# Morgendagens eldre

# Betydningen av økt utdanning for mental helse

Bildet av mental helse og helseproblemer vil trolig endres blant kommende generasjoner av eldre som følge av at langt flere vil ha høyere utdanning. I sær vil dette gjelde eldre kvinner.

**TEKST**
**Britt Slagsvold**
**Thomas Hansen**

**PUBLISERT** 3. januar 2017

**ABSTRACT:**
**Future elderly with higher education – some consequences for mental health**
Future cohorts of older people, and especially women, will be much better educated than elderly today. This may lead to shifts in the mentality, values, preferences and competencies among future elderly. The aim of this paper is to elucidate mental health implications of increased education among tomorrow's elderly. We highlight three psychological aspects that may change in future cohorts of elderly as a consequence of higher education: Sense of control, depressive symptoms and alcohol consumption. We use data from the large Norwegian study of Life-course, Ageing and Generation. The findings suggest that sense of control will be stronger, depressive symptoms will be less frequent, and alcohol consumption will be higher.

Key words: alcohol, personal mastery, depression, education, future elderly

I løpet av de neste 30 årene vil andelen av befolkningen som er 70 år eller mer, dobles (SSB, 2014). Det betyr trolig at psykologer oftere vil møte eldre i sin praksis. Dessuten vil morgendagens eldre, som gruppe betraktet, til dels være forskjellig fra dagens eldre på mange områder. Ser vi på utviklingen, blir eldre en stadig mer ressurssterk gruppe. De får bedre økonomi (Epland & Mørk, 2010), høyere levealder (SSB, 2014), og flere opprettholder funksjon og selvstendighet i høyere alder (Vos, Barber, Bell, Bertozzi-Villa, Biryukov, Bolliger, & Duan, 2015). Også familiemønstre og familiestruktur er i endring, kjønnsroller blir likere, med økt levealder lever flere i fire- og fem-generasjonsfamilier (Herlofson, 2015), det blir vanligere med brutte og nye parforhold både blant eldre selv og deres barn og barnebarn, og flere, særlig blant menn, har ikke barn (Jensen & Østby, 2014). Andelen som bor alene, vil trolig synke, først og fremst fordi forskjeller i menns og kvinners levealder reduseres (Keilman & Christiansen, 2010).

«Gitt høyere utdanning blant morgendagens eldre vil de trolig ha betydelig sterkere forventninger om å styre sitt eget liv enn eldre har hatt til nå.»

En viktig «driver» bak endringer i eldrebefolkningen er økt utdanning (Lesthaeghe, 2010). Utdanningsnivået har steget gjennom mange tiår og vil stige enda brattere i årene som kommer, og særlig gjelder dette for kvinner. Andelen kvinner med høyere utdanning er tre ganger så høy blant 40-åringer (46 %) som blant de over 67 år (16 %). For menn er tilsvarende forskjell mindre (34 % og 24 %) (ssb.no/statistikkbanken). Høyere utdanning vil med andre ord prege morgendagens eldre.

Som antydet har utdanning brede ringvirkninger i individers liv. Høy utdanning øker sjansen for å få god jobb og økonomi, men er også knyttet til andre gevinster, som bedre helsevaner (Mirowsky & Ross, 2015) og bedre fysisk (Krogstad, Kunst & Westin, 2002) og psykisk helse (von dem Knesebeck, Pattyn & Bracke, 2011). Utdanning preger også livsstil, preferanser og verdier (Easterbrook, Kuppens & Mannstead 2016; Strand, 2006), selvbilde og kjønnsroller (Slagsvold & Hansen, 2012) og styrker psykologiske ressurser (Mirowsky & Ross, 2007).

I denne artikkelen belyser vi hvordan økt utdanning i eldrebefolkningen kan få betydning for psykisk helse blant morgendagens eldre. Det er et tema som, så langt, har fått liten oppmerksomhet i aldersforskningen. Vi konsentrerer oss om utdanningens betydning for tre områder: opplevelse av mestring, depressive symptomer og alkoholkonsum. Mestring, i betydningen å oppleve kontroll over eget liv, er en faktor som beskytter mot psykiske problemer. Depresjon eller depressive symptomer er den mest utbredte psykiske plagen i befolkningen, også blant eldre. Høyt alkoholkonsum er nær knyttet til mental helse, og forekomsten er økende i eldrebefolkningen. Artikkelen omhandler endringer i disse forhold i eldrebefolkningen og utdanningens rolle som årsak til endringene. Artikkelen bygger i hovedsak på funn fra den landsdekkende norske panelstudien om livsløp, aldring og generasjon – NorLAG. En del av de konkrete funnene vi presenterer, bygger på funn publisert tidligere (referanser angitt i teksten), men her knyttes funnene til utdanningsendringer og morgendagens eldre.

## Utvalg og metode

### NorLAG-studien

Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon – NorLAG – er en longitudinell studie som inneholder rike data om eldre og aldring. Inntil nylig har kunnskap om aldring og eldre i stor grad vært basert på longitudinelle studier fra andre vestlige land enn Norge. Man kan imidlertid ikke uten videre generalisere funn fra disse til norske forhold fordi norsk samfunn og kultur er annerledes på sentrale områder. Blant annet

har norske eldre større økonomisk trygghet, bedre helse- og velferdsordninger, mindre sosial ulikhet og mer kjønnslikestilling.

## «Eldre blir en stadig mer ressurssterk gruppe»

Data ble første gang samlet i 2002–2003 fra et utvalg på 5559 personer over 40 år (svarprosent: 67). Andre gangs datainnsamling skjedde i 2007–2008. Da ble data innhentet fra i alt 3774 personer (svarprosent: 72). I tillegg ble utvalget utvidet til omtrent 15 000 personer som dekker hele voksenlivet, 18–79 år. I denne runden ble studien harmonisert med en stor internasjonal studie, Generations and Gender Study (GGS), og man fikk således komparative data. Data samles for tredje gang i 2016–2017. Data er innhentet av Statistisk sentralbyrå gjennom telefonintervju og postalt spørreskjema, og er koblet til registerdata om blant annet inntekt og formue, arbeidsforhold, familiehistorie og utdanningshistorie. I internasjonal sammenheng er NorLAG unik ved at den også inneholder mange psykologiske mål, blant annet etablerte skalaer om livskvalitet, affekt, depresjon, angst, selvfølelse, mestring og personlighet. Som vanlig i surveystudier består utvalget av hjemmeboende personer, og omfatter dermed ikke dem som er svært hjelpetrengende (for nærmere beskrivelse av NorLAG, se Slagsvold et al., 2012, og http://norlag.nova.no).

### Sentrale mål

Opplevelse av kontroll, eller mestring, er målt med The Personal Mastery Scale (Pearlin & Schooler, 1978), som består av 7 spørsmål. Bem's Sex-Role Inventory (Bem, 1981) er et mål på kjønnsroller. Vi bruker seks ledd fra skalaen som er ment å måle «maskulinitet», men kaller dimensjonen «handlekraftig selvbilde» («self-efficacy», «agentic orientation», se Slagsvold & Sørensen, 2008).

Depressive symptomer er målt ved Centre for Epidemiological Studies-Depression Scale (CES-D) (Radloff, 1977), som består av 20 ledd. I tråd med andre studier bruker vi en grenseverdi på 16 eller mer som indikasjon på depressive symptomer som er så vidt plagsomme at de representerer psykiske helseproblemer.

Alkoholkonsum er målt ved spørsmålet «Tenk på ditt alkoholforbruk de siste 12 måneder. Omtrent hvor ofte har du … drukket minst en mengde som tilsvarer enten 2 halvliter pils eller ½ flaske vin eller 3 drinker brennevin». Som «høyt» konsum regnes minst en halv flaske vin (eller 2 halvliter pils eller 3 drinker brennevin) minst 2–3 ganger i uken. Selv om man ikke kan anta at de som drikker denne mengden, er i faresonen for å utvikle alkoholproblemer, er det allikevel blant disse man vil finne dem som kan utvikle problemer. Det er en sterk underrapportering av alkoholkonsum i spørreundersøkelser, og især blant dem som drikker mest (Feunekes, van't Veer, van Staveren & Kok, 1999). Det er derfor mønsteret i drikkevaner, mer enn det absolutte forbruket, man kan si noe om ut fra selvrapportering.

### Økt forventning om å påvirke eget liv

Opplevelse av kontroll går under ulike begreper i litteraturen, blant annet mestring, «locus of control» eller negasjonen «lært hjelpeløshet» eller «alienation». De ulike begrepene dekker imidlertid samme fenomen, nemlig personers antagelser om innflytelse på det som skjer i deres verden (Slagsvold & Sørensen, 2008). Kontrollopplevelse har brede konsekvenser for individers liv. Opplevd kontroll er blant annet knyttet til fysisk og mental helse (Ward, 2013), livskvalitet og tilfredshet (Lachman & Agrigoraie, 2012) og stressreaksjoner i dagliglivet (Neupert, Almeida & Charles, 2007), og det modererer effekten av bekymringsfull økonomi på helse og livskvalitet (Lachman & Weaver, 1998; Pudrovska, Schieman, Pearlin, & Nguyen 2005). Den sterkeste støtten for betydningen av opplevd kontroll i eldre år kommer fra longitudinelle studier der man finner at kontrollopplevelse predikerer helse, funksjonstap og dødelighet over lange tidsrom (bl.a. Infurna, Ram & Gerstorf, 2013). Med data fra NorLAG har vi sett nærmere på betydningen av utdanning for kontrollopplevelse.

## Utdanningens rolle

I NorLAG finner Slagsvold og Sørensen (2008) en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og opplevelse av kontroll, både blant kvinner og menn. Dette er vist i mange andre studier, men hva forklarer denne sammenhengen? Data fra NorLAG viser at det dels forklares av forskjeller i konkrete ressurser som yrkesaktivitet, ledererfaring og helse. Utdanning gir tilgang til ressurser som så igjen synes å styrke kontrollopplevelsen. Variasjon i ressurser forklarer imidlertid ikke hele sammenhengen mellom utdanning og kontrollopplevelse. En hypotese kan være at utdanning også styrker kontrollopplevelse ved å mer generelt forme individets selvbilde og væremåter, slik Hyman og Wright (1979, s. 61) mente å finne for mange tiår siden: «Education is an important force … in molding character as well as intellect.» Gjennom utdanning lærer man å løse problemer, utvikle evner og ideer, finne og bruke informasjon, tenke logisk og rasjonelt, legge planer og gjennomføre dem. Det er væremåter som kan bli internalisert og del av personens selvbilde. Når vi inkluderer både ressurser og et mål på handlekraftig selvbilde («self-efficacy») i analysene, forklares hele sammenhengen mellom utdanning og kontrollopplevelse (Slagsvold & Sørensen, 2008). Sagt med andre ord synes utdanning å bidra til sterkere opplevelse av kontroll både ved at det styrker individets ressurser i vid forstand, og ved at det former individets væremåter i retning av mer generell handlekraftighet. Gitt høyere utdanning blant morgendagens eldre vil de trolig ha betydelig sterkere forventninger om å styre sitt eget liv enn eldre har hatt til nå. Særlig vil forskjellen bli stor blant kvinner fordi utdanningsøkningen blant dem er sterkest.

## Redusert kontrollopplevelse i sen alderdom

Med tverrsnittsdata finner vi i NorLAG, som i utallige andre studier, en klar sammenheng mellom alder og kontrollopplevelse; blant middelaldrende er opplevelsen av kontroll sterkere enn blant eldre. Denne aldersforskjellen kan skyldes kohortforskjeller – blant annet at flere yngre enn eldre har høy utdanning. Den kan

imidlertid også skyldes en aldringseffekt, nemlig at kontrollopplevelse synker i eldre år. For å skille mellom disse to typer effekter må man ha longitudinelle data, og så langt finnes det få slike studier. Med longitudinelle data fra NorLAG finner vi at aldersforskjeller i opplevelse av kontroll først og fremst kan tilskrives utdanningsforskjeller – det vil si kohortforskjeller (Slagsvold & Sørensen, 2008). Data peker imidlertid også mot en aldringseffekt, men bare for de aller eldste (Slagsvold & Sørensen, 2013). Når vi følger personer over fem år, er det svært liten, eller ingen, endring i nivået på kontrollopplevelse helt opp i høy alder. Blant de aller eldste i utvalget, som var over 80 år ved andre runde med datainnsamling, finner vi imidlertid reduksjon i kontrollopplevelse, uavhengig av utdanning. Aldringseffekten synes med andre ord å inntre først i svært høy alder, og det er nærliggende å se denne reduksjonen som uttrykk for realisme. Å ikke forvente kontroll over situasjoner man slett ikke kan kontrollere, kan også være en form for tilpasning, som kan være gunstig for mental helse (Heckhausen & Schulz, 1995).

**«Depressive plager blant de med høy utdanning kan i større grad være en reaksjon på tap, mens depressive symptomer blant dem med lav utdanning kan være knyttet til en mer varig livssituasjon»**

To amerikanske longitudinelle studier om aldersendringer i opplevelse av kontroll (Lachman, 2009; Mirowsky & Ross, 2007) viser at opplevelsen av kontroll blir redusert allerede fra 60 års alder – omtrent 15 år tidligere enn vi finner i NorLAG. Vi kan bare spekulere om årsaker til disse forskjellene, men en nærliggende hypotese er at eldre i Norge opplever større trygghet og forutsigbarhet på grunn av mer sjenerøse velferdstjenester og pensjoner, noe som kan bidra til at opplevelsen av kontroll opprettholdes lenger enn i USA.

### Færre deprimerte, men flere klienter?

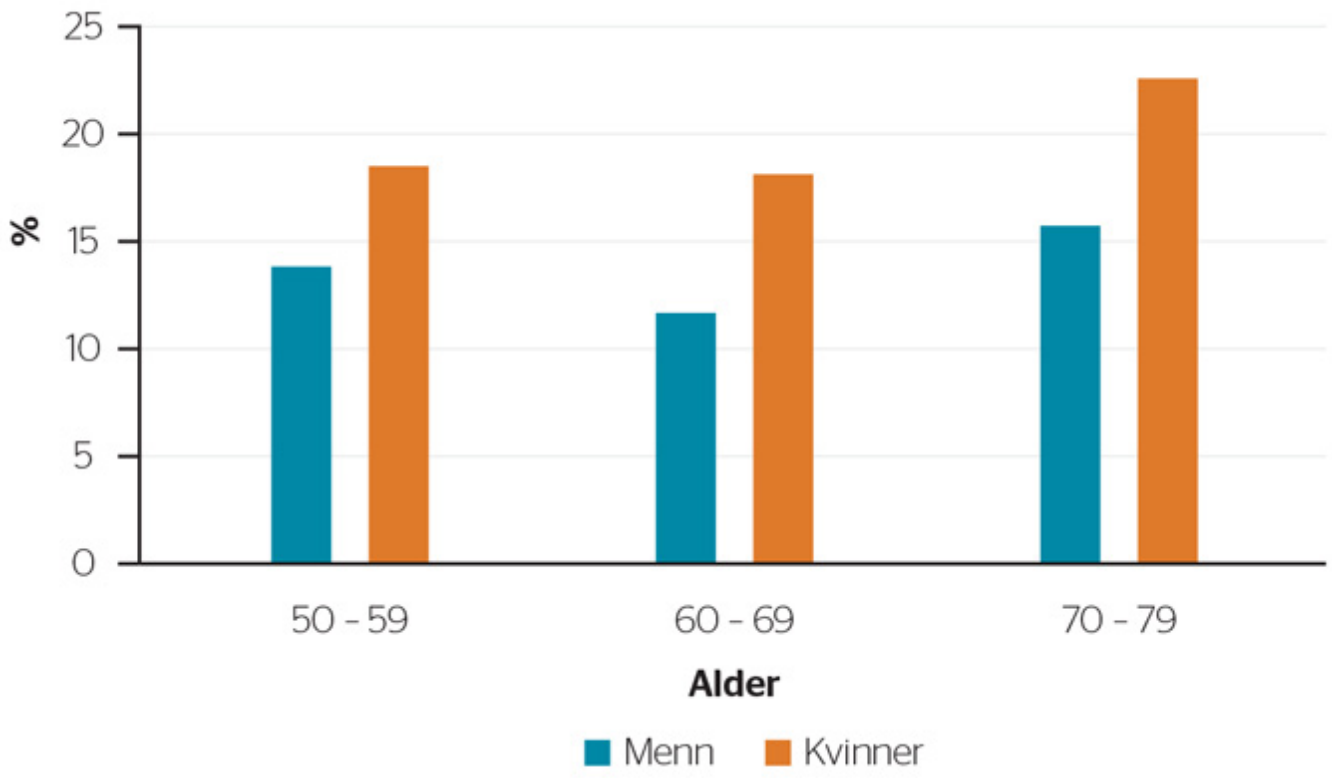
Depresjon er den mest utbredte psykiske lidelsen i befolkningen (Mathers & Loncar, 2006). Utallige studier viser at depresjon er knyttet til lav sosioøkonomisk status – ikke minst til lav utdanning – og at flere kvinner enn menn lider av depresjon (Bjelland et al., 2008; Kamiya et al., 2013; Miech & Shanahan, 2000). Disse mønstrene finner vi også i NorLAG (Hansen & Slagsvold, 2012).

Anslagene på hvor utbredt depressive symptomer er blant eldre, varierer i ulike utenlandske studier, dels avhengig av utvalg og mål på depressive symptomer, og er anslått å ligge et sted mellom 10 og 25 % (Blazer, 2002). Funn fra ulike land varierer imidlertid svært mye, og andelen eldre med depressive symptomer, slik de måles med screening-skalaer, er langt lavere i Skandinavia enn i Sør- og Øst-Europa (Hansen,

Slagsvold & Veenstra, 2016). Her ser vi på utbredelse av depressive symptomer i ulike aldersgrupper, om tap og livssituasjon kan forklare aldersforskjeller i depressive symptomer, og om sammenhengen mellom utdanning og depresjon varierer med alder.

### Aldersforskjeller i depressive symptomer

Vi finner at utbredelse av depressive plager er på omtrent samme nivå fra 50 til 70 års alder; 12–14 % blant menn og 18 % blant kvinner (figur 1). Blant personer over 70 år er andelen høyere: 16 % blant menn og 23 % blant kvinner. Depressive symptomer er altså mest utbredt blant de eldste, og mer vanlig blant kvinner enn blant menn. Mønsteret samsvarer med analyser av NorLAG paneldata, som viser høy grad av stabilitet, men noe tegn til økte depressive symptomer blant personer over 75 år (Hansen & Slagsvold, 2012).




FIGUR 1. Andel ( %) med depressive symptomer etter kjønn og alder. NorLAG2.

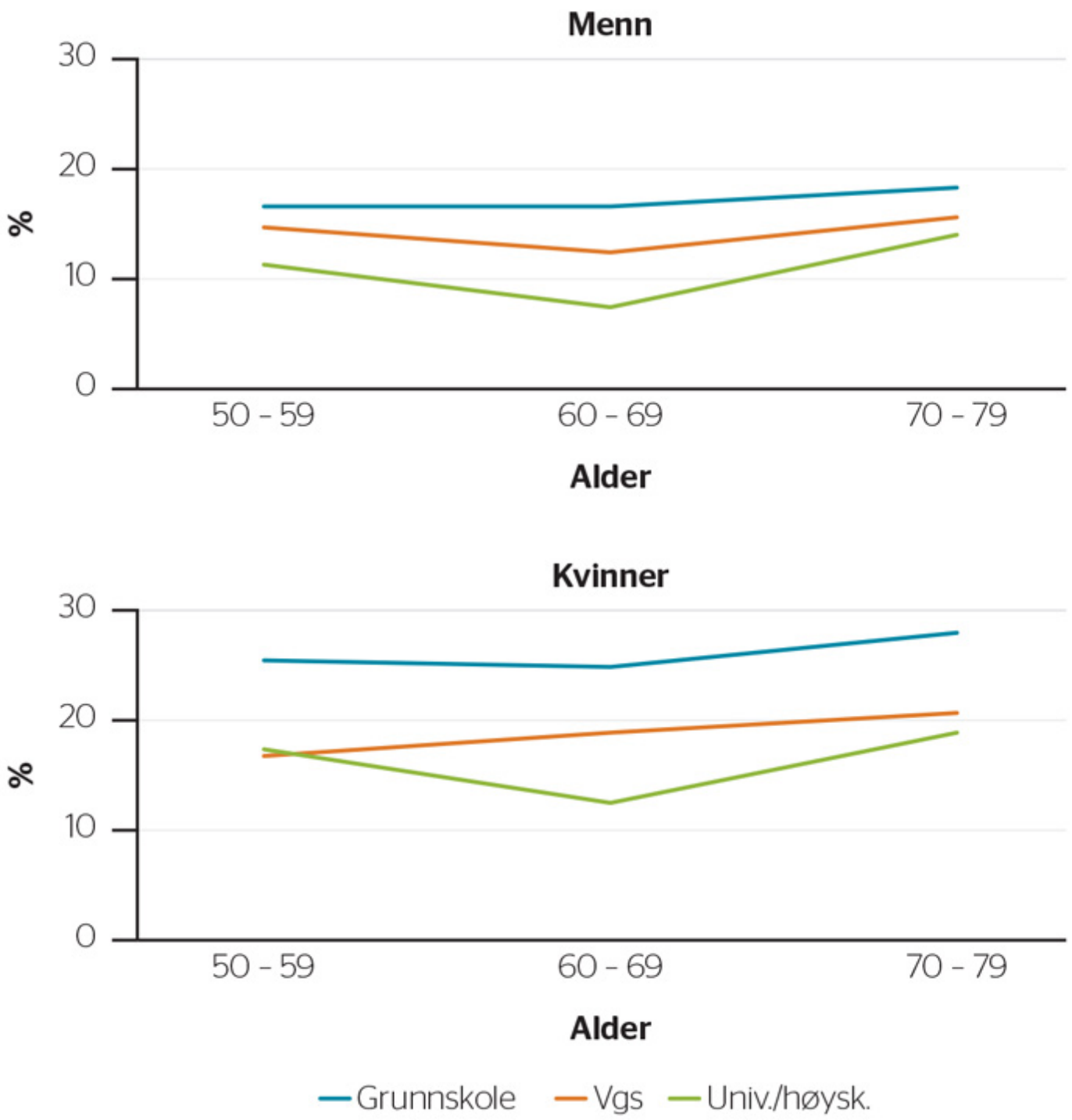
Depressive plager blant hjemmeboende eldre synes med andre ord å bli vanligere først når man har rundet 70 år. Men anvender vi en høyere (strengere) grenseverdi for depressive plager, finner vi at ulikheter mellom aldersgrupper blir borte. Det er med andre ord først og fremst mer moderate depressive plager som synes å være vanligere i høyere aldersgrupper.

Det er imidlertid viktig å huske at i surveystudier som NorLAG vil andelen med depressive plager underestimeres fordi deltagelsen er lavere blant dem med dårligst helse, både fysisk og psykisk. Men tross et utvalg av de mest ressurssterke eldre, de som bor hjemme, har altså omtrent en av fem betydelige depressive plager.

Hva forklarer aldersforskjellene? Mot slutten av livet øker sjansen for ulike typer tap – av helse, partner, venner. Noen opplever pensjonering som et tap av meningsfulle aktiviteter, og noen opplever reduksjon i levestandard og økonomi. I hvor stor grad kan depressive symptomer i alderdommen forklares av tap og forringet livssituasjon? I NorLAG finner vi, kort sagt, at forskjellene mellom de eldste og de yngre forklares fullstendig av aldersrelaterte tap, og fremfor alt av redusert helse (Clausen & Slagsvold, 2005; Hansen & Slagsvold, 2012). Gitt samme helse, sosiale nettverk og ekteskapelig status synes ikke eldre mer tilbøyelige til å ha depressive symptomer enn yngre. Men alderdom er ofte preget av tap, og til forskjell fra i yngre år er alderdommens tap vanskeligere å erstatte.

### Varierer utbredelse av depressive symptomer med utdanning i forskjellige aldersgrupper?

Sammenhengen mellom utdanning og depressive plager er godt etablert i forskning, men finner man samme mønster i forskjellige aldersgrupper? I alle aldersgrupper finner vi at depressive plager er mest utbredt blant dem med minst utdanning (figur 2). Men vi finner også at det er særlig blant dem med høyest utdanning at depressive symptomer er markant høyere i høy alder. Det kan peke i retning av at depressive plager blant dem med høy utdanning i større grad kan være en reaksjon på tap, mens depressive symptomer blant dem med lav utdanning kan være knyttet til en mer varig livssituasjon.




FIGUR 2. Andel ( %) med depressive symptomer etter utdanning og alder. Menn og kvinner i NorLAG2.

Vi finner også at utdanningsforskjellene er større for kvinner enn for menn, først og fremst ved at depressive plager er langt mer utbredt blant kvinner i den laveste utdanningsgruppen. Blant kvinner 60–69 år med grunnskoleutdanning har 25 % depressive plager, mot 12 % blant dem med universitets- og høgskoleutdanning. Blant menn er andelen henholdsvis 16 og 7.

I NorLAG finner vi altså at blant dem over 60 år er andelen med depressive symptomer omtrent dobbelt så høy i den laveste utdanningsgruppen sammenlignet med den høyeste (Hansen et al., 2016). I den grad utdanning, direkte eller indirekte, påvirker

depressive symptomer, kan det peke i retning av færre eldre med depressive plager i fremtiden. Og gitt at utdanningsnivået øker, særlig blant eldre kvinner, kan det gi grunn til optimisme.

**«Blant kvinner 60–69 år med grunnskoleutdanning har 25 % depressive plager, mot 12 % blant dem med universitets- og høgskoleutdanning»**

Samtidig synes høyt utdannede å være mer tilbøyelig til å søke profesjonell hjelp når livet blir tungt, kanskje også mer tilbøyelig til å tolke motløshet og kraftløshet som noe som kan avhjelpes. En indikasjon på at terskelen for å oppsøke hjelp kan bli lavere, er at blant dem med depressive symptomer er det flere blant morgendagens enn blant dagens eldre, og flere med høy enn lav utdanning, som har vært hos psykolog siste året (21 % av 40-åringene og 7 % av 70-åringene, og 9 % av dem med grunnskoleutdanning, mot 15–16 % av dem med høyere utdanning).

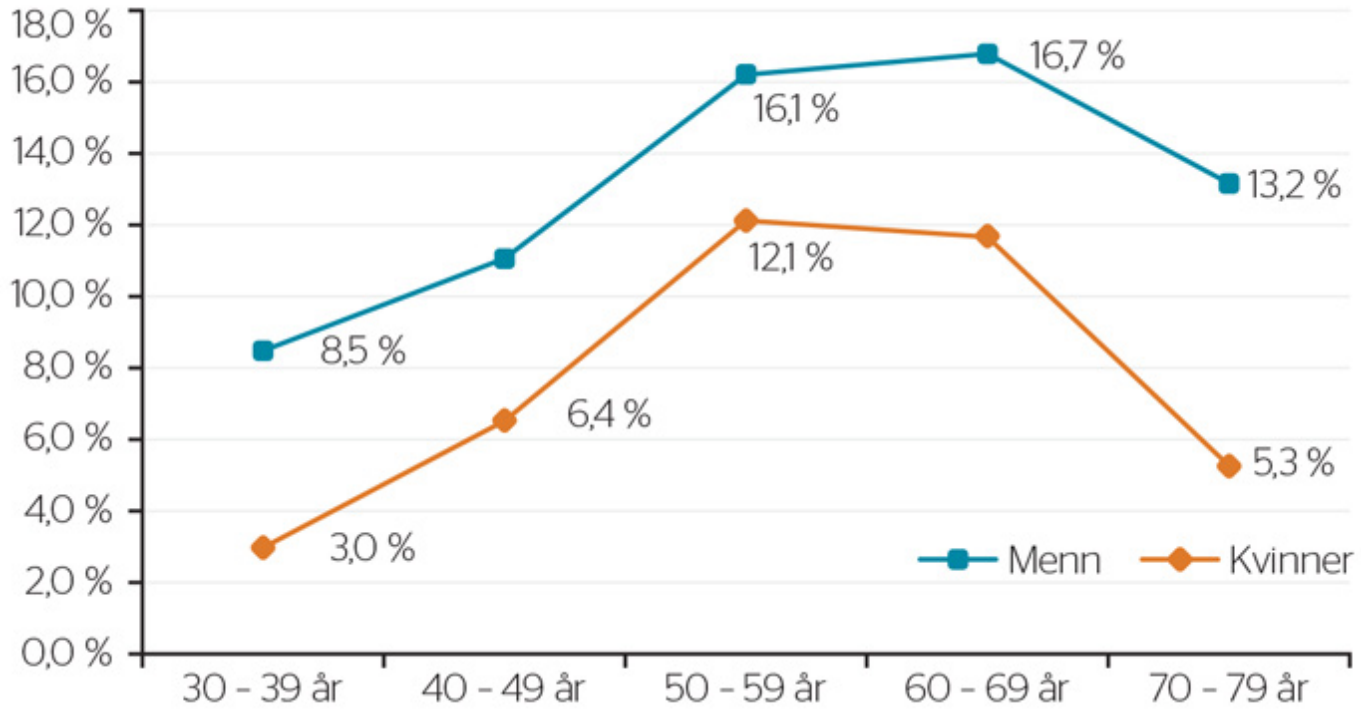
### Økt alkoholkonsum

Alkoholkonsum er knyttet til utdanning. Blant dem med høyere utdanning drikkes det mer alkohol. Det gjelder både kvinner og menn (Løset & Slagsvold, 2013; Strand & Steiro, 2003). Det er imidlertid mange forhold som kan påvirke alkoholkonsum, forhold som blir vanligere i samfunnet, og som indirekte er knyttet til utdanning. Urbanisering er ett slikt utviklingstrekk. I NorLAG finner vi at blant kvinner som bor i storbyer, har langt flere «høyt» forbruk sammenlignet med dem som bor i spredtbygde strøk, mens det bare er ubetydelige forskjeller blant menn (Clausen, Valset, Blekesaune & Romøren, 2005). Et annet utviklingstrekk er verdiendringer. I NorLAG finner vi at verdiorienteringer synes å bli mer individualistiske og mindre kollektivistiske i den forstand at verdier om selvrealisering, nytelse og selvhevdelse blir mer fremtredende, mens kollektivistiske verdier om å innordne seg andre, være beskjeden og ikke stikke seg ut blir mindre utbredt (Slagsvold, 2004). Folk med høy utdanning tenderer til å ha mer individualistiske og mindre kollektivistiske verdier, og vi finner i NorLAG at slike verdier også er knyttet til alkoholkonsum (Løset & Slagsvold, 2013).

### Store aldersforskjeller i alkoholkonsum

Frem til nylig har det vært nokså liten oppmerksomhet om alkoholproblemer blant eldre (Hausken, 2012), og lite kunnskap om det fra store, representative utvalg. Om vi ser på andelen som drikker «mye» (minst en halv flaske vin 2–3 ganger i uken eller oftere), finner vi flest i aldersgruppen 50–70 år (figur 3). Mønstret er det samme for menn som for kvinner – men det er flere menn enn kvinner som drikker tilsvarende denne mengden. I aldersgruppen 50–69 drikker 12 % av kvinnene «mye», det er fire

ganger så mange som blant 20 år yngre kvinner – det vil si i deres døtres generasjon. For menn er forskjellen mellom aldersgrupper mindre.

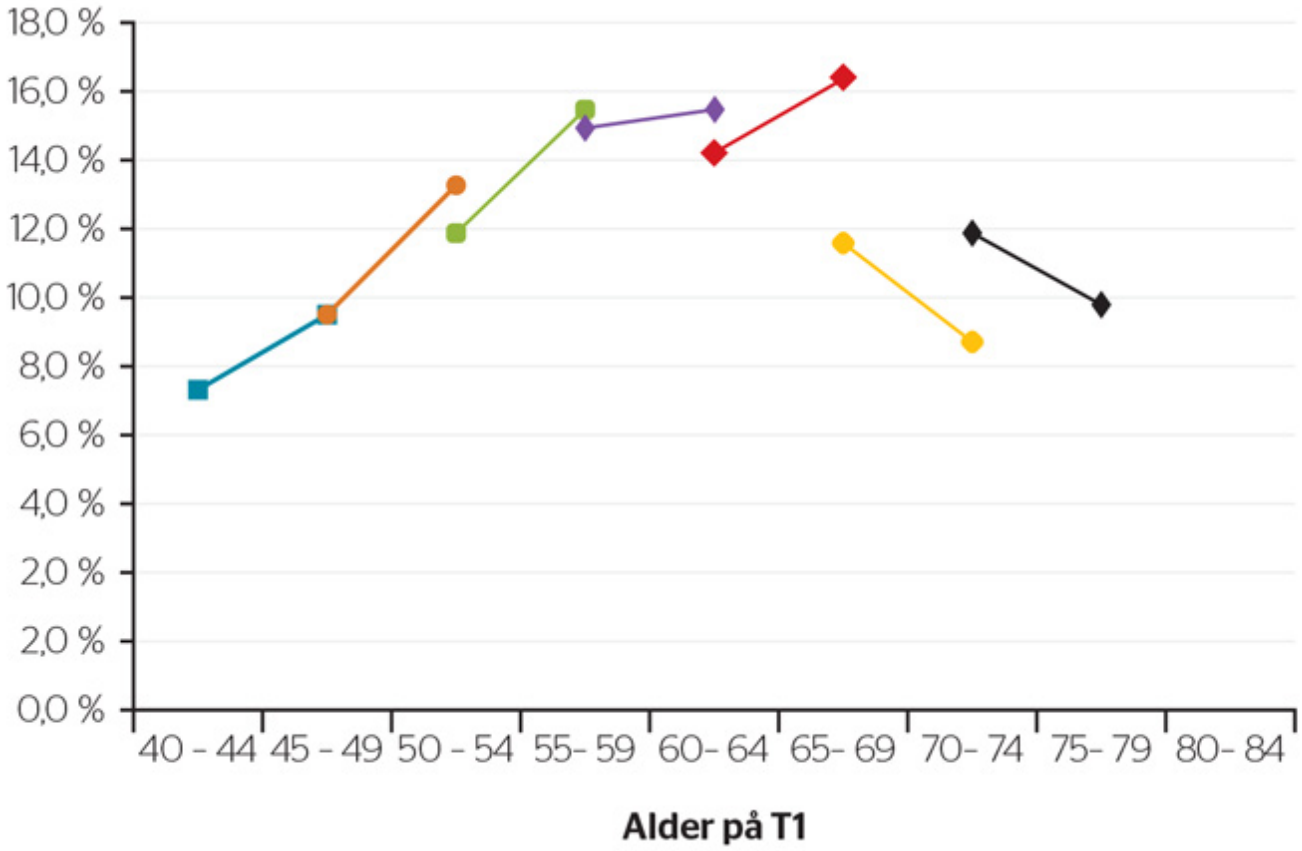



FIGUR 3. Andel som drikker minst en halv flaske vin (eller tilsvarende) 2-3 ganger i uken eller oftere etter kjønn og alder.

Blant dem over 70 år er andelen med høyt forbruk lavere, noe som blant annet skyldes at helseproblemer blir mer vanlig da, og at man i disse eldste generasjonene finner flest som er totalavholdende.

### Alkoholkonsum øker jevnt frem til 70-årene

Når eldre har så vidt mye høyere alkoholforbruk enn yngre, så kan det skyldes at man øker forbruket i eldre år, men det kan også skyldes kohortforskjeller – at dagens eldre har lagt seg til et høyere forbruk tidligere i livet som de har brakt med inn i eldre år. Om vi sammenligner endringer i alkoholkonsum over en femårsperiode, finner vi at alle aldersgrupper øker andelen med høyt alkoholforbruk frem til 70 år (figur 4).




FIGUR 4. Endringer i andel ( %) med «høyt» forbruk mellom 2002/2003 og 2007/2008 i alderen 40–79 år.

I den yngste aldersgruppen, 40–45 år, er andelen med høyt forbruk 9 % ved første intervju, når disse er blitt fem år eldre, er andelen blant de samme personene økt til 12 %. Omtrent tilsvarende økende andeler finner vi for alle femårsgruppene. Mønstret er det samme for menn og kvinner. Andelen som drikker «mye», synes med andre ord å øke nokså jevnt inntil 70 års alder, og det er blant dem med høy utdanning vi finner flest som går over fra «moderat» til «høyt» forbruk over femårsperioden vi har studert (Løset & Slagsvold, 2013).

## Avsluttende kommentarer

Morgendagens eldre vil på flere måter bli en annen gruppe enn vi har vært vant til å tenke på. De vil være mer ressurssterke enn tidligere generasjoner, ha en noe annen mentalitet og livsstil og noe andre forventninger. Mange av disse endringene er, direkte eller indirekte, knyttet til høyere utdanningsnivå blant eldre, og særlig vil endringene være store for kvinner. Vi har sett på tre forhold knyttet til psykisk helse og utdanning. De peker i retning av at flere blant morgendagens eldre vil ha sterkere forventninger om kontroll, færre vil ha depressive plager, og flere kan få alkoholrelaterte problemer. Dessuten kan økt utdanning bidra til at terskelen blir lavere for å søke profesjonell hjelp for psykiske plager.

Tegner vi et litt større bilde, kan det være at morgendagens eldre i større grad vil ligne på dagens middelaldrende, ikke bare ved at mange vil være like ressurssterke, men også

ved at deres forventninger og aspirasjoner kan bli likere. Parallelt med økt utdanning i den eldre befolkningen er også forestillinger om og forventninger til pensjonisttilværelsen, eller «den tredje alder», i endring (Laslett, 1991). Denne livsfasen har for stadig flere blitt en tid for å realisere ønsker og drømmer. Bildet av den vellykkede eldre er langt på vei blitt en som er vital og handlekraftig. Blant aldersforskere har disse nye forestillingene om pensjonisttilværelsen fått mye oppmerksomhet (bl.a. Featherstone & Hepworth, 1989; Higgs, 2011). Blant annet peker forskerne på at samtidig som disse nye holdningene motvirker negative oppfatninger om eldre som passive og tilbaketrukne, er disse holdningene også aldersdiskriminerende ved å fornekte naturlig svekkelse i livets sluttfase (Marshall & Rahman, 2014).

Disse nye forestillingene om vellykket aldring – som en fortsettelse av middelalderens levesett og idealer, men med frihet fra forpliktelser som i ungdommen, kan i seg selv by på psykiske utfordringer. Ett forhold er at det krever ressurser å leve opp til forestillinger om vellykket aldring; spriket mellom ambisjoner og kapasitet kan skape grobunn for psykiske problemer. Et annet forhold er at dyrking av vitalitet og handlekraft kan skape angst for den alderdom og reduksjon som uvegerlig kommer for de fleste. Å bli gammel og svekket kan bli omtrent det samme som å mislykkes (Danielsen & Slagsvold, 2008).

Etterspørselen etter psykologhjelp fra eldre vil ganske sikkert øke betydelig i årene som kommer, selv om eldre blir mer ressurssterke, og det kan bli relativt færre eldre med depressive plager. Det økende antall eldre vil i seg selv bidra til det. Kommende generasjoner av eldre kan dessuten ha en lavere terskel for å oppsøke psykologisk hjelp og bistand, både fordi de har mer kunnskap om at hjelp finnes, og fordi de har høyere forventninger til hva denne livsfasen skal inneholde. Noen vil ha alvorlige plager, som depresjoner og alkoholproblemer, men i tråd med forestillinger om «den tredje alder» og om den tredje alder som «livets dessert», vil trolig også flere ønske hjelp til å leve et «fullere og rikere» liv. Legger vi til behovet for psykologhjelp blant dem i «den fjerde alder», de som opplever funksjonstap og kognitiv svikt, enten selv eller hos nære pårørende, synes det klart at etterspørsel etter psykologhjelp for dem i siste del av livet vil øke i årene som kommer.

## Konklusjon

Konsekvenser av økt utdanning i kommende generasjoner av eldre vil ha brede ringvirkninger og store konsekvenser, også for deres psykisk helse. Først og fremst vil konsekvensene være positive, blant annet i form av sterkere opplevelse av kontroll og færre med depressive symptomer. Men utdanning kan også trekke i negativ retning for psykisk helse, blant annet i form av høyere alkoholkonsum. Endringene vil bli mest tydelige blant eldre kvinner fordi utdanningsøkningen blant dem blir sterkest.

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 55, nummer 1, 2017, side 36-45*

**TEKST**
**Britt Slagsvold**
**Thomas Hansen**, NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus
KONTAKT: britt.slagsvold@nova.hioa.no

+ Vis referanser

Litteratur

Bem, S. L. (1981). Bem sex-role inventory. Professional manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A., Tell, G. S., & Tambs, K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study. Social Science & Medicine, 66, 1334-1334.

Blazer, D. (2002). Depression in late life. New York: Springer Publishing.

Clausen, S. E., & Slagsvold, B. (2005). Aldring og depressive symptomer: En epidemiologisk studie. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 42(9), 779-784.

Clausen, S. E., Valset, K., Blekesaune, M., & Romøren, T. I. (2005). Helsevaner blant dagens og morgendagens eldre. I B. Slagsvold & P. E. Solem (red.), Morgendagens eldre. Oslo: NOVA.

Danielsen, K., & Slagsvold, B. (2008). Å være gammel er å være syk. I S. O. Daatland (red.), Halve livet. Bergen: Fagbokforlaget.

Easterbrook, M., Kuppens, T., & Manstead, A. (2016). The education effect: Higher educational qualifications are robustly associated with beneficial personal and socio-political outcomes. Social Indicators Research, 126, 1261-1298.

Epland, J., & Mørk, I. E. (2010). Seniorenes økonomi stadig bedre. I E. Mørk (red.), Seniorer i Norge 2010. Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Featherstone, M., & Hepworth, M. (1989). Ageing and old age: reflections on the postmodern life course. I B. Bytheway, T. Keil, P. Allatt & A. Bryman (red.), Becoming and Being Old: Sociological Approaches to Later Life (s. 143-157). London: Sage.

Feunekes, G. I., van't Veer, P., van Staveren, W. A., & Kok, F. J. (1999). Alcohol intake assessment: The sober facts. American Journal of Epidemiology, 150, 105-112.

Hansen, T., & Slagsvold, B. (2012). The age and subjective well-being paradox revisited: A multidimensional perspective. Norsk Epidemiologi, 22(2), 187-195.

Hansen, T., Slagsvold, B., & Veenstra, M. (2016, under publisering). Educational inequalities in late-life depression across Europe. Results from the Generations and Gender Survey. Innsendt til tidsskrift.

Hausken, S.E.S. (2012). Alkoholforbruk og beruselsesfrekvens hos kvinner og menn over 40 år: alders- og livsfaseeffekter. Masteroppgave, Universitetet i Oslo.

Heckhausen, J., & Schulz, R. (1995). A Life-Span Theory of Control. Psychological Review, 102(2), 284-304.

Herlofson, K. (2015). Lengre liv, nye hjelpemønstre i familien? Sosiologi i dag, 25, 22-43.

Higgs, P. F. (2011). The third age as a cultural field. I D. J. Carr & K. Komp (red.), Gerontology in the Era of the Third Age (s. 33-50). New York: Springer.

Hyman, H. H., & Wright, C., R. (1979). Education's lasting influence on values. The University of Chicago Press.

Infurna, F., Ram, N., & Gerstorf, D. (2013) Level and change in perceived control predict 19-year mortality: Findings from the Americans' changing lives study. Developmental Psychology, 49(10), 1833-1847.

Jensen, A. M., & Østby., E (2014). Stadig flere menn i Norge er barnløse. Samfunnsspeilet, 2, 20-23.

Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. C., & Timonen, V. (2013). Depressive symptoms among older adults: The impact of early and later life circumstances and marital status. Aging & Mental Health, 17(3), 349-357.

Keilman, N., & Christiansen, S. (2010). Norwegian elderly less likely to live alone in the future. European Journal of Population, 26(1), 47-72.

Krogstad, S., Kunst, A. E., & Westin, S. (2002). Trends in health inequalities by educational level in a Norwegian total population study. Journal of Epidemiology and Community Health, 55(5), 375-380.

Lachman, M. E., & Agrigoroaei, S. (2012). Low perceived control as a risk factor for episodic memory: the mediational role of anxiety and task interference. Memory & Cognition, 40(2), 287-296.

Lachman, M. E., Rosnick, C. B., & Röcke, C. (2009). The rise and fall of control beliefs in adulthood: Cognitive and biopsychosocial antecedents and consequences of stability and change over 9 years. I H. B. Bosworth & C. Hertzog (red.), Aging and cognition. Research methodologies and empirical advances. Washington, DC: APA.

Lachman, M. E., & Weaver, S. L. (1998). The sense of control as a moderator of social class differences in health and well-being. Journal of Personality and Social Psychology, 74(3), 763-773.

Lesthaeghe, R. (2010). The unfolding story of the second demographic transition. Population and development review, 36(2), 211-251.

Laslett, P. (1991). A fresh map of life. The emergence of the third age. Harvard University Press.

Løset, G. K., & Slagsvold, B. (2013). Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer? I Daatland, S.O. & Slagsvold, B. (red.).Vital aldring og samhold mellom generasjoner. Oslo: NOVA.

Marshall, L. B., & Rahman, M. (2014). Celebrity ageing and the construction of third age identities. International Journal of Cultural studies, 1, 1-17.

Mathers, C. D., & Loncar, D. (2006). Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030. Plos Med, 3(11), 11-30.

Miech, R. A., & Shanahan, M. J. (2000). Socioeconomic status and depression over the life course. Journal of Health and Social Behavior, 14(2), 162-176.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2015). Education, Health, and the Default American Lifestyle. Journal of Health and Social Behavior, 56(3), 297-306.

Mirowsky, J., & Ross, C. E. (2007). Life course trajectories of perceived control and their relationship to education. American Journal of Sociology, 112(5), 1339-1382.

Neupert, S. D., Almeida, D. M., & Charles, S. T. (2007). Age differences in reactivity to daily stressors: The role of personal control. Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 62(4), 216-225.

Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. Journal of Health and Social Behaviour, 19(1), 2-21.

Pudrovska, T., Schieman, S., Pearlin, L. I., & Nguyen, K. (2005). The sense of mastery as a mediator and moderator in the association between economic hardship and health in late life. Journal of Aging and Health, 17(5), 634-660.

Radloff, L. S. (1977). The CES-D scale: A self-report depression scale for research in the general population. Applied Psychological Measurement, 1, 385-401.

Slagsvold, B., & Hansen, T. (2012). Har kjønnsrelaterte selvbilder betydning for likestilling hjemme? I T. Hansen & B. Slagsvold (red.), Likestilling hjemme. Oslo: NOVA.

Slagsvold, B., & Sorensen, A. (2008). Age, education, and the gender gap in the sense of control. International Journal of Aging & Human Development, 67(1), 25-42.

Slagsvold, B., & Sørensen, A. (2013). Changes in sense of control in the second half of life: Results from a 5-year panel study. The International Journal of Aging & Human Development, 77(4), 289-308.

Slagsvold, B., Veenstra, M., Daatland, S. O., Hagestad, G., Hansen, T., Herlofson, K., & Solem, P. E. (2012). Life-course, ageing and generations in Norway: the NorLAG study. Norsk Epidemiologi, 22(2), 95-102.

SSB (2014). Befolkningsframskrivinger. Lastet ned fra ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram

Strand, B. H., & Steiro, A. (2003). Alkoholbruk, inntekt og utdanning i Norge 1993-2000. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 20(123), 2849-2853.

Strand, N. P. (2006). Verdier i endring. Masteroppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo.

von dem Knesebeck, O., Pattyn, E., & Bracke, P. (2011). Education and depressive symptoms in 22 European countries. International journal of public health, 56(1), 107-110.

Vos, T., Barber, R., Bell, B., Bertozzi-Villa, A., Biryukov, S., Bolliger, I., & Duan, L. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. The Lancet, 386, 743-800.

Ward, M. M. (2013). Sense of Control and Self-Reported Health in a Population-Based Sample of Older Americans: Assessment of Potential Confounding by Affect, Personality, and Social Support. International Journal of Behavioral Medicine, 20(1), 140-147.