

**Eldre i psykoterapi: en undersøkelse av fastlegers  
henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger**

Anette Ræder Brunvold og Linn-Heidi Lunde

## **Eldre i psykoterapi: en undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger**

Eldre med psykiske lidelser kan ha god effekt av terapi, men som gruppe er de storforbrukere av psykofarmaka og underrepresentert innenfor psykologiske helsetjenester. Undersøkelsen tyder på at få eldre med en behandlingstrengende psykisk lidelse henvises til psykoterapi.

Forskning viser at eldre har god effekt av psykologisk behandling for ulike tilstandsbilder (Nordhus & Pallesen, 2003; Cuijpers, van Straten & Smit, 2006; Lunde, Pallesen & Nordhus, 2009). Som gruppe er de storforbrukere av psykofarmaka. Samtidig er de underrepresentert innenfor psykologiske helsetjenester (Forskningsrådet, 2009). Hvilken hjelp får egentlig eldre med psykiske plager og lidelser?

Ifølge Statistisk sentralbyrå ventes det en fordobling av personer over 65 år frem mot 2060. Hver fjerde person vil høre til gruppen eldre (Andreassen, 2010). Eldre er en sammensatt gruppe med et stort aldersspenn og betydelig variasjon både mellom individer og mellom funksjoner hos det enkelte individ. Forekomsten av psykiske lidelser hos eldre har frem til nå vært dårlig dokumentert i Norge. Ifølge en rapport gjennomført av Folkehelseinstituttet er forekomsten av psykiske lidelser noe lavere hos hjemmeboende eldre enn hos befolkningen ellers, hvis man ser bort fra demenstilstandene (Langballe & Evensen, 2011). Dette samsvarer med tall fra internasjonale studier (Fiske, Wetherell & Gatz, 2009; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley & Craske, 2010). Aldring innebærer likevel at man blir mer sårbar for og utsatt for tap. Slike tap kan innebære det å miste nærstående personer, tap av helse og/eller funksjoner og tap av posisjoner og anseelse (Engedal, 2003; Fiske et al., 2009; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Å bli rammet av sammenfallende tap øker sårbarheten for å utvikle psykisk sykdom (Ingebretsen & Solem, 1998). Psykiske lidelser kan oppstå for første gang i høy alder. Mer vanlig er det derimot at den eldre drar med seg sine psykiske vansker inn i alderdommen (Fiske et al., 2009; Wolitzky-Taylor et al., 2010). Komorbide somatiske lidelser er vanligere blant eldre enn blant yngre, og symptomer på angst og depresjon kan ofte komme som følgetilstander til somatisk sykdom (Langballe & Evensen, 2011).

*Gitt et ideelt helsetilbud ville fastlegene ha henvist tre ganger så mange eldre*

«Opptappingsplan for psykisk helse» (1999–2008) var en storsatsning for å bedre kvalitet og kvantitet på behandlingstilbudet for voksne, barn og unge med psykiske lidelser. Eldres psykiske helse ble nedprioritert, og nevntes ikke i planen (St.prp. nr. 63 (1997–1998)). Da pengene var

øremerket, ble ikke tilbudene til eldre med psykiske lidelser forbedret. Blant pasienter tilknyttet åtte veletablerte DPSer var bare syv prosent over 60 år og to prosent over 70 år (Forskningsrådet, 2009).

### **Eldre pasienter i psykoterapi**

Få psykologer i landet jobber opp mot eldre. Ifølge Psykologforeningen var det per 08.10.12 722 spesialister i klinisk barne- og ungdomspsykologi, 1082 spesialister i klinisk voksenpsykologi, mens det kun var 29 spesialister i klinisk eldrepsykologi (S. Bekkali, personlig kommunikasjon, 12. oktober, 2012). I tillegg til spesialistene jobbet ytterligere 42 psykologer med eldre pasienter (N. K. Lunde, personlig kommunikasjon, 28. september, 2012). Blant dem er Fredrik Hansen, som siden 2010 har jobbet i Askøy kommune som Norges eneste kommunepsykolog for personer fra 65 år og oppover.

Det eksisterer en rekke stereotyper om hva det innebærer å bli eldre (Laidlaw, Thompson, Gallagher-Thompson & Dick- Siskin, 2003; Lunde, 2012). En velkjent stereotypi er at eldre er lite villige til å endre vaner og atferd. Studier har pekt på at en slik holdning kan bidra til at eldre ikke henvises til psykoterapi like ofte som yngre (Daatland & Solem, 2011; Laidlaw et al., 2003). Mange eldre får behandling for sine psykiske plager og lidelser hos fastlegen (Forskningsrådet, 2009). Åtte av ti resepter på psykofarmaka skrives ut av fastleger, og i de siste årene har utskrivning av medisiner til eldre i Norge økt (Kann, Biørn & Lurås, 2010; Kjosavik, Ruths & Hunskaar, 2009).

### **Samarbeid mellom fastleger og psykologer**

En pågående politisk debatt omhandler en ordning med «fastpsykolog» (Dommerud, 2012). Tanken er å knytte psykologer til fastlegekontorene, og dermed opprette et tettere samarbeid mellom profesjonene (Dommerud, 2012). Et annet lavterskeltilbud som allerede er godt i gang, er kommunepsykologordningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Per dags dato er likevel ikke samarbeidet mellom første- og andrelinjetjenesten tilfredsstillende (Forskningsrådet, 2009).

En spørreundersøkelse til fastleger og privatpraktiserende psykologer gjennomført i 1994 viste at fastleger i Bergen ville henvist nesten ti ganger så mange av sine eldre pasienter til psykoterapi hvis det hadde eksistert et godt nok tilbud (Arefjord, 1994). Undersøkelsen viste videre at privatpraktiserende psykologer hadde ingen eller få eldre i sin praksis. Ingen rapporterte høyere motivasjon for å jobbe med eldre enn med yngre (Arefjord, 1994). Den eldre pasientens «fastlåste oppfatninger og vaner» var den faktoren psykologene mente oftest hemmet fremgangen i terapiforløpet, mens pasientens «livserfaring/ klokskap» ble hyppigst nevnt som behandlingsfremmende faktor (Arefjord, 1994).

## Forskningsspørsmål

Vi har undersøkt fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger til og motivasjon for å ha eldre i terapi. De spørsmålene vi ønsket besvart, var:

- Hvor stor andel av pasientene over 60 år henviser fastlegene til psykoterapi?
- Hvordan vurderer fastlegene de eksisterende tilbudene for aldersgruppen, og hva er årsaken(e) til at de eventuelt ikke henviser til psykoterapi?
- I hvilken grad tar privatpraktiserende psykologer imot eldre pasienter til førstegangssamtale, og anser dem for å kunne nyttiggjøre seg terapi?
- Hva er psykologers holdninger til og motivasjon for å jobbe med eldre, og hvilke faktorer kan tenkes å virke hemmende og fremmende i terapi med gruppen?
- Har det skjedd endringer i legers henvisningsrutiner og psykologers motivasjon for å ha eldre i terapi sammenlignet med undersøkelsen i 1994?

## Metode

Spørreundersøkelsen «Eldre og psykoterapi » ble gjennomført i mai–juni 2012. To utvalg fikk tilsendt spørreskjema. Utvalg 1 besto av 100 fastleger i Bergen kommune, tilfeldig utvalgt fra en liste over fastleger i Bergen ([www.fastleger.no](http://www.fastleger.no)). Utvalg 2 besto av 93 privatpraktiserende psykologer i Hordaland fylke med heltidspraksis. Samtlige var oppført med e-postadresser i en oversikt tilsendt fra NPF. 28 fastleger og 26 privatpraktiserende psykologer besvarte undersøkelsen. Dette utgjorde en svarrespons på 28 prosent av fastlegene og 30 prosent av psykologene.

*Prosedyre og spørreskjema.* Utvalg 1 fikk tilsendt et spørreskjema per post. I konvolutten lå følgebrev, spørreskjema og ferdig adressert og frankert konvolutt for returnering av utfylt skjema. Informantene fikk svarfrist på tre uker. Grunnet økonomiske begrensninger ble det ikke sendt ut påminnelse. Utvalg 2 mottok en e-post med en link til et nettbasert spørreskjema. Følgebrev om prosjektets hensikt og bakgrunn ble vedlagt e-posten. Informantene fikk 14 dagers svarfrist. Deretter ble det sendt ut en ny e-post med påminnelse, og ny 14 dagers svarfrist. Alle besvarelsene var anonyme. Det var ikke mulig å spore IPadresser. Prosjektet var forhåndsgodkjent av Personvernombudet for forskning.

**Tabell 1. Eldre pasienter hos fastlegene.**

| <b>Pasienter over 60 år</b>                   | <b>Sum</b> | <b>M</b> | <b>SD</b> |
|---|------------|----------|-----------|
| Prosentandel i sin praksis                    |            | 28,1     | 15,0      |
| Prosentandel vurdert som behandlingstrengende |            | 13,0     | 9,1       |
| Prosentandel aktuelle å henvise til terapi    |            | 8,3      | 8,1       |
| Antall det utgjør pr. år                      | 293        | 11,7     | 11,5      |
| Antall henvist siste år                       | 86         | 3,1      | 3,6       |
| Antall de ville henvist gitt godt nok tilbud  | 245        | 10,7     | 9,7       |

Spørsmålene i de to spørreskjemaene var basert på den ovenfor nevnte undersøkelsen gjennomført i Bergen for 19 år siden (Arefjord, 1994). Begge spørreskjemaene bestod av 12 spørsmål. Skjemaet til fastlegene omhandlet antall eldre pasienter med psykiske plager og lidelser i legepraksisen.

Legenes henvisningsrutiner og oppfatninger om de eksisterende psykoterapitilbudene ble etterspurt. Psykoterapi ble definert som enhver form for samtaleterapi/ behandling av psykiske eller psykosomatiske lidelser. Psykologene ble spurt om antall eldre pasienter i sin praksis, inntaksrutiner, kunnskap om aldring og eldre, samt deres motivasjon for å jobbe med eldre. De ble også spurt om hva de opplevde som henholdsvis fremmende og hemmende faktorer i terapi med eldre pasienter.

**Tabell 2. Eldre pasienter hos psykologene.**

| <b>Prosentandel pasienter</b> | <b>M</b> | <b>SD</b> |
|-------------------------------|----------|-----------|
| Over 60 år                    | 4,9      | 5,1       |
| Til vurdering siste md.       | 2,2      | 2,4       |
| Kan nyttiggjøre seg terapi    | 2,2      | 2,4       |
| Fått videre behandlingstilbud | 2,0      | 2,2       |
| Over 70 år                    | 0,58     | 1,3       |
| Over 80 år                    | 0,35     | 0,8       |

*Statistiske analyser.* Alle analyser ble utført ved hjelp av IBM SPSS versjon 21.0. Deskriptive statistiske analyser som frekvenstabeller ble brukt for å beskrive utvalgene. Pearsons korrelasjonskoeffisient og Pearson's  $\chi^2$  ble benyttet for å undersøke om psykologenes motivasjon for

å jobbe med eldre hadde en sammenheng med antall eldre pasienter, opplæring i terapi med eldre eller med antall år klinisk erfaring.

## Resultater

Av fastlegenes pasienter var gjennomsnittlig 28 % over 60 år. Av de eldre ble 13 % vurdert å ha en behandlingstrengende psykisk lidelse. 8 % var aktuelle for å henvise til psykoterapi. Disse 8 % var 293 pasienter, fordelt på de 25 legene som besvarte dette spørsmålet, vil det si i gjennomsnitt nærmere 12 pasienter per lege. Kun 86 pasienter, gjennomsnittlig ca. 3 pasienter per lege, var henvist til psykoterapi det siste året.

20 leger (71 %) oppga at de hadde henvist eldre til psykoterapi det siste året. Én lege oppga at det aldri hadde vært aktuelt å henvise eldre til psykoterapi. Syv fastleger (25 %) vurderte det eksisterende behandlingstilbudet til eldre som tilfredsstillende, mens 17 (61 %) mente det ikke var godt nok. Gitt et ideelt behandlingstilbud ville fastlegene viderehenvist 245 eldre, noe som tilsvarer nærmere 11 pasienter per lege. På spørsmål om hvorfor de ikke viderehenviste eldre pasienter, svarte 12 (34,3 %) fastleger at de valgte å behandle pasienten selv. 11 (31,4 %) opplevde at det ikke var et godt tilbud å henvise til. Ni (25,7 %) oppga at pasienten selv ikke etterspurte psykoterapi, og tre (8,6 %) mente tilbudet var for dyrt. Legene kunne velge flere svaralternativer.

Tabell 2 viser at 4,9 % av psykologenes pasienter var over 60 år. 0,58 % var over 70 år og 0,35 % var over 80 år gamle. To av de 26 psykologene hadde ingen pasienter over 60 år, mens 21 psykologer verken hadde pasienter over 70 år eller over 80 år. Med utgangspunkt i de siste 30 dagene hadde psykologene til sammen hatt 58 eldre pasienter til førstegangssamtale. Samtlige ble vurdert å kunne nyttiggjøre seg av psykoterapi. 53 av de 58 (91 %) fikk påfølgende tilbud om psykoterapi. Det ble gjort en frekvensanalyse av psykologenes motivasjonsgrad for å jobbe med ulike aldersgrupper. Skalaen gikk fra én (= ikke motivert) til fem (= svært motivert). Motivasjon for å jobbe med eldre fikk midterste skår ( $M=4,1$ ,  $SD=0,77$ ,  $N=26$ ). 8 av de 26 informantene (31 %) oppga å være svært motivert for å jobbe med eldre. Tre av psykologene (12 %) hadde fått opplæring i psykoterapi med eldre utover profesjonsutdanningen. Vi fant ingen signifikant sammenheng mellom psykologenes motivasjon for å jobbe med eldre og antall eldre pasienter, opplæring i terapi med eldre eller antall år klinisk erfaring.

**Tabell 3. Behandlingsfremmende og -hemmende faktorer i terapi med eldre.**

| Behandlingsfremmende faktorer         | Frekvens | %    |
|---------------------------------------|----------|------|
| Livserfaring, klokskap                | 10       | 19,2 |
| God motivasjon                        | 7        | 13,5 |
| Terapeuten viser åpenhet              | 7        | 13,5 |
| Terapeuten viser støtte, god allianse | 7        | 13,5 |
| Fokus på positiv mestring             | 4        | 7,7  |
| Terapeuten tar seg god tid            | 4        | 7,7  |
| Terapeuten viser respekt              | 3        | 5,8  |
| Realisme, verdsette små endringer     | 2        | 3,8  |
| Godt sosialt nettverk                 | 2        | 3,8  |
| Pålitelige, tar ansvar                | 2        | 3,8  |
| Psykoedukasjon                        | 2        | 3,8  |
| Sette pris på positiv oppmerksomhet   | 1        | 1,9  |
| Pasienten har god tålmodighet         | 1        | 1,9  |
| Fastlåste oppfatninger/vaner          | 8        | 29,6 |
| Fastlåste ytre rammer, resignasjon    | 3        | 11,1 |
| Intellektuell/kognitiv svekkelse      | 3        | 11,1 |
| Redusert fysisk helse                 | 2        | 7,4  |
| Motstand mot terapi                   | 2        | 7,4  |
| Fordommer hos terapeuten              | 2        | 7,4  |
| Terapeuten tar dem ikke på alvor      | 2        | 7,4  |
| Svakt sosialt nettverk                | 1        | 3,7  |
| Medisinering med psykofarmaka         | 1        | 3,7  |
| Sorg, tap                             | 1        | 3,7  |
| Lav selvforståelse                    | 1        | 3,7  |
| Mindre energi                         | 1        | 3,7  |

Tabell 3 viser hvilke faktorer psykologene oppgav som fremmende og hemmende i psykoterapi med eldre. 52 stikkord ble nevnt som behandlingsfremmende, hyppigst nevnt var den eldre pasientens «livserfaring/ klokskap». Av behandlingshemmende faktorer ble 27 stikkord nevnt. Den eldres «fastlåste oppfatninger/vaner» ble nevnt flest ganger.

## Diskusjon

Vår undersøkelse viser at få eldre pasienter med psykiske plager og lidelser henvises til psykolog. En forklaring på manglende viderehenvisning er at fastlegene opplever at det ikke eksisterer et godt nok tilbud, og i stedet behandler pasienten selv. De privatpraktiserende psykologene i vårt utvalg har få pasienter i sin praksis. De er middels motiverte for å jobbe med eldre, men eldre som kommer til førstegangssamtale, blir tilbudt terapi. Selv om psykologene rapporterer at de stort sett er positive til å ha eldre i terapi, gir de også uttrykk for velkjente stereotypier om Eldres manglende endringsvilje.

### Legene etterlyser flere tilbud

Den markante forskjellen mellom Eldres behov for viderehenvisning og det faktiske antallet henvisninger tyder på at eldre får et mangelfullt psykologisk behandlingstilbud. Rådgivning og psykologisk intervensjon anbefales som førstevalgs behandling for mildere depressive plager, og som en sentral del i behandling av angst for å forhindre tilbakefall (Helsedirektoratet, 2009; Statens helsetilsyn, 2000). Legene etterlyser flere psykoterapitilbud for eldre. Dette kan skyldes få tilbud eller at legene mangler kjennskap til de eksisterende tilbudene. Det sentrale er at pasientene ikke blir henvist.

Mangelen på viderehenvisninger kan også skyldes at legene selv opplever at de ikke har god nok kompetanse til å utrede, behandle og viderehenvise eldre med psykiske plager og lidelser (Mackenzie, Gekoski & Knox, 1999). En annen forklaring kan være stereotype oppfatninger om eldre blant legene. Stereotype oppfatninger hos helsepersonell kan føre til at ensomhet, angst og depressive plager ikke blir tatt på alvor, og at pasienten derfor ikke får riktig behandling.

### Grunner for å ikke henvise

En av de oppgitte årsakene til at fastlegene ikke henviste de eldre, var at pasienten ikke selv hadde etterspurt psykoterapi. Forskning viser imidlertid at eldre, i likhet med yngre, foretrekker psykoterapi fremfor psykofarmakabehandling ved psykiske vansker (Wetherell, Kaplan, Kallenberg, Dresselhaus, Sieber & Lang, 2004). Morgendagens eldre vil ha økt kunnskap om psykoterapi og vil etterspørre psykologisk behandling i langt større grad enn dagens eldre (Slagsvold & Solem, 2005). Helsesystemet må derfor være beredt på å ta imot denne gruppen (Slagsvold & Solem, 2005).

I vår undersøkelse behandler en tredjedel av fastlegene de eldre pasientene selv. At fastleger behandler eldre pasienter med psykofarmaka, er en kjent tendens (Kjosavik et al., 2009; Kjosavik et al., 2011). Fastleger i Norge skriver ut en større andel antidepressiver og antipsykotika



enn allmennleger i andre europeiske land. Med pasienters økende alder blir færre resepter på psykofarmaka skrevet ut av spesialister eller psykiatere, og flere skrives ut av fastleger (Kjosavik et al., 2009).

Sammenlignet med resultatene fra Arefjord (1994) sin undersøkelse viser våre funn at flere eldre pasienter ble vurdert som aktuelle for viderehenvisning og ble også henvist. Flere leger oppga at de hadde henvist eldre til terapi, og da med et høyere totalantall pasienter. Dette kan tyde på at det i dag er mer nærliggende for fastleger å vurdere psykoterapi som et behandlingsalternativ for eldre enn det var tidligere.

### **Eldre hos psykologen**

De fleste psykologene i vår undersøkelse hadde én eller flere pasienter over 60 år i behandling. Få hadde pasienter over 70 eller 80 år. I Arefjord sin undersøkelse hadde 12 av 27 psykologer ingen eldre pasienter i behandling (Arefjord, 1994). Selv om det vises en positiv utvikling siden 1994 bekrefter våre resultater det andre studier og rapporter påpeker, nemlig at eldre som gruppe er underrepresentert innenfor psykologiske helsetjenester (Forskningsrådet, 2009; Laidlaw et al, 2003; Kee, Middaugh, Redpath & Hargadon, 1998).

Få psykologer oppgav at de hadde fått opplæring i psykoterapi med eldre. Opplevelsen av manglende kunnskap og kompetanse om eldre kan føre med seg en mer negativ forventning til terapiforløpet og mindre villighet til å ha eldre pasienter i terapi (Helmes & Gee, 2003). De fleste eldre som kom inn til førstegangssamtale, fikk tilbud om påfølgende terapi. Dette kan tyde på at det ikke er personen i seg selv terapeutens negative forventninger er knyttet til, men heller stereotypier hos eldre som gruppe. De negative holdningene synes å reduseres ved bedre kjennskap til den eldre (Kite, Stockdale, Withley & Johnson, 2005).

### **Holdninger til og motivasjon for å jobbe med eldre**

Psykologene i vårt utvalg oppgav moderat motivasjon for psykoterapeutisk arbeid med eldre. De var mindre motivert for å jobbe med barn og ungdom og mer motivert for å jobbe med yngre og eldre voksne. Dette kan tyde på at våre informanter ikke er representative for den norske psykologpopulasjonen. Muligens valgte mange av psykologene som jobber med barn og unge, å la være å svare på undersøkelsen. Både kunnskap om hvilke spesialistløp norske psykologer velger, samt funn fra internasjonale studier, viser en tendens til høyere motivasjon for å arbeide med barn, unge og yngre voksne enn med eldre (Koder & Helmes, 2008).

Blant psykologene i vårt utvalg ble den eldre livserfaring/klokskap hyppigst nevnt som behandlingsfremmende faktor, noe som er i tråd med resultatene fra Arefjord (1994) sin undersøkelse. Fastlåste oppfatninger/vaner og fastlåste ytre rammer og resignasjon ble hyppigst nevnt som behandlingshemmende faktorer både i vår undersøkelse og Arefjord (1994) sin undersøkelse. Oppfatningen om at eldre er preget av fastlåste vaner og manglende endringsvilje er en stereotypi som er utbredt, og som det pekes på i ulike internasjonale studier (Wetherell et al., 2004).

### **Begrensninger ved studien**

Den lave svarprosenten i studien gjør det vanskelig å generalisere funnene fra vår undersøkelse. Lav svarprosent kan skyldes manglende interesse for eldre hos respondentene. Det kan heller ikke utelukkes at de psykologene og fastlegene som valgte å besvare spørreskjemaet, faktisk har en motivasjon for å jobbe med eldre, noe som kan føre til utvalgsskjevhet. Det er stor spredning i svarene. Undersøkelsen har en eksplorerende design, og til tross for begrensningene mener vi at resultatene gir ny og verdifull informasjon.

### **Veien videre**

Våre funn tyder på at det ikke er samsvar mellom fastlegenes etterspørsel etter psykoterapi til eldre pasienter og tilbudet gruppen får. Det er behov for styrking og tilrettelegging av dagens helsetjenester for å kunne ivareta behovene til den økende andelen av eldre i befolkningen (Daatland & Solem, 2011). Studier har vist at ubehandlet depresjon hos eldre kan øke risiko for andre lidelser som kardiovaskulær sykdom og demens (Einvik, Dammen & Omland, 2010; Saczynski et al., 2010). Å behandle psykiske lidelser hos eldre utgjør derfor også en samfunnsøkonomisk verdi og gevinst. Det trengs en satsning på psykologiske behandlingstilbud for eldre, og økt kunnskap hos fast leger og annet helsepersonell om de eksisterende tilbudene. Askøy kommune er et eksempel til etterfølgelse med sin kommunepsykologstilling øremerket for eldre fra 65 år og oppover. Uavhengig av hvilke behandlingstilbud som finnes, har helsepersonell et ansvar for å tilegne seg kunnskap om eldre med psykiske lidelser og å være seg bevisst egne negative holdninger og stereotypier i møte med eldre pasienter.

## **Konklusjon**

Denne undersøkelsen gir et bilde av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger til og motivasjon for å ha eldre i terapi. Gitt et ideelt tilbud ville fastlegene som har svart,

ha henvist 245 eldre i løpet av det siste året, ikke 86 slik de gjorde. Psykologene oppgir at de har begrenset kunnskap om eldre, og få pasienter fra denne gruppen i behandling. Våre funn bekrefter at behandlingstilbudet til eldre bør styrkes.

### Referanser

- Andreassen, K. K. (2010). Befolkningens størrelse og aldersfordeling. I E. Mørk (red.), *Seniorer i Norge 2010 (Rapport SA 120)*.
- Arefjord, K. (1994). Psykoterapi og eldre. En undersøkelse med særlig henblikk på behov, tilbud og etterspørsel. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 31, 919–924.
- Cuijpers, P., van Straten, A. & Smit, F. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of geriatric psychiatry*, 21, 1139–1149. doi: 10.1002/gps.1620
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn* (2. utg. Oslo: Fagbokforlaget.
- Dommerud, T. (2012, 25. juni). Høyre vil ha fastpsykolog. *Aftenposten*. Hentet fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/.T-gWjLWdBCg>
- Einvik, G., Dammen, T. & Omland, T. (2010). Depresjon og kardiovaskulær sykdom – er det en sammenheng? *Tidsskrift for Norsk legeförening*, 7, 729–732. doi: 10.4045/tidsskr.08.0361
- Engedal, K. (2003, april). Etter 70 er alt trist og leit. *Tidsskrift for Norsk legeförening*, 7, 914. Hentet fra <http://tidsskriftet.no/article/784475>
- Fiske, A., Wetherell, J. L. & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual review of clinical psychology*, 5, 363–389. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621
- Forskningsrådet (2009). Evaluering av opptrappingsplanen for psykisk helse (2001–2009). Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringenes delprosjekter. Oslo: Forskningsrådet.
- Helmes, E. & Gee, S. (2003). Attitudes of Australian therapists toward older clients: Educational and training imperatives. *Educational gerontology*, 29, 657–670. doi: 10.1080/03601270390225640
- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011). *Flere psykologer til kommunene* (Pressemelding, nr. 30/2011). Hentet fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressemeldinger/pressemeldinger/2011/f...>

- Ingebretsen, R. & Solem, P. E. (1998). Death, dying, and bereavement. I I. H. Nordhus, G. R. VandenBos, S. Berg & P. Fromholt (red.), *Clinical geropsychology* (s. 177–183). Washington: American Psychology Association.
- Kann, I. C., Biørn, E. & Lurås, H. (2010). Competition in general practice: Prescriptions to the elderly in a list patient system. *Journal of Health Economics* 29, 751–764. doi: 10.1016/j.jhealeco.2010.07.004
- Kee, W. G., Middaugh, S. J., Redpath, S. & Hargadon, R. (1998). Age as a factor in admission to chronic pain rehabilitation. *Clinical Journal of Pain*, 14, 121–128.
- Kite, M. E., Stockdale, G. D., Withley, B. E. & Johnson, B. T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analysis. *Journal of social issues*, 2, 241–266. doi: 10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x
- Kjosavik, S. R., Hunnskaar, S., Aarsland, D. & Ruths, S. (2011). Initial prescription of antipsychotics and antidepressants in general practice and specialist care in Norway. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 123, 459–465. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01697.x
- Kjosavik, S. R., Ruths, S. & Hunnskaar, S. (2009). Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiology and drug safety*, 18, 572–578. doi: 10.1002/pds.1756
- Koder, D. A. & Helmes, E. (2008). Predictors of working with older adults in an Australian psychologist sample: Revisiting the influence of contact. *Professional psychology research and practice*, 39, 276–282. doi: 10.1037/0735-7028.39.3.276
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., Gallagher-Thompson, D. & Dick-Siskin, L. (2003). *Cognitive behaviour therapy with older people*. England: John Wiley & Sons.
- Langballe, E. M. & Evensen, M. (2011). *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Lunde, L.-H. (2012). *Alder ingen hindring. Vekst og utvikling hele livet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lunde, L. H., Pallesen, S. & Nordhus, I. H. (2009). The effectiveness of cognitive and behavioral treatment of chronic pain in the elderly: a quantitative review. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 16, 254–262. doi: 10.1007/s10880-009-9162-y
- Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L. & Knox, V. J. (1999). Do family physicians treat older patients with mental disorders differently from younger patients? *Canadian family physicians*, 45, 1219–1224. Hentet fra <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2328562/?page=1>

- Nordhus, I. H. & Pallesen, S. (2003). Psychological treatment of late-life anxiety: An empirical review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 71, 643–651. doi: 10.1037/0022-006X.71.4.643
- Saczynski, J. S., Beiser, A., Seshadri, S., Auerbach, S., Wolf, P. A. & Au, R. (2010). Depressive symptoms and risk of dementia. The Framingham Heart Study. *Neurology*, 75, 35–41.
- Slagsvold, B. & Solem, P. E. (red.) (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.
- Statens helsetilsyn (2000). *Angstlidelser – kliniske retningslinjer for utredning og behandling*. (Rapport 4–99). Oslo: Statens helsetilsyn.
- St.prp nr 63 (1997–1998) (1998). Opptappingsplan for psykisk helse, 1999–2006. *Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Wetherell, J. L., Kaplan, R. M., Kallenberg, G., Dresselhaus, T. R., Sieber, W. J. & Lang, A. J. (2004). Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. *International journal of psychiatry in medicine*, 34, 219–233. doi: 10.2190/QA7Y-TX1YWM45-KGV7
- Wolitzky-Taylor, K. B., Castriotta, N., Lenze, E. J., Stanley, M. A. & Craske, M. G. (2010). Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression and anxiety*, 2, 190–211. doi: 10.1002/da.20653