaek G. A 12 months follow-up study of depression among nursing-home patients in Norway. J Affect Disord. 2010;120(1-3):141-8.
14. Stordal E, Bjartveit Krüger M, Dahl NH, Krüger Ø, Mykletun A, Dahl A. Depression in relation to age and gender in the general population: the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT). Acta Psychiatrica Scandinavica. 2001;104(3):210-6.
15. Chew-Graham C, Baldwin R, Burns A. Treating depression in later life. British Medical Journal Publishing Group; 2004.
16. Gjører L, Kjølvik G, Strand BH, Kvellø-Alme M, Selbæk G. Forekomst av demens i Norge. Tønsberg, Norway; 2020. Contract No.: 978-82-8061-579-4.
17. Teunissen CE, Verberk IMW, Thijssen EH, Vermunt L, Hansson O, Zetterberg H, et al. Blood-based biomarkers for Alzheimer's disease: towards clinical implementation. Lancet Neurol. 2022;21(1):66-77.
18. Reinhardt MM, Cohen CI. Late-life psychosis: diagnosis and treatment. Curr Psychiatry Rep. 2015;17(2):1.
19. Anderson D, Banerjee S, Barker A, Connelly P, Junaid O, Series H, et al. The need to tackle age discrimination in mental health: a compendium of evidence. London: Faculty of Old Age Psychiatry, Royal College of Psychiatrists. London, UK: Faculty of Old Age Psychiatry, Royal College of Psychiatrists; 2009.
20. Sajatovic M, Strejilevich SA, Gildengers AG, Dols A, Al Jurdi RK, Forester BP, et al. A report on older-age bipolar disorder from the International Society for Bipolar Disorders Task Force. Bipolar Disord. 2015;17(7):689-704.
21. Depp CA, Jeste DV. Bipolar disorder in older adults: a critical review. Bipolar Disord. 2004;6(5):343-67.
22. Sajatovic M, Blow FC, Ignacio RV, Kales HC. Age-Related Modifiers of Clinical Presentation and Health Service Use Among Veterans With Bipolar Disorder. Psychiatric Services. 2004;55(9):1014-21.
23. Bryant C, Jackson H, Ames D. The prevalence of anxiety in older adults: methodological issues and a review of the literature. J Affect Disord. 2008;109(3):233-50.

24. Støver M, Bratberg G, Nordfjærn T, Krokstad S. Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag. Levanger, Norway; 2012.
25. Tevik K, Selbæk G, Engedal K, Seim A, Krokstad S, Helvik A-S. Use of alcohol and drugs with addiction potential among older women and men in a population-based study. The Nord-Trøndelag health study 2006-2008 (HUNT3). PloS one. 2017;12(9):e0184428.
26. Frydenlund R. Eldre, alkohol og legemiddelbruk. En kunnskapsoppsummering [Older adults, alcohol and use of medicines]. . Oslo; 2011.
27. Helsedirektoratet. Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo, Norway: Helsedirektoratet; 2009.
28. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Beekman AT, Penninx BW. Age-related variability in the presentation of symptoms of major depressive disorder. Psychol Med. 2017;47(3):543-52.
29. Schaakxs R, Comijs HC, Lamers F, Kok RM, Beekman ATF, Penninx B. Associations between age and the course of major depressive disorder: a 2-year longitudinal cohort study. Lancet Psychiatry. 2018;5(7):581-90.
30. Vink D, Aartsen MJ, Schoevers RA. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. Journal of Affective Disorders. 2008;106(1):29-44.
31. Langballe EM, Evensen M. Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2011. Contract No.: 978-82-8082-449-3/978-82-8082-450-9.
32. Joint Commissioning Panel for Mental Health. Guidance for commissioners of older people's mental health services: Joint Commissioning Panel for Mental Health; 2013 [Available from: https://www.rcpsych.ac.uk/docs/default-source/members/faculties/old-age/old-age-jcp-for-mental-health.pdf?sfvrsn=8242f3c2_4].
33. Pettit S, Qureshi A, Lee W, Stirzaker A, Gibson A, Henley W, et al. Variation in referral and access to new psychological therapy services by age: an empirical quantitative study. The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners. 2017;67(660):e453-e9.
34. Anderson D. Age discrimination in mental health services needs to be understood. The Psychiatrist. 2011;35(1):1-4.
35. Haigh EAP, Bogucki OE, Sigmon ST, Blazer DG. Depression Among Older Adults: A 20-Year Update on Five Common Myths and Misconceptions. The American journal of geriatric psychiatry : official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry. 2018;26(1):107-22.
36. Saad K, Bangash A. Ageless mental health services and the future of old age psychiatry in the UK. Journal of Geriatric Care and Research. 2016;3(1):21-3.
37. Abdul-Hamid WK, Lewis-Cole K, Holloway F, Silverman AM. Comparison of how old age psychiatry and general adult psychiatry services meet the needs of elderly people with functional mental illness: cross-sectional survey. Br J Psychiatry. 2015;207(5):440-3.
38. Helsedirektoratet. Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester Oslo: Helsedirektoratet; 2017 [Available from: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>].
39. World Health Organization. Integrated care models: an overview.: World Health Organization,; 2016 [Available from: <https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/integrated-care-models-an-overview-2016>].
40. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. World Health Organization; 2019.
41. Hendrie HC, Lindgren D, Hay DP, Lane KA, Gao S, Purnell C, et al. Comorbidity Profile and Healthcare Utilization in Elderly Patients with Serious Mental Illnesses. The American Journal of Geriatric Psychiatry. 2013;21(12):1267-76.
42. Lien L, Huus G, Morken G. Psykisk syke lever kortere. Tidsskrift for Den norske legeforening. 2015.

-
43. Cuijpers P, Karyotaki E, Pot AM, Park M, Reynolds CF, 3rd. Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas*. 2014;79(2):160-9.
44. Brunvold AR, Lunde L-H. Eldre i psykoterapi: en undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. 2014;51(2):113-8.
45. TNS Gallup. Helsepolitisk barometer 2016. TNS Gallup; 2016.
46. Ose SO, Kaspersen SL. Kommunalt psykisk helse-og rusarbeid 2020: Årsverk, kompetanse og innhold i tjenestene. Trondheim, Norway: SINTEF AS; 2020.
47. Cuijpers P, Karyotaki E, Eckshtain D, Ng MY, Corteselli KA, Noma H, et al. Psychotherapy for Depression Across Different Age Groups: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2020;77(7):694-702.
48. Kirkham JG, Choi N, Seitz DP. Meta-analysis of problem solving therapy for the treatment of major depressive disorder in older adults. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016;31(5):526-35.
49. Jonsson U, Bertilsson G, Allard P, Gyllensvärd H, Söderlund A, Tham A, et al. Psychological Treatment of Depression in People Aged 65 Years and Over: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Cost-Effectiveness. *PLoS One*. 2016;11(8):e0160859.
50. Ulvestad AK. Klienten-den glemte terapeut: brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal akademisk; 2007.
51. Lambert MJ. Implications of outcome research for psychotherapy integration. In: Norcross JC, Goldfried MR, editors. *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books; 1992. p. 94-129.
52. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th ed. Bergin AE, Garfield SL, editors. Oxford, England: John Wiley & Sons; 1994. xvi, 864-xvi, p.
53. Duncan BL, Miller SD, Sparks JA. The heroic client: A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome-informed therapy, Rev. ed. San Francisco, CA, US: Jossey-Bass; 2004. xxi, 266-xxi, p.
54. British Medical Journal. BMJ Best Practice: Depression in adults: British Medical Journal; 2021 [Available from: <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/55/treatment-algorithm>.
55. Pinquart M, Duberstein PR, Lyness JM. Treatments for later-life depressive conditions: a meta-analytic comparison of pharmacotherapy and psychotherapy. *Am J Psychiatry*. 2006;163(9):1493-501.
56. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020;19(1):92-107.
57. Oestergaard S, Møldrup C. Optimal duration of combined psychotherapy and pharmacotherapy for patients with moderate and severe depression: a meta-analysis. *J Affect Disord*. 2011;131(1-3):24-36.
58. Hiemke C, Bergemann N, Clement HW, Conca A, Deckert J, Domschke K, et al. Consensus Guidelines for Therapeutic Drug Monitoring in Neuropsychopharmacology: Update 2017. *Pharmacopsychiatry*. 2017.
59. Bjølseth TM. Elektrokonvulsiv terapi (ECT). In: Engedal K, Tveito M, editors. *Alderspsykiatri*. Tønsberg, Norway: Aldring og helse akademisk; 2019. p. 140-9.
60. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje om bruk av elektrokonvulsiv behandling – ECT. Oslo. Norway 2017.
61. van Diermen L, van den Ameel S, Kamperman AM, Sabbe BCG, Vermeulen T, Schrijvers D, et al. Prediction of electroconvulsive therapy response and remission in major depression: meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 2018;212(2):71-80.
62. Oudega ML, van Exel E, Wattjes MP, Comijs HC, Scheltens P, Barkhof F, et al. White matter hyperintensities, medial temporal lobe atrophy, cortical atrophy, and response to electroconvulsive therapy in severely depressed elderly patients. *J Clin Psychiatry*. 2011;72(1):104-12.
63. Perera T, George MS, Grammer G, Janicak PG, Pascual-Leone A, Wirecki TS. The Clinical TMS Society Consensus Review and Treatment Recommendations for TMS Therapy for Major Depressive Disorder. *Brain Stimul*. 2016;9(3):336-46.

-
64. Mutz J, Vipulanathan V, Carter B, Hurlemann R, Fu CHY, Young AH. Comparative efficacy and acceptability of non-surgical brain stimulation for the acute treatment of major depressive episodes in adults: systematic review and network meta-analysis. *Bmj*. 2019;364:l1079.
65. Tortella G, Casati R, Aparicio LV, Mantovani A, Senço N, D'Urso G, et al. Transcranial direct current stimulation in psychiatric disorders. *World J Psychiatry*. 2015;5(1):88-102.
66. Holtzheimer PE, Mayberg HS. Deep brain stimulation for psychiatric disorders. *Annu Rev Neurosci*. 2011;34:289-307.
67. Lillesveen B, Engedal K. Har norsk alderspsykiatri funnet sin plass? : Aldring og helse; 2019 [Available from: <https://www.aldringoghelse.no/har-norsk-alderspsykiatri-funnet-sin-plass/>].
68. Forskningssenter for Digitale Psykiske Helsetjenester. Forskningssenter for digitale psykiske helsetjenester - SFI Bergen, Norway: Senter for Forskningsdrevet innovasjon; [Available from: <https://forhelse.no/nb/>].
69. Helse Bergen - Haukeland universitetssjukehus. eMeistring [Available from: <https://helse-bergen.no/emeistring>].
70. Borza T, Engedal K, Bergh S, Selbaek G. Older people with depression - a three-year follow-up. *Tidsskrift for den Norske lægeforening : tidsskrift for praktisk medicin, ny række*. 2019;139(16).
71. Bjolseth TM, Engedal K, Benth JS, Dybedal GS, Gaarden TL, Tanum L. Clinical efficacy of formula-based bifrontal versus right unilateral electroconvulsive therapy (ECT) in the treatment of major depression among elderly patients: a pragmatic, randomized, assessor-blinded, controlled trial. *J Affect Disord*. 2015;175:8-17.
72. Bendixen AB, Engedal K. Anxiety among older psychiatric patients: a hidden comorbidity? *Aging Ment Health*. 2016;20(11):1131-8.
73. Tveito M, Correll CU, Bramness JG, Engedal K, Lorentzen B, Refsum H, et al. Correlates of major medication side effects interfering with daily performance: results from a cross-sectional cohort study of older psychiatric patients. *International psychogeriatrics / IPA*. 2015:1-10.
74. data Ffp. PROM og PREM i kvalitetsregistera Bergen, Norway: Fagsenter for pasientrapporterte data, Helse Bergen; 2022 [Available from: <https://helse-bergen.no/avdelinger/forskings-og-utviklingsavdelinga/helsetenesteutvikling/fagsenter-for-pasientrapporterte-data/prom-og-prem-i-kvalitetsregistera>].
75. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. KVALAP: Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse;; [Available from: <https://www.aldringoghelse.no/forskning/kvalap/>].
76. Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse. NorKog [Available from: <https://www.aldringoghelse.no/forskning/norkog/>].
77. Helse Stavanger - Stavanger universitetssjukehus. Regionalt kompetansesenter for eldremedisin og samhandling - SESAM [Available from: <https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/kompetansetjenester/regionalt-kompetansesenter-for-eldremedisin-og-samhandling-sesam>].
78. SAM-AKS. SAM-AKS i Innlandet: Kompetansebroen Innlandet; [Available from: <https://www.kompetansebroen.no/samhandling/sam-aks-i-innlandet?o=ahus>].
79. Bergem AM. SAMSA-modellen: Kompetansebroen; 2014 [Available from: <https://www.kompetansebroen.no/article/samsa-modellen?o=ahus>].

Norsk psykiatrisk forening

Postboks 3871 Ullevål Stadion, 0805 Oslo

Telefon: 23 08 22 52

www.norskpsykiatriskforening.no