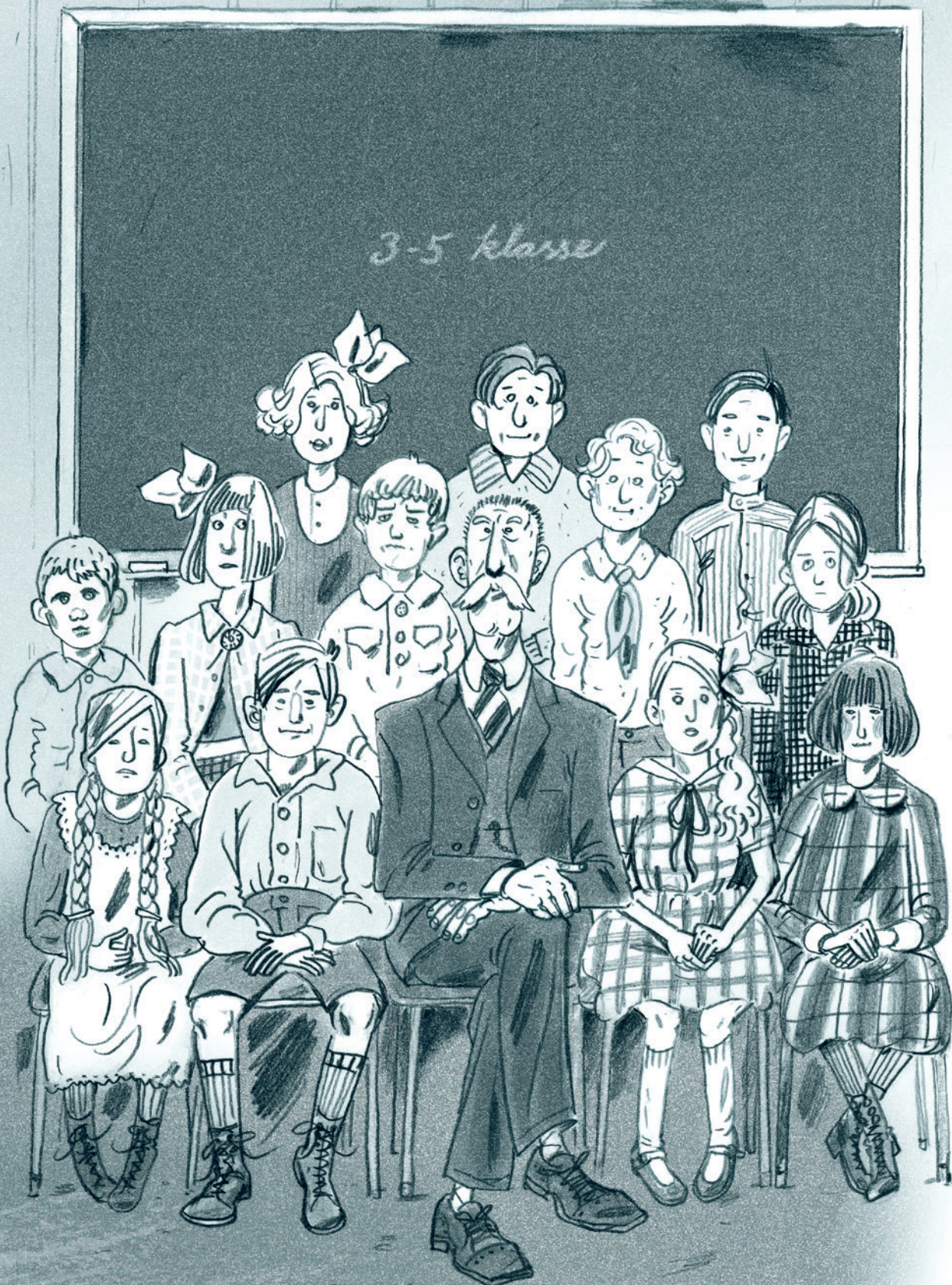


TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

PSYKOL OGI

Vol.54 nr.1 2017

**TEMA-
NUMMER**
Nye tider
- andre eldre



ISSN 0332-6470

INTERPRESS 2008-01



RETURUKE 06 150 NOK

PSY KOL OGI

Vol. 54 **nr. 1** 2017

Sjefredaktør Bjørnar Olsen, bjornar@psykologtidsskriftet.no, tlf. 474 01 165

Fagredaktør Ida K. Holth, ida.holth@psykologtidsskriftet.no, tlf. 930 23 429

Redaksjonssjef Per Olav Solberg (debattansvarlig),
perolav@psykologtidsskriftet.no, tlf. 950 88 575

Redaktører/journalister Øystein Helmikstøl,
oystein@psykologtidsskriftet.no, tlf. 464 66 978 og Nina Elisabeth Strand,
nina.strand@psykologtidsskriftet.no, tlf. 979 59 515

Redaksjonen redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

Debatt meninger@psykologtidsskriftet.no og debatt@psykologtidsskriftet.no

Markedskoordinator Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33,
e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no

Markedskonsulent Winnie Engevoid

Sentralbord 23 10 31 30

Redaksjonsråd Marianne Hansen, Nasjonalt
kunnskapssenter om vold og traumatisk stress

Joar Halvorsen, Nidaros DPS

Catharina E. A. Wang, Universitetet i Tromsø

Omslagsillustrasjon Åshild Irgens

Form Laboremus Oslo AS

Trykk O7 Gruppen AS

Tidsskrift for Norsk psykologforening er et redaksjonelt uavhengig organ som redigeres etter Fagpressens redaktørplakat, Tekstreklameplakaten og Vær varsom-plakaten, samt Lov om redaksjonell fridom i media. Tidsskriftet eies av Norsk psykologforening.

Siste skanse

SNAKKER VI OM psykisk helse, snakker vi helst om barn og unge. Arbeiderpartiets neste store helseløft vil handle om barn og unges psykiske helse, skrev Hadia Tajik i desemberutgaven av Psykologtidsskriftet. Hun får full støtte av partiets eldregeneral Tove Karoline Knudsen i denne utgaven (se NÅ-intervjuet). I regjeringens strategi for ungdomshelse lyser psykisk helse mot en på nær hver eneste side, noe vi applauderte på lederplass i juli. Det bør være en enkel sak for Psykologforeningen å samle politisk støtte til sitt mangeårige hovedsatsningsområde «Forebygging for barn og unge».

Det er de unges stemme som har gitt form til den nye offentligheten rundt psykisk helse. De eldres mentale helse ser vi sjelden omtalt. Snakker vi om eldre, er det først og fremst en aldrende kropp vi forholder oss til. Slik blir eldreomsorgen somatisk, ikke psykologisk. Slik kan det ikke være. En godt voksen psyke som svekkes, endres og utvikles med alderen, fortjener også å være del av samfunnsplanleggingen. Likevel er det få diskusjoner om hvilke psykiske helsetjenester vi skal tilby de eldre.

I stedet virker vi fornøyd med å tilby de eldre piller – selv om også de langt fleste eldre ønsker psykologisk behandling. Kanskje det handler om helseøkonomiske prioriteringer: Å yte hjelp til unge er jo en investering med potensielt mye lengre avkastning. Men skal vi frem med kalkulatoren, er det også verdt å regne på besparelsen ved at en eldre person kan bo hjemme og mestre sitt eget liv, kontra kostnadene knyttet til den samme tiden på sykehjem. Et eksempel: I flere av bidragene i denne utgaven kan vi lese at eldre som preges av negative stereotypier om aldring, utvikler demens tidligere enn folk som ikke deler denne forståelsen. Å bekjempe aldersstereotypier er tydeligvis et effektivt forebyggende tiltak. Det ligger enorme besparelser i livsmestring også i alderdommen.

For første gang i verdenshistorien utgjør de eldre en betydelig og voksende andel av befolkningen. Denne store befolkningsgruppen fortjener også et psykisk helsetilbud. Men politikere, medier og helseprofesjonene tar sjelden debatten. Selv et søk på seniorpolitikk.no gir knapt et relevant treff knyttet til eldres psykiske helse.

Så kanskje den siste skansen er å forebygge og behandle også de eldres psykiske helse? For alles psykiske helse må være en del av offentligheten og hjelpetilbudet. Slik er det ikke i dag. ✕



Bjørnar Olsen

Sjefredaktør

bjornar@

psykologtidsskriftet.no



Snakker vi om eldre, er det først og fremst en aldrende kropp vi forholder oss til. Slik blir eldreomsorgen somatisk, ikke psykologisk

Temannummer

Nye tider - andre eldre

FOTO: JAMESDEMERS-PIXABAYCOM.JPG



20

ALDERSSTEREOTYPIER

Vitenskapelig artikkel

ILLUSTRASJON: AGE PETERSON



88

ELDRES RUSVANER

Fagessay

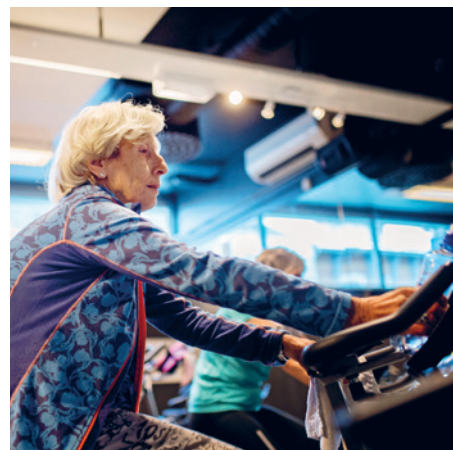


FOTO: FAREIN RUDJORO

8

DE NYE GAMLE

Reportasje



ILLUSTRASJON: AGE PETERSON

46

VIDUNDERPILLEN

Fagessay



FOTO: PIXABAYCOM

65

ELDRE INNVANDRERE OG DERES PÅRØRENDE

Vitenskapelig artikkel



ILLUSTRASJON: MALCOM C. SALAMAN (1930)

100

ØRE TIL ALDERDOMMEN

Fra praksis



ILLUSTRASJON: ASHILD IRGENS

110

Å IKKE SE MENNESKET FOR BARE ALDER

Meninger

Innhold

- 1 **Siste skanse**
Leder | Bjørnar Olsen
- 4 **Nye tider - andre eldre**
Fra gjesteredaktørene | Nordhus et al.
- 6 **Mer til de unge**
NÅ: Tove Karoline Knutsen | Øystein Helmikstøl
- 8 **De nye gamle**
Reportasje | Nina Strand
- 20 **Aldersstereotyper**
Vitenskapelig artikkel | Hege H. Bye
- 30 **Eldres søvnproblemer**
Fagessay | Flo & Nordhus
- 36 **Morgendagens eldre**
Vitenskapelig artikkel | Slagsvold & Hansen
- 46 **Vidunderpillen**
Fagessay | Kolbjørn Brønnick
- 56 **Aldring og arbeidsprestasjoner**
Fagessay | Per Erik Solem
- 64 **Eldre innvandrere og deres pårørende trenger også hjelp**
Vitenskapelig artikkel | Reidun Ingebretsen
- 77 **Litt redusert, bare**
Fagessay | Marta Maria Gorecka
- 82 **Friske eldre og pasienter med Alzheimers demens**
Vitenskapelig artikkel | Bystad et al.
- 88 **Eldres rusvaner**
Fagessay | Linn-Heidi Lunde
- 92 **Behandling av psykiske lidelser hos eldre**
Fagessay | Hovland & Nordhus
- 100 **Øre til Alderdommen**
Fra praksis | Elisabeth Tuft Sand
- 106 **Den grå skilsmiserevolusjonen**
Fagessay | Frode Thuen
- 109 **MENINGER**
Hovedinnlegg: Å ikke se mennesket for bare alder (s. 110)
Debatt: Barnevern (s. 115), Psykologforeningen (s. 116), Omsorgsrett (s. 118), Spesialistutdanning (s. 121)
Perspektiv: Tusen turer til gamle hjemmet | Kerstin Söderström (s. 122)
- 124 **INNTRYKK**
Bokanmeldelse: 35 år med demens (s. 124), Musikkens unike evne (s. 126)
- 128 **Kurskalenderen**
- 129 **Annonser**
- 138 **Stillingsannonser**

Nye tider - andre eldre

Med dette temanummeret ønsker vi å bidra med godt psykologisk fagstoff om eldre, avlive myter om eldre og aldring og inspirere til gode diskusjoner.

Gjesteredaktører

INGER HILDE NORDHUS, professor ved Institutt for klinisk psykologi, UiB og professor II ved Institutt for medisinske basalfag, UiO

LINN-HEIDI LUNDE, psykologspesialist og forsker ved Avdeling for rusmedisin, Haukeland universitetssykehus og førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi, UiB og NTNU i Gjøvik

MARTIN BYSTAD, universitetslektor, Institutt for psykologi, UiT og psykolog ved Alderspsykiatrisk Avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

FREDRIK HANSEN, psykolog, Bergen kommune. Tidligere eldrepsykolog i Askøy kommune

KIA MINNA HYNNINEN, førsteamanuensis ved Institutt for klinisk psykologi, UiB og psykologspesialist ved Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Dagens middelaldrende og eldre har andre livsbetingelser, muligheter og utfordringer enn tidligere generasjoner. Eldre er fortsatt engasjert i barn og barnebarn, men ønsker også å opprettholde og søke ny kunnskap, og å skape nye vennskap og sosiale relasjoner. Eldre bruker også sosiale medier med samme iver som yngre, og kjenner de samme gledene over arbeid og livsmestring. Med bedre folkehelse utover livsløpet og en utdanningsprofil ingen generasjoner før oss har hatt, er våre forventninger til livet betydelig endret – og med rette. Kort og godt: Vi fortsetter livet ved å delta i samfunnet og det samfunnet har å tilby.

Hva vi mener med middelaldrende og eldre, er langt fra entydig. Hvilken kategori vi selv opplever å tilhøre, har en tendens til å endre seg i takt med vår egen aldring. Selv med klare ytre tegn på at vi blir eldre har de fleste av oss følelsen av «å være den man alltid har vært». Faktisk alder og opplevd alder trenger derfor ikke å følge hverandre. En intervjuundersøkelse blant kvinner i alderen 66–76 år illustrerer dette. På spørsmålet om hvordan de oppfattet sin egen alder, svarte flertallet at de så på seg selv som middelaldrende. Eller som en av dem uttrykte det: «Ser jeg meg i speilet, ser jeg en gammel kvinne, men inni meg føler jeg meg som en kvinne midt i femtiårene.» I møte med oss selv og andre er kanskje faktisk alder ikke så viktig.

Alder plasserer oss et sted på vår biografiske tidslinje, men inngår samtidig i en historisk og sosial kontekst. Vi hører alle til i vår samtid. «Dagens femtiåringer blir neppe som dagens 80-åringer når *de* når sine 80 år.» Det nær 20 år gamle utsagnet er hentet fra lederen i temanummeret «Eldrepsykologi» (Psykologtidsskriftet, august, 1998). Også den gang var vi opptatt av å sette aldring og eldre inn i et samfunnsmessig og historisk perspektiv. Samtidig stilte vi oss spørrende til at samfunnets organisering i liten grad har tatt innover seg at et gjennomsnittlig livsløp har blitt rundt 30 år lengre i løpet av de siste 100 årene. Hva mener samfunnet eldre skal bruke disse årene til? Vi mangler gode svar på dette spørsmålet. Kanskje vi



ILLUSTRASJON: ASHILD JIRGENS

ser dette tydeligst i det offentlige ordskiftet om arbeidsliv og pensjonsalder. Argumentene om å slippe yngre krefter til og sikre eldre «en verdig avslutning» på karrieren i arbeidslivet, forutsetter at det kun er ett godt alternativ for eldre – å tre til side som følge av en definert aldersgrense.

Nye generasjoner eldre har levd med et voksende tilbud av helsetjenester, og har naturlig nok også fått med seg hva psykologer kan tilby av tjenester. «Babyboomerne» (født fra 1946 til 1964) vil derfor ikke avfeies med piller, men prioriterer de behandlingstilbudene som psykologer kan gi, viser flere internasjonale undersøkelser. I en nyere norsk undersøkelse (TNS Gallups Helsepolitiske barometer) svarer hele 75 % av *de eldste* i utvalget (75+) at de foretrekker samtalerterapi fremfor medikamenter. Når vi samtidig vet at eldre har et relativt høyt forbruk av psykofarmaka, hypnotika og analgetika, og i tillegg har økt risiko for negative effekter av medikamenter, er disse funnene om brukernes egne preferanser vesentlig kunnskap. Dette burde bidra til nytenkning om helsetjenester.

Det er en kjensgjerning at når psykologer blir spurt om å arbeide med eldre pasienter, så er det ikke uvanlig at de kommer opp med motforestillinger. I spørreundersøkelser argumenterer norske psykologer med at eldre har dårligere forutsetninger for å nyttiggjøre seg psykoterapi sammenlignet med yngre. Hel-

ler ikke våre helsemyndigheter har fulgt opp eldre når det gjelder psykisk helse. I Opptrappingsplanen for psykisk helse 1998–2008 var eldre fraværende. Dette ble også påpekt i evalueringen av opptrappingsplanen, uten at det har bidratt stort: Det er fortsatt slik at det er få polikliniske helsetjenestetilbud til eldre og eldre er i liten grad brukere av tilbud gjennom distriktpsykiatriske sentre. ...

Våre utdanningsinstitusjoner skal forberede kommende psykologer på å yte helsehjelp innenfor ulike tjenestenivåer, også helsehjelp til eldre. Psykologer skal også bidra med forebyggende helsearbeid, veiledning og tjenesteutvikling som styrker annet helsepersonell. Vi trenger derfor å gi studentene relevant praksiserfaring med eldre slik at fremtidens psykologer har et klart bilde av pasientene de vil møte etter endt utdanning.

Med dette temanummeret ønsker vi å vise aktuelle arbeidsområder og temaer knyttet til eldre, både fra relevante forskningsmiljøer og fra ulike praksisarenaer i Norge. Vi ønsker videre å bidra til godt fagstoff for praksis, avlive myter om eldre og aldring og inspirere til gode diskusjoner. Vi vil utfordre tidsskriftets lesere til å oppsøke nyere faglitteratur om eldre. Et godt sted å starte er å lese fagbidragene i temanummeret du har foran deg – og ikke glemme litteraturoversiktene. Her er det mye å hente. ✕

”

Alder plasserer oss et sted på vår biografiske tidslinje, men inngår samtidig i en historisk og sosial kontekst



ELDRE Arbeiderpartiets eldrepolitiske talsperson Tove Karoline Knutsen forlater snart Stortinget. Foto: Stortinget

Mer til de unge

Eldregeneral Tove Karoline Knutsen (Ap) er enig med partikollega Hadia Tajik: Det neste store helseløftet må handle om barn og unges psykiske helse.

TEKST Øystein Helmikstøl

- Du er blitt 65 år. Hvordan er den psykiske helsen din?
- Det er et veldig personlig spørsmål. Jeg trives med livet og tilværelsen. Jeg jobber med noe jeg liker. Å bli passiv er ikke bra hverken for den fysiske eller den psykiske helsen.
- Du forlater snart Stortinget etter tre perioder, men du sa i et intervju med NRK at du ikke vil bli pensjonist. Er du også redd for å bli gammel?
- Nei, det er jeg ikke, men jeg har ikke lyst til å bli en av de pensjonistene som synker ned i sofaen.
- I 2030 blir det 300 000 flere over 67 år, en økning på 40 prosent fra i dag. I dag finnes det totalt kun én eldrepsykolog i norske kommuner. Vil du kjempe for å doble det antallet?

– Det kan jeg ikke love over bordet, men det er ingen tvil om at vi trenger flere psykologer for hele befolkningen. Vi må fortsette det arbeidet vi startet på i vår regjeringstid, da kommunene fikk ekstra penger til å ansette psykologer. Mange plages av angst og depresjoner. Jeg er så gammel at jeg husker når det var skambelagt. Det har heldigvis vært en åpenhetsrevolusjon om psykisk helseplager. I mange fylker, i blant annet Troms, hjemfylket mitt, har vi fått distriktpsikiatriske sentre og ambulante team, som gjør at det psykiske helsefeltet er rigget på en helt annen måte i dag. Opptrappingsplanen fra 1998 til 2008 har selvsagt bidratt til det.

– **Du er Arbeiderpartiets talsperson på eldrepolitikk. Bør det neste store helseløftet i Norge handle om Eldres psykiske helse?**

– Vi må ha et bredere perspektiv enn som så. Vi må snakke om helse generelt, og ikke splitte satsingen i psykisk og fysisk.

– **Eldre arbeidstakere er dyre i drift. Hva kan de egentlig bidra med i arbeidslivet?**

– Jeg tror eldre bidrar mye til samfunnsregnskapet. Jeg har en søster som er lærer. Hun blir 70 år i år, men jobber ennå i skolen. Jeg tror ikke at hun er dyr i drift. Det er kjempeviktig at vi iverretar folk i 60-årene, for arbeidsevnen deres er formidabel. Arbeid er sunt også for godt voksne mennesker. Men det er viktig at kanskje særlig kvinner som har stått i tøffe omsorgsyrker, kan gå av tidligere.

– **Hvorfor skal eldre få psykisk helsehjelp?**

– Rundt 15 prosent av de over 65 år har en depresjon eller en angstlidelse. Blant gruppen mest skrøpelige, de som er på sykehjem, er det enda flere. Vi vet at demens og depresjon henger sammen. Det er i kommunene eldre bor, og det er der hjelpen må komme. Men selvsagt i samarbeid med distriktpsikiatriske sentre og spesialisthelsetjenesten for øvrig.

– **Veldig få psykisk syke eldre får samtalerapi, de får heller piller. Hva vil du prioritere bort for at eldre skal få skikkelig behandling av fagfolk?**

– Vi trenger ikke å prioritere bort noe. Dette klarer vi å løse innenfor de samfunnsøkonomiske rammene vi har. Vi må endre retningen på det faglige blikket vårt. Vi må se at eldre

Hvorfor NÅ?

- Psykologtidsskriftets januarutgave handler om eldre.
- Tove Karoline Knutsen (65) er eldrepolitisk talsperson i Arbeiderpartiet.

også trenger psykisk helsehjelp. På Stortinget er det tverrpolitisk enighet om at vi må gjennomgå legemiddelbruken for de aller eldste, og sikre at tilbudet til eldre ikke først og fremst er medisin, men aktivitet, opplevelse og faglig hjelp når de trenger det.

– **Å styrke tilbudet til de eldre med psykiske lidelser og demens i hele helsetjenesten er nødvendig, mener Helsedirektoratet. Hvordan vil du få til det?**

– Det viktigste nå er å styrke tilbudet i kommunene. Det aller beste vi kan gjøre der, er å ha psykologer og et lavterskeltilbud. Og også psykiatriske sykepleiere, og flere fagfolk og bedre samarbeid mellom nivåene. Men også mer forebygging og mer aktivitet. Vi har et stykke vei å gå. Når eldre blir urolige, er det lett å ty til medisinskapet.

– **Forresten. Hva er det beste du kan si om eldrepolitikken til regjeringspartiet Høyre?**

– Hehe. Det er mange ting vi er tverrpolitisk enige om i Stortinget. Ap, KrF og Høyre har jo gått sammen og laget et demensforum. Høyre er opptatt av dementes situasjon. Vi har en felles forståelse av de store utfordringene.

– **Din partikollega Hadia Tajik skrev i vår desemberutgave at det neste store helseløftet i Norge må handle om barn og unges psykiske helse. Det vil vel gå utover dere eldre?**

– Nei, det tror jeg ikke. Jeg er enig med henne. Vi ser jo selvmordstallene. Hvis unge ikke får hjelp, ramler de ut av skolen og mister kontakten med arbeidslivet. Hvis vi ikke utdanner unge innenfor pleie og omsorg, så har vi ingen unge som kan ta seg av meg og andre når vi nå om noen år trenger hjelp.

– **Hele denne utgaven handler om eldre, likevel skriver vi nesten ingenting om døden. Gruer du deg også?**

– Jeg har ikke begynt å tenke ordentlig på det, men jeg mistet moren min i sommer. Hun gikk i sitt hundrede år, men var helt klar i hodet. På sin siste dag hadde hun to musikere hos seg, i regi av den kulturelle spaserstokken. Kanskje det er en bra måte å dø på for meg også? ✖



Susan Schanche, 86



Ola Erik Renmælmo, 71



Kari Sørnju, 81



Ellen Helland-Hansen, 74



Halvor Hafting, 70



Kari Kollien Olsen, 73



Elisabeth Melsom Edvardsen, 76



Trond Kløven, 69



Elizabeth Hall, 68



Thor Erik Aas, 71



Jostein Holte, 72



Sylvi Lindemann, 75

REPORTASJE

De nye gamle >>

De spiser sunt og trener. Går på ski og bestiger fjelltopper. Henter barnebarna på SFO, og følger dem på fotballtrening. Er dagens eldre den nye generasjon prestasjon?

TEKST Nina Strand

FOTO Fartein Rudjord

Bra! Godt jobba! Ijomer en kraftfull stemme gjennom den store og lyse treningssalen på Asker treningssenter. Popmusikken bølger og dunker mens 32 kvinner og menn i alderen 60 pluss gjør alt for å følge rytmen og instruksene til trener Kristin Børresen. Den 55 år gamle treneren er 10–20 år yngre enn gjennomsnittet på deltakerne i salen, der den eldste vi senere skal snakke med, er 86. Nå dunderer rytmene fra Chers 90-talls-hit «Strong enough» gjennom kroppen mens intensiteten på øvelsene øker. Børresen har ingen problemer med å overdøve musikken.

– Strong enough, det er vi jo! Kom igjen!

«Godt voksen styrke og balanse» heter denne timen, som ifølge treningssenterets nettside særlig skal fokusere på treningsglede. Og de konsentrerte ansiktene i treningssalen sprekker opp i smil idet Børresen byr opp til samba med Gilbert O'Sullivan fra 1970-tallet. – Det er lov å synge! hoier hun til flokken som består av et flertall kvinner og 8–9 menn. De gjør knebøy til «Hound dog» med Elvis, mens treneren minner om nytten av styrkeøvelsene:

– Disse bevegelsene får dere jo bruk for i hverdagen også, gjør dem i ditt eget tempo, råder hun. – Men pass på knærne. Og stram rumpa!

Jeg hører pusten gå tungt hos de som står nærmest meg.

Fotside speil på tre av fire vegger gjør at deltakerne kan sjekke om beinstilling og rygg er riktig. Veggene er malt energisk knall rosa.

Treneren hincer igjen til at treningen skal være nyttig for hverdagen:

– Disse bevegelsene gjør deg mer stødig på glatta, sier hun idet hun setter i gang styrkeøvelser for ankene.

Intensiteten har vært høy, og etter nærmere tre kvarter begynner det åpenbart å røyne på for noen deltakerne. Det er tungt å henge med. Men tilsynelatende ikke for Liv Borgen Vassnes (76), som nå står med snorrett rygg i «planen». Så kommer endelig belønningen: den langsomme uttøyningen akkompagnert av rolig, dempet musikk. Treningens dessert. Kroppene faller til ro på matta, mange lukker øynene og nyter stunden.

I TAKT Kari Kollien Olsen (73) i front følger musikken på treningsøkten Godt voksen styrke og balanse. Her er det konkurranse om plassene, for timen blir full kort tid etter at påmeldingen åpnes en uke i forveien.



TRENINGSTREND

Stadig flere av oss trener eller mosjonerer, både inne og ute, viser levekårsundersøkelser fra 2001 og framover, ifølge Odd Frank Vaage ved Statistisk sentralbyrå (SSB). Det gjelder både unge og eldre, både kvinner og menn. Mens hver fjerde trente minst tre ganger i uka i 2001, gjorde halvparten det i 2013. Treningstudioene øker i popularitet, og i hele befolkningen i alderen 16–79 år har prosenten steget fra 21 prosent i 2001 til 37 i 2013. Det betyr ikke at de har sluttet med utendørsaktiviteter. Også her finner man en stigning.

Det er all grunn til å tro at denne tendensen vil holde seg, ifølge rapporten *Morgendagens eldre* (2005) fra Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). For grunnene til at en økende del av middelaldrende og eldre trener og mosjonerer, er økt fritid, mindre fysisk krevende arbeid og økt kunnskap om helsemessige gevinster ved fysisk aktivitet. I tillegg har andelen med høyrere utdanning økt sterkt de siste tretti årene, og høy utdanning øker tilbøyeligheten til å mosjonere.

Leif Nilsen, eier og daglig leder ved Asker treningssenter, bekrefter dette bildet. Han forteller at gruppen «godt voksne», det vil si fra 55 og oppover til langt oppi 80-årene, er blant de ivrigste og mest trofaste medlemmene.

– Timene beregnet på dem er fylt opp samme dag som de legges ut på nettet –én uke før de holdes, forteller han, og understreker at den sosiale siden ved treningen også er viktig for dem.

– De kommer gjerne minst en halvtime før treningen begynner, og samles for å kunne slå av en prat, sier han.

ET ALDERSPARADOKS

Er vi i ferd med å få en ny generasjon eldre som skiller seg fra tidligere eldre ved andre holdninger, livsstil og forventninger? I sin vitenskapelige artikkel om morgendagens eldre i dette temanummeret går Britt Slagsvold og Thomas Hansen fra NOVA langt i å svare ja på det (side 36). Fremtidens eldre vil ligne mer på dagens middelaldrende, skriver de, og oppsummerer:

«Bildet av den vellykkede eldre er langt på vei blitt en som er vital og handlekraftig» (side 44).

Det er oppløftende lesning. Vi som står foran alderdommen, kan finne trøst i at livet kanskje ikke blir radikalt endret i fremtiden. Men samtidig løfter forskerne en advarende pekefinger. For selv om de nye holdningene til eldre bryter med stigmatiserende holdninger der eldre oppfattes som passive og tilbaketrukne, ligger det også en fare her for å fornekte naturlig svekkelse i livets siste fase, understreker de. Med andre ord: aldersdiskriminering i en annen form. Kan det tenkes at dagens eldre er utsatt for et forventningspress som ligner det unge mennesker merker, og som har gitt dem navnet generasjon prestasjon? Er vi i ferd med å utvikle en norm som ekskluderer livets siste fase – den skrøpelige kroppen med et slitent sinn?

Dosent ved Høgskolen i Sørøst-Norge Runar Bakken mener det. I 2014 utga han boka *Frykten for alderdommen. Om å eldes og leve som gammel*. Den innledes med et sitat av Cicero: «Alle vil leve lenge, men ingen vil bli gamle.» Han mener dagens samfunn setter en parentes om den siste delen av sitatet. Vi forholder oss ikke til realitetene i livet; alderdom-

– For hvem er det viktig at eldre trener mer og lever sunnere? Jeg vil at den enkeltes situasjon og ønsker må være det avgjørende

Runar Bakken, Høgskolen i Sørøst-Norge

mens slutfase, der vi trenger omsorg og hjelp fra andre til de mest hverdagslige oppgavene, den kommer for oss alle. Den er et grunnvilkår i alles liv. Hvordan vil Bakken kommentere treningstrenden blant dagens eldre mennesker? Innebærer den et selvbedrag?

AKTIVITETSHYSTERIET

– Nei, nei, forsikrer Bakken på telefon fra Porsgrunn.

– Jeg ser ikke noe galt ved at eldre går på treningssenter. Selv er jeg 65 år, og trener 2–3 ganger i uka. Det er velkjent og etablert kunnskap at aktivitet både kroppslig og mentalt har positiv effekt. Mitt poeng er at når tidspunktet kommer da et menneske blir avhengig av andre og pleietrengende, så skal man slippe å bli utsatt for det jeg kaller aktivitetshysteriet, som jeg mener er blitt en ideologi innenfor deler av helsetjenesten. Jeg har gjort undersøkelser på sykehjem, og har sett denne tenkningen komme til uttrykk i hverdagen der. Oppfatningen om at aktivitet er positivt i seg selv, gjør at pleiepersonell presser gamle og svake folk til aktiviteter, uten å undersøke hva den enkelte eldre synes >>

- Eldrestereotypiene som florerer i mediene og i samfunnet, rammer oss ved at vi retter dem mot oss selv når vi blir eldre

Linn-Heidi Lunde, Universitetet i Bergen

er meningsfullt og godt. Men det er forskjell på en 35-åring som skal tilbake til en hverdag med jobb, et kjærlighetsliv og barn, og en på 90 som er i siste fase av livet. Alderdommen er ingen sykdom. Det finnes ingen kur mot den, og døden er neste steg. Jeg mener helsepersonell må opp- tre med større grad av ydmykhet, sier Bakken.

Nå arbeider han med en ny bok, med Ciceros velkjente uttalelse om at alle vil leve lenge, men ingen vil bli gamle som arbeidstittel. Boka vil blant annet inneholde intervjuer med pensjonister. Bakken er slått av hvor gjerne de vil fortelle om hvor dårlig tid de har, at de har mange jern i ilden. Skyldes det at det er farlig å si noe sånt som «jeg ligger på sofaen og leser bøker, av og til kjeder jeg meg og kan bli lei og passiv», undrer han.

- Det ser ut til å være en trend i samfunnet. Det ungdommelige har vært standarden også for gamle mennesker i de seneste årene. Og kanskje er det sånn at eldre i dag er en ny generasjon perfekt. Det finnes interessant ny forskning som kan bygge opp under en slik påstand.

Som en kuriositet trekker han fram forskeren Steffen Katz, som ville gjøre feltarbeid på de såkalte snowbirds, eldre kanadiere som bosetter seg i Florida, tilsvarende nordeuropeere som flytter til Spania. Katz leter etter aktuelle personer, men blir sendt fra den ene til den andre – for ingen av dem han spør, opplever seg som gamle.

- Ingen ønsker å fremstå som eldgamle, skrukkete og nedbrutte. Det forstår man jo, og sånn har det alltid vært. Historien er full av mirakelkurer og mirakeldrikker som skulle utsette alderdommen. Men mye tyder på at dette har tatt helt av i dagens samfunn, sier Bakken, som også mener man bør spørre seg om hva som ligger bak dagens angst for aldring. I et debattinnlegg i Morgenbladet (31.07.15) pekte han på samfunnsøkonomiske motiver som etter hans syn gjenspeiler seg i politiske styringsdokumenter som eksempelvis stortingsmeldingen «Morgendagens omsorg» fra Stoltenberg-regjeringen (2013), og som videreføres i Solberg-regjeringens folkehelsemelding (2015). Motoren bak denne tenkningen er reduksjon av offentlige velferdsbudsjetter, ifølge dosenten. Han står fast ved dette, men legger til at tendensen er mye tydeligere i Danmark.

- Der er det en mye tøffere tone i debatten. Der uttrykkes det helt åpent at et viktig poeng ved å fremme en sunnere livsstil blant eldre er at staten kan spare penger. Mitt spørsmål i den norske debatten er derfor: For hvem er det viktig at eldre trener mer og lever sunnere? Jeg vil at den enkeltes situasjon og ønsker må være det avgjørende.

BALANSERT - Jeg er gammel gymlærer, og drev med turning helt fra jeg var ung. Om sommeren flyr jeg etter molter på fjellet, og feierer hvert år jeg har gjort det. Jeg står på. Leser tre aviser om dagen, og lærer fransk med en venninne. Derfor er det ekkelt å oppleve at andre forventer mindre av meg enn før, sier Liv Borgen Vassnes (76)



FEM MYTER OM ELDRE

Debatten om eldre dreier seg ofte om tall. Det er antall eldre som øker så sterkt at det kalles en eldrebølge, det er statsbudsjetter, antall sykehjemsplasser og kostnader ved helse og omsorg for hjemmeboende. Eldre presenteres som en utgiftspost, og som et samfunnsproblem som vokser på oss. For alderdommen er lang. Gjennomsnittlig 25 år hvis vi regner at den starter rundt 60. Og den blir stadig lengre, viser tall for levealder og helse blant eldre. Linn-Heidi Lunde irriterer seg over debatten. Hun mener de negative perspektivene skyldes en rekke gale forestillinger om eldre. Lunde er psykolog og førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen. I disse dager kommer hun med en ny bok, med tittelen *Myter om aldring. Et psykologisk perspektiv*.

Jeg ringer Lunde for å høre hvilke myter det dreier seg om.



– Her er de fem jeg trekker frem: At aldri innebærer forfall og skrøpeligheit, svekket kognitiv funksjon, ensomheit og isolasjon, svekket motivasjon og omstillingsevne, og svekkede kreative evner.

– *Men er det ikke nettopp dette som er selve alderdommen?*

– Det er klart: Myter har en kjerne av sannhet i seg, og en kunne like gjerne kalt dette vanlige forestillinger eller oppfatninger. Min agenda er å presentere et nyansert perspektiv. Forfall skjer gjennom store deler av livet, men også vekst og utvikling, og det er det kanskje færre som er oppmerksomme på.

– *Hva slags utvikling snakker vi om da?*

– Man slutter ikke å lære nye ting. Ting går riktignok tregere, men også her er det store individuelle forskjeller. Aldringsprosessen varierer veldig fra person til person. I dag vet vi også at livsstilsvalg har stor betydning for aldringsforløpet, understreker Lunde, som ikke nøler når jeg spør om eksempler på at myter utfordres av forskning.

– Myten om kognitiv svekkelse er også høyst overdrevet. Nevrovitenskapelig forskning har vist at hjernens plastisitet og evne til endring er en livslang prosess. Eksempelvis har forskningsmiljøet rundt Kristine Walhovd og Anders Fjell ved Universitetet i Oslo dokumentert at vi har et potensial for endring og læring gjennom hele livet. De ser at hjernen til eldre mennesker, for eksempel i 70-årsalderen, er veldig forskjellige

fra hverandre. Det viser seg at fysisk og mental aktivitet betyr mye for hvordan hjernen holder seg.

– *Du kaller også ensomheit og isolasjon en myte. Kan du vise til forskning her også?*

– Ja, dette skrev jeg nylig om i *Scandinavian psychologist*. En stor europeisk studie viser at Norge er et av de landene i Europa som har lavest forekomst av ensomheit. Funnene støttes av norsk forskning ved NOVA, som viser lave tall og ingen stigning de siste 20–30 årene. Forestillingen om at eldre her i landet er så ensomme, er altså sterkt overdrevet. Men mediene liker å hausse dette opp, og hver jul ser vi avisoppslagene om eldre som sitter alene på julaften. Dette fokuset på ensomheit blant eldre kan bidra til en nedlatende stakkarsliggjøring av eldre. Samtidig er det viktig å understreke at en del eldre kan være sårbare for å oppleve ensomheit, spesielt gjelder dette eldre som nylig har mistet partner eller ektefelle. »

Blant de eldre på Asker treningssenter er det flere som forteller at de har opplevd tap, helsemessig og personlig. De fremhever at fellesskapet blant de «godt voksne» medlemmene kan bøte på så vel kroppslige som sjelelige savn. Halvor Hafting (70) forteller at han er avhengig av trening for å holde revmatismen i sjakk. Han har ingen problemer med treningsmotivasjonen:

– Vi er blitt en gjeng på denne gruppa. Det er en viktig drivkraft for meg, og gjør at jeg møter opp hver tirsdag.

I spinningssalen møter vi Kari Sønju (80), som har trent seg opp etter en alvorlig hjerneblødning. Treningssenteret er viktig for å komme tilbake helsemessig, men også fordi hun knytter vennskap her, sier hun.

– Jeg prater med folk, og jeg har opplevd å bli savnet når jeg ikke er her. En gang ringte de etter meg for å høre om jeg var syk, smiler 80-åringen før Karpe Diem gjør samtalen umulig. Nå trækker hun energisk på pedalene og lar føttene gå.

FARLIGE FORDOMMER OM OSS SELV

Linn-Heidi Lunde mener det er ekstra ille å tenke på at eldrestereotypiene som florerer i mediene og i samfunnet, rammer oss ved at vi retter dem mot oss selv når vi blir eldre. For det er godt dokumentert at de som har mange negative forestillinger om det å bli eldre, får flere problemer enn de som ser lysere på aldringen. Den internasjonalt kjente forskeren Becca Levy konkluderer med at selve aldringsprosessen og helsen vår rammes når vi så å si lever opp til stereotypiene om aldring (jf Hege Byes artikkel om stigmatisering side 20)

– Frykten for alderdommen kan altså bli en selvoppfyllende profeti, og i verste fall føre til tidligere død, sier psykologen.

Ett eksempel på selvstigmatiseringen er at hvis du selv tror at du vil få dårlig hukommelse med alderen, vil det faktisk påvirke hukommelsen din negativt. Ja, i den nyeste studien sin har Becca Levy vist at risikoen for å utvikle Alzheimers øker ved selvstigmatisering. Ganske skremmende å tenke på, synes Lunde.

– Går du rundt og venter på forfallet, kan det faktisk opptre tidligere, sier hun.

For å få en god alderdom må man lytte til sine egne ønsker for denne perioden, mener hun.

– Ønsker man en alderdom der man vil hvile og reflektere, er det selvsagt lov til det. Dette handler jo mye om hvem en har vært tidligere, for

SOSIALT Treningssentret spanderer denne dagen lunsj på sine mest trofaste kunder – de «godt voksne». Nye vennskap oppstår, forteller Halvor Hafting (70), her sammen med Susan Schanche (86) som trener på senteret 2-3 ganger i uka.



man tar med seg den man har vært, også inn i alderdommen, sier Lunde. Hun viser til eldre kunstnere, og mener de er gode modeller.

– Se bare på Toralv Maurstad, som er 90 år og har kommet seg etter et alvorlig slag. Nå er han tilbake i skuespilleryrket. Eller Rolling Stones, som får gode anmeldelser for sitt nyeste album. De er fortsatt innovative, og Mick Jagger er like sprek som for 40 år siden.

Samtidig understreker hun at kronologisk alder bare er én faktor for hvordan alderdommen blir, og langt fra den viktigste faktoren.

– Lav sosioøkonomisk status eller få venner gjennom livet kan gi en mer utfordrende alderdom. Men også uflaks i livet, som når sykdom gjør at forfallet eskalerer. Vi må aldri glemme at aldring er mangfold.

Lunde går ikke umiddelbart med på at dagens eldre er en ny generasjon prestasjon.

– Og, forresten, hva så? Vi lever i en historisk tid der det har skjedd store omveltninger og endringer, ikke minst i levekår, utdanningsnivå og teknologisk utvikling. Selvfølgelig er også dagens eldre preget av dette, sier hun.

Hun tror ikke middelaldrende og eldre flest ønsker å bli som de unge, og refererer til studier om Eldres livskvalitet som tyder på at de aller fleste er fornøyde med livet som eldre. Når de blir spurt, trekker mange frem at erfaring gjennom et langt liv gir økt trygghet, større følelsesmessig stabilitet, større tro på seg selv. Og at man i mindre grad lar seg overvelde av stress, at man har vært ute en vinternatt før.

– Det middelaldrende og eldre nok er mer bekymret for, er å bli undervurdert, nedvurdert og betraktet som inkompetent kun på grunn av at man har passert en viss alder. Det er ikke det samme som å strebe etter ungdommelighet eller vellykkethet, etter min mening.

ALDERDOMMEN SOM PROVOKASJON

– Alderdommen har endret karakter. Dagens eldre er mer lik sine barn og barnebarn enn sine foreldre i livsstil og verdier. Morgendagens pensjonister vil ikke bare være sprekere, men også ha andre verdsettelse enn de før oss. Men i samfunnet finnes det en ambivalens. Den gamle damen blir sett som bestemor – og som en byrde. Man vakler mellom respekt og forakt.

Det er NOVA-forsker Svein Olav Daatland som snakker. Jeg sitter på hans kontor ved Høgskolen i Oslo, der 70-åringen fortsatt har sin arbeidsplass i det store forskningsmiljøet som holder til her. I bokhylla ser jeg en av bøkene hans, *Aldring som provokasjon* (2008), som innledes slik:

Aldring framstår som en fornærmelse, ja som en provokasjon, for det moderne mennesket. (...) Vi bygger broer over fjorder, borer oss igjennom fjell og svever til månen og lenger. Alt er mulig, men alderen rår vi ikke over, og angsten for å brytes ned forsøkes skjult ved distanse og forakt, som om det ikke var oss selv det gjaldt.

– Vi har en samfunnsstruktur som fremelsker det nye mer enn det gamle, der moderniseringen og sterk orientering mot fremtiden fører til svekket status for det som var, og for eldre som gruppe, kommenterer sosialpsykologen, som i rundt 30 år har forsket på eldre og aldring.

Daatland peker på den sterke oppslutningen om velferdsstaten i den norske befolkningen. Samtidig øker gruppen eldre sterkt, og den såkalte

– I samfunnet finnes det en ambivalens. Den gamle damen blir sett som bestemor – og som en byrde

Svein Olav Daatland, NOVA

eldrebølgen oppleves som en trussel, mener forskeren, som også trekker inn psykologiske perspektiver for å forklare ambivalensen overfor eldre.

– Folk flest føler seg yngre enn de er. Dette begynner i snitt før du er 30. Og kanskje har vi en innebygd angst for døden, som vekkes i møtet med eldre. Alderstrekk i den gamles ansikt skremmer, det blir en påminnelse om forfallet som kommer til å skje. Alderisme kan bunne i skrekkhåndtering, et ønske om avstand til døden, og i en ubevisst anklage mot eldre fordi de minner om denne realiteten, reflekterer sosialpsykologen.

HISTORISK HELT NY LIVSFASE

Ambivalens, altså. Men heller ikke Daatland synes merkelappen «generasjon prestasjon» passer så godt på dagens eldre generasjon. Derimot mener han den engelske historikeren Peter Laslett traff spikeren på hodet.

– Laslett mener at en samfunnsstruktur med bedre levekår og bedre helsetjeneste har skapt rom for en ny fase av livet, en fase man ikke kjente fra før, sier Daatland.

I boka *A fresh map of life. Emergence of the Third Age* (1996) beskriver Laslett moderne vestlige menneskers livsløp gjennom fire faser, eller aldre. Den første er oppveksten med sosialisering og skolegang. Den andre er det voksne »



TRENINGENS DESSERT Liv Borgen Vassnes (76) nyter følelsen i kropp og sjel etter en intens treningsøkt. – Å trene sammen med andre gjør at jeg tar hardere i, sier hun. – Og når jeg betaler for treningen, må jeg jo møte opp!

livet med ansvar for familie og jobb. Den tredje faller ofte sammen med pensjonisttilværelsen, med mye frihet og mulighet for å utfolde seg, mens den fjerde og siste innebærer svekkelse og stort behov for omsorg.

– I den tredje alderen er man ikke lenger pålagt produktivitet, samtidig som man som oftest ennå ikke føler helsemessige begrensninger. Det er mulig å realisere det man ikke har fått gjort før. Dagens eldre er den første generasjonen som opplever dette. Så det vi særlig er redd for i dag, er den fjerde alderen, der mange blir pleietrengende, sier Daatland.

Laslett viser hvordan den tredje alderen, fra om lag 60 til 80 år, nå omfatter en stor del av befolkningen og varer stadig lenger. Noen får en nesten evig middelalder. Andre får en kort periode før sykdom inntreffer. Men dette gjelder den rikere delen av verden.

Samtidig er Daatland kritisk til gjengse beskrivelser av «vellykket aldring». Kriterier som god helse, aktivitet og trivsel har noe flatt og snevert over seg, mener han. Den vellykkede eldre er den alderen preller av på.

– Men rom for refleksjon og ro kan ha en egenverdi, noe psykologen Erik Erikson er inne på når han fremhever egointegritet som en verdi i eldre år.



- Kriterier som god helse, aktivitet og trivsel har noe flatt og snevert over seg. Den vellykkede eldre er den alderen preller av på

*Svein Olav Daatland, NOVA,
om «vellykket aldring»*

«VI» - IKKE «DE»

«De» eldre skal en gang bli «vi». «Alderen tar fatt i oss som en overraskelse», skal Goethe ha skrevet, ifølge Simone de Beauvoir i sin bok *Alderdommen* (1970), som kom på norsk i 2016. Beauvoir skriver kompromissløst, sårt og konkret om hvordan kroppen i alderdommen blir en hindring. Og om at det å nekte å se og å høre beskrivelsene av dette er å ta fra de gamle deres verdighet og medmenneskelighet. Man må bli anerkjent i de andres øyne, også som gammel. Samtidig mener hun det er utfordrende, også for den som eldes, å anerkjenne aldringen i seg selv. For alderdommen har alltid tidligere i livet vært noe fremmed. «Det er den andre i meg som er gammel, det vil si den jeg er for de andre, og denne andre, det er meg selv», skriver hun (side 346).

Jeg kontakter professor Hanne Haavind ved Psykologisk institutt i Oslo, og avtaler å møte henne på instituttets kafé Åse. Hun studerer ikke selv aldring, men har i sin forskning vært opptatt av hvordan både barn og unge går fram for å gjøre seg større, og hvordan kvinner i dag utfor-

mer sitt voksenliv på andre måter enn i tidligere generasjoner. I kraft av å ha passert 70 år håper jeg at hun også kan bidra med et tydeligere «vi»-perspektiv til denne reportasjen. Det gjør hun, men på en overraskende måte, skal det vise seg.

ALDRING SOM PROSJEKT

Hanne Haavind og jeg er nok de eldste i kafeen. Rundt oss bobler energiske samtaler mellom unge psykologistudenter; de som var flinke i klassen og fikk nok studiepoeng til å komme seg inn på profesjonsstudiet. Det er en myte at de flinke studentene lider under å ha så altfor høye krav til seg selv, blir det sagt. Kanskje er det like lite sant at de «vellykkede» eldre lider av stress og prestasjonsjag? Haavind har i alle fall andre forklaringer på Eldres treningsiver og høye aktivitetsnivå. Hun mener de driver med identitetsbygging. Prosjektet nå er «å gjøre seg gammel» på sin egen måte.

- Flere enn før har råd til å gå på trenings-senter. Så gjør de det, mens andre heller går i Nordmarka. Jeg tenker at de eldre på trenings-senteret prøver å finne ut hvordan de skal erobre den nye fasen i livet og gjøre den til sin, sier professoren.

Kvinnene som «gjør seg gamle» nå, er annerledes enn tidligere generasjoner, poengterer Haavind. For alderdommen er som andre livs-faser, og endrer seg med tiden den leveres i.

- Når hørte du sist om «empty nest»-syndromet? Dette at kvinner følte det som et tap når ungene flyttet ut? Det var mye snakk om det på 1970-tallet. Men i min kohort er det mange som meg, med utdanning og jobb samtidig som vi hadde barn. Det ble ikke «noe empty nest»-syndrom ut av det.

Som 69-åring sa hun til seg selv: Nå går jeg inn i en viktig aldersovergang. Men hva betyr det for meg?

- Jeg mener vi har en forpliktelse til å forholde oss til slike endringer. Det jeg i alle fall vil trenge fra nå av, er utvidet kapasitet til selvironi, tenkte jeg. En av de største farene når en blir gammel, er å bli selvhøytidelig. Kan du tenke deg noe mer uutholdelig?

Det kommer selvfølgelig en tid der man kanskje bare roter, reflekterer hun. Da trengs det selvironi.



– For toppen av flauhet ville være at folk sier om meg at før, da var hun ganske god, men nå sitter hun bare og våser. Men at jeg ikke skjønner det selv. Det er skambelagt, ikke sant?

KATEGORISERT SOM TYPISK

Hanne Haavind observerer at det å bli gammel i dag ikke assosieres med å trekke seg tilbake. Man skal ikke ligge på sofaen, man må forvalte det på en ordentlig måte, og finne noe som markerer at du ikke innbiller deg at alt er som før.

– Man skal gjøre andre ting, mer av det som er attraktivt. For eksempel å reise. Det kan jo se ut til at turistindustrien er drevet av amerikanere og nordeuropeere med god råd på 70 pluss.

– Ja, for man har en mulighet nå til å gjøre hva man vil, som man ikke har hatt tidligere. For eksempel å begynne på treningssenter.

– Mmm, svarer psykologen. – Jeg ser folk som blir intervjuet i avisene, sier at de pensjonerte seg tidlig fordi de har spart opp disse pengene. De tenker at det ville være dumt å ikke bruke dem på noe mens de ennå kan ha glede av det! En vet jo ikke hvor lenge man lever. Men du har antakelig ikke tenkt å slutte nå, eller hva? Plutselig spør hun meg.

– Nei, ikke med det første, svarer jeg litt paff.
– Om noen få år, kanskje. Jeg trives kjempegodt i jobben. Men det hadde vært veldig deilig å ha tid til å gjøre helt andre ting...

– Ja, og hva er det for noe? spør psykologiprofessoren, og lener seg ivrig fremover.

– Jeg tenker at de eldre på treningssenteret prøver å finne ut hvordan de skal erobre den nye fasen i livet og gjøre den til sin

Hanne Haavind, Universitetet i Oslo

– Dette er interessant. Skriv ned den setningen! «Det hadde vært veldig deilig å ha tid til å gjøre helt andre ting.» Dette er en innmari interessant setning. Den har dette selvfølgelig preget. Når du sier den ... det hadde vært så deilig ... så venter du at den andre på samme alder skal nikke og forstå ... Men hvorfor er det så innmari deilig å gjøre andre ting? Det er jo ikke sånn at du har vasket togvogner på Oslo S, og er sliten i ryggen og lei av å tørke spy på do? Hva slags «andre ting» er det vi tenker oss? For eksempel mer tid på treningsstudio. Og det er jo en måte å gjøre seg gammel på. For man tenker ikke på å trekke seg tilbake. Neida, man må forvalte det å bli eldre på en ordentlig måte, ikke sant?

Hun tar en pause og ser på meg. Jeg er i ferd med å bli analysert av en psykologiprofessor, som med et mildt, men granskende blick ser meg som et typisk eksemplar av dagens generasjon 60 pluss. Ikke særlig original, altså, men interessant nok for denne psykologen. For Hanne Haavinds helt spesielle bidrag til psykologien er livsformsintervjuet – definert som en utforskning av deltakernes meningskonstruksjon i en kulturell kontekst. Og nå har professoren fått blod på tann:

– Så hvilke «andre ting» vil du gjøre, Nina?

Jeg svarer med å fortelle om en pensjonert venninne på 67 som gjør frivillig arbeid av forskjellige typer, og bruker kompetansen sin gjennom å drive samtalegrupper for flyktninger, for eksempel. Og så trener hun, leser masse og går på teater og kino.

– Hun gjør seg gradvis til gammel på en måte som hun selv tar mye ansvar for, kommenterer professoren. – Hun lager seg et sosialt liv og sikrer seg både forpliktelser og selvråderett over det hun driver med. Dette er interessant for oss forskere, fordi det viser seg at pensjonister i dag gjør veldig mye, også krevende ting, som det å drive samtalegrupper. Samtidig har de mye større selvråderett enn de fleste har i en jobb. For selv i ganske frie jobber, som det å være journalist i Psykologtidsskriftet, er du jo ikke helt fri.

FRISTELSE OG FRYKT

Hanne Haavind har rett. Det ligger en fristelse i å være helt fri og å kunne få utfolde flere sider av seg selv. For vi får ikke like mye utløp for hele oss når vi jobber så mye?

– Nei. Og det er kanskje spesielt viktig for eldre å få utløp for hele seg? Når du svarer meg, legger du vekt på typisk identitetsbyggende aktiviteter, sier psykologen.

– Er det ikke rart at du skal ha behov for å bygge identiteten når du er over 60 år?

Hun ler hjertelig.

– Det å bygge identitet er blitt mye tydeligere og sterkere i alle livsfaser nå for tiden, det er mitt inntrykk. Dette å vite hvem du er, hvem du hører sammen med, hvem du forstår, og som forstår deg. Så når du sier at du vil ha tid til å gjøre «andre ting», sier du det i en forvissning om at de andre forstår hva du mener. At de anerkjenner dette som en meningsfull ting å si.

– Men du kjenner ikke meg, så du visste ikke nødvendigvis hva jeg mente?

– Nei, men dette dreier seg om en kulturell diskurs. Den er gjenkjennbar. Det er jo ikke du som har funnet opp denne setningen, smiler hun.



FORTSETTER IDENTITETSBYGGINGEN - Det å bygge identitet er mye tydeligere og sterkere i alle livsfaser nå for tiden, det er mitt inntrykk, sier professor Hanne Haavind. Foto Kifinfo.no

- Du har lånt setningen, og den er ikke et spesielt uttrykk for deg. Den er gjenkjennbar fordi det er slik de som er tidlig i 60-årene, forvalter sin kommende pensjonstilværelse.

Professoren er likevel litt forbauset. Hun ville gjettet at folk i jobber med mye selvstendighet og frihet ville vente med å gå av til etter 70. Men stadig flere av dem hun kjenner, sier nå at de vil gå av som 67-åringer, eller til og med før. Statistikkene viser det samme.

- Jeg må bare ta til etterretning at det er ikke bare de med fysisk slitsomme jobber som ønsker å pensjonere seg tidlig hvis det er økonomisk mulig.

Selv har hun også tatt de første skrittene inn i pensjonistrollen ved å lette arbeidssituasjonen noe, innrømmer hun. Nå har hun sluttet med fast undervisning, og har ikke lenger pasienter i terapi. Da har hun også fått rom til å bli bonusbestemor for en liten pike som har de egentlige besteforeldrene sine på en annen kant av landet.

- Hun hopper opp og ned av fryd når jeg kommer for å hente henne i barnehagen. Og for meg er dette å «gjøre andre ting», slik vi snakket om.

De som blir gamle i dag, eldes ikke på samme måte som gamle gjorde før. Men Hanne Haavind minner om at det i alle livsfaser kan være ting som begrenser oss – for eksempel dårlig økonomi eller sykdom. En strek i regningen som gjør at vi må endre planer.

- *Ja, og i den fjerde alderen kan det røyne på. Frykten for alderdommen gjelder vel særlig i den fasen, slik Simone de Beauvoir skriver om?*

- Nå snakker du om den fasen da man ikke lenger greier å forvalte sin egen identitet, og i stedet må ta det man får. Når du blir avhengig av andre. Dette kunne jeg snakke om i timevis, svarer Hanne Haavind.

Hun forteller om en gammel kvinne i sin egen familie som skulle utredes for demens mens hun var innlagt på et sted der hun ble åpenbart forvirret og redd, og var uten mulighet til å formidle noen meningsfullt om seg selv. Da Hanne Haavind kontaktet den unge psykologen for å formidle noe om hvem den gamle kvinnen var, oppdaget hun at det var tilstrekkelig for de som skulle utrede henne, å vite at dette var «fru Hansen».

- Jeg tenkte: Psykologen aner ikke hvem denne dama er. En gang var hun en myndig jurist som identifiserte seg med jobben sin, og det gjør hun selvsagt gjennom hele livet. Hun hadde aldri vært «fru Hansen», men en tøff og kjærlig kvinne med en distinkt identitet. Nettopp på vei inn i demensen måtte det være kjempevanskelig å oppleve at hele hennes identitet bare ble neglisjert. Nå var hun liksom ingen. Hun forsvant både for dem rundt henne og for seg selv.

- Ingen vet når en kommer i den situasjonen. Men vi vet at vi har den fasen der vi kan drive identitetsforvaltning og gjøre «de andre tingene».

Den fjerde alderen. Den vi frykter. Jeg møter blikket hennes. Ingen vil bli gammel. ❌

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 20-29 FAGFELLEVDERT

HEGE H. BYE, Institutt for samfunnspsykologi, Universitetet i Bergen

KONTAKT hege.bye@uib.no

ALDERSSTEREOTYPER

Implikasjoner for eldre menneskers helse, velvære og prestasjoner

Utover diskriminering fra andre kan stereotyper være skadelige når forestillingene internaliseres i selvet. Artikkelen gir en oversikt over nyere forskning på konsekvenser av aldersstereotyper for Eldres helse, velvære og prestasjoner.

Stereotyper om eldre som gruppe inneholder både positive og negative elementer (Kite, Stockdale, Whitley, & Johnson, 2005). På den ene siden tillegges eldre trekk som vennlighet, ærlighet og varme (Cuddy, Norton, & Fiske, 2005). Visdom og rollen som rådgiver forbindes også gjerne med eldre. På den andre siden vurderes eldre som mindre attraktive, og høyere alder assosieres med fysisk og mental svekkelse (Kornadt & Rothermund, 2011). Særlig sentralt i aldersstereotyper står overdrevne oppfatninger om svekket kompetanse i form av evner, ferdigheter, intelligens og hukommelse (Cuddy et al., 2005; Kite et al., 2005; Kornadt & Rothermund, 2011). Dette karikerte bildet av eldre som vennlige, men inkompetente, er funnet i en rekke land (Cuddy et al., 2005), også i Norge (Bye, Herrebrøden, Hjetland, Røyset, & Westby, 2014).

Stereotyper kan utgjøre en trussel for eldre mennesker når de fører til diskriminering fra andre, som at eldre blir snakket ned til, oversett og ekskludert. Å bli utsatt for diskriminering er imidlertid ikke den eneste negative konsekvensen av aldersstereotyper. Gamle menneskers egne forestillinger om eldre og aldring kan også potensielt være skadelige (Ben-

ABSTRACT

Age stereotypes: consequences for older people's health, well-being and performance

Stereotypes of «old people» portray elderly individuals as nice, but incompetent, and the aging process is commonly associated with exaggerated notions of physical and mental decline. Beyond being a cause of discrimination from others, such stereotypes can be detrimental for older individuals when they are internalized into the self. In this paper, I review recent (2010-2015) research on the consequences of internalization and activation of age stereotypes for the health, well-being and performance of older individuals. The reviewed articles document detrimental effects of age stereotypes across a range of outcomes (e.g., health behaviors, death, recovery from disability, hospitalization, will to live, subjective health, self-perceptions, memory, and cognitive performance), but also show promising results from an intervention aimed at improving physical performance through strengthening positive views on aging.

Keywords: age stereotypes, health, well being, performance

nett & Gaines, 2010). For eksempel viste Levy og kolleger at personer med mer negative forestillinger om eldre hadde en sterkere svekkelse av hukommelsen over en tidsperiode på opp til 38 år, enn personer som ved starten av studien hadde et mer positivt syn på eldre (Levy, Zonderman, Slade, & Ferrucci, 2012). Bare det å lese en kort tekst som fremstiller eldre på en stereotypisk negativ måte, kan være nok til å forsterke en følelse av ensomhet og dårligere helse blant eldre (Coudin & Alexopoulos, 2010). For å forstå hvordan og hvorfor slike effekter kan oppstå, er det nyttig å ta utgangspunkt i forskning på internalisering og aktivisering av aldersstereotyper.

Becca Levys (2009) teori om hvordan stereotyper innlemmes i selvet (Stereotype embodiment theory), fremhever at stereotyper om aldring og eldre internaliseres i barndommen og gjennom livsløpet. Slike internaliserte stereotyper kan være både negative og positive. På et tidspunkt blir aldersstereotypene selv-relevante. Dette skjer når det å bli gammel ikke lenger er noe som skal skje en gang i fremtiden, men at å være gammel er noe man er, samtidig som man identifiserer seg med andre som også er eldre. Effekter av aldersstereotyper på Eldres opplevelser og atferd forsterkes når identiteten som «eldre» er fremtredende (Levy, 2009). Samtidig vil man som voksen ha med seg stereotypiske forestillinger om «eldre» som sosial kategori, uavhengig av om man har kommet til det punktet hvor man faktisk identifiserer seg selv som eldre. I forskning måles disse forestillingene gjerne ved at deltakerne oppgir hvilke egenskaper de assosierer med eldre, og man ser at det er individuelle forskjeller i hvorvidt assosiasjonene er utelukkende negative, blandede eller mer positive.

Stereotyper kan aktiveres, altså gjøres mentalt tilgjengelige i en konkret situasjon, av et mangfold av stimuli i miljøet. I hverdagen kan slike stimuli være alt fra bilder og symboler til språklige vendinger, som for eksempel: «Begynner du å bli gammel og glemsk?» I eksperimentell forskning brukes gjerne såkalt priming for å aktivere stereotyper. Priming innebærer at en mental representasjon, som en stereotyp, blir «aktivert tilfeldig eller på en diskret måte i én kontekst, for så å påvirke det som skjer etterpå, uten at personen er oppmerksom på denne påvirkningen» (Bargh, 2006, s. 147, min oversettelse). Priming inkluderer både implisitte (subliminale) prosesser, der stereotypen aktiveres utenfor individets bevissthet¹ (f.eks. ved at stereotypiske ord presenteres for deltakeren på en dataskjerm så raskt at personen ikke bevisst kan oppfatte ordene), og eksplisitte (supraliminale) prosesser, der stereotypen aktiveres mer direkte (f.eks. ved å lese en avisartikkel der eldre fremstilles negativt). Et typisk forskningsdesign der man benytter priming, innebærer at deltakerne først utfører en oppgave der aldersstereotyper aktiveres, og deretter en annen, tilsynelatende urelatert, oppgave.

Når en stereotyp er blitt primet, kan den påvirke atferdsresponsen gjennom flere mekanismer (Wheeler & DeMarree, 2009), blant annet gjennom å påvirke innholdet i det aktive selv-konseptet (Wheeler, DeMarree, & Petty, 2007). Når selv-relevante stereotyper aktiveres, er den mest van-

.....

1. I den engelskspråklige forskningslitteraturen på dette feltet skiller det ofte mellom aktivisering av stereotyper som skjer innenfor og utenfor «awareness». Den nærmeste oversettelsen av «awareness» til norsk er «bevissthet». Jeg velger derfor å bruke begrepet «bevissthet», men anerkjenner at dette ikke er en optimal oversettelse av «awareness».

lige responsen at den påfølgende atferden tilpasses til innholdet i stereotypen (Wheeler & Petty, 2001). Et sentralt moment er at stereotyper kan påvirke atferd også når de er aktivert implisitt (Levy, 2009; Wheeler & Petty, 2001).

Målet med denne artikkelen er å gi et overblikk over nyere forskning (2010–2015) på aldersstereotypers konsekvenser for eldre med utgangspunkt i internaliserte aldersstereotyper og aktivering av disse. Forskningslitteraturen favner bredt når det gjelder hvilke konsekvenser som har blitt studert, men som overordnet rammeverk kan utfallsmålene plasseres innenfor områdene helse og velvære og kognitive prestasjoner.

METODE

For å identifisere relevant forskning gjennomførte jeg et litteratursøk i ISI Web of Science databasen (gjennomført 11.1.2016) med søkeordene «stereotyp*» kombinert med «old*» eller «age*» eller «elder*» i tittelen og «internali*» eller «performance» eller «health*» eller «well-being*» som tema. Temaene «child*» eller «work*» eller «employ*» eller «stereotype threat» ble ekskludert, for å filtrere ut søk som omhandlet stereotyper blant barn og forskning på stereotyper i arbeidslivet. Jeg valgte også å ekskludere forskning på aldersbasert stereotypitrusel (Lamont, Swift, & Abrams, 2015). Denne forskningen har, til tross for mange fellestrekk, et noe annet teoretisk utgangspunkt enn forskningen på aktivering av aldersstereotyper. Den har også akkurat blitt oppsummert i en metaanalyse av Lamont og kolleger (2015). Søket var begrenset til empiriske artikler og kliniske studier på engelsk. Søket dekket de siste fem årene (2010–2015) og ga totalt 31 treff. Titlene og sammendragene til disse trefene ble gjennomgått, og studier som ikke belyste denne artikkelens tema, ble ekskludert. Fordi fokuset for artikkelen er konsekvenser av stereotyper, har jeg prioritert eksperimentelle og longitudinelle studier. Kryssseksjonelle studier ble derfor utelatt. Etter eksklusjon basert på disse kriteriene gjensto ti studier. I gjennomgangen av artiklene ble det identifisert ytterligere én studie som var relevant for litteraturgjennomgangen (Haslam, Morton, Haslam, Varnes, Graham, & Gamaz, 2012), og denne ble inkludert. De totalt 11 studiene som ble tatt med, er markert med en stjerne i referanselisten.

RESULTATER

En oversikt over samtlige studier som er inkludert i litteraturgjennomgangen, er presentert i tabell 1 (Se side 24).

Helse og velvære

Internalisering og aktivering av aldersstereotyper har blitt studert i sammenheng med flere helserelaterte utfall. I en prospektiv studie fokuserte Stewart og kolleger (Stewart, Chipperfield, Perry, & Weiner, 2012) på den stereotypiske oppfatningen om at «det å være gammel er å være syk». Deltakerne var kronisk syke personer (80 år og eldre). Deltakerne rapporterte opplevde årsaker til sin sykdom samt en rekke kontrollvariabler ved baseline. Oppfatninger om at sykdom skyldes alderdom ved baseline, predikerte lavere nivå av positiv helseatferd (bl.a. mosjon, hvile og kosthold) og høyere sannsynlighet for død ved oppfølging etter to år, også når kontrollvariablene var tatt i betraktning.

En annen longitudinell studie over en tiårsperiode med fokus på uførhet viste at deltakere (70 år og eldre) med mer positive aldersste-



Bare det å lese en kort tekst som fremstiller eldre på en stereotypisk negativ måte, kan være nok til å forsterke en følelse av ensomhet og dårligere helse blant eldre



Tabell 1 Oversikt over studier som er inkludert i litteraturoversikten

Referanse	Sentrale prediktorer	Sentrale utfallsmål	Design	Hovedfunn
Stewart, Chipperfield, Perry og Weiner (2012)	Attribusjon av sykdom til høy alder	Opplevde symptomer, helseatferd (kosthold, hvile, mosjon, tannpleie, respons på helseproblemer) og dødelighet	Prospektiv studie, måling ved baseline og to års oppfølging	Attribusjon av sykdom til høy alder assosiert med a) høyere nivå av opplevde symptomer, b) mindre positiv helseatferd, og c) større sannsynlighet for død ved to års oppfølging.
Levy, Slade, Murphy og Gill (2012)	Positive vs. negative aldersstereotyper	Gjenervervelse av funksjonsevnen etter alvorlig uførhet	Longitudinell studie med jevnlig målinger gjennom 10 år	Mer positive aldersstereotyper økte sannsynligheten for å gjenerverve funksjonsevnen etter alvorlig uførhet.
Levy, Slade, Chung og Gill (2015)	Positive vs. negative aldersstereotyper	Sykehusinnleggelse	Longitudinell studie med jevnlig målinger gjennom 10 år	Mer negative aldersstereotyper ved baseline økte sannsynligheten for sykehusinnleggelse over den påfølgende 10-årsperioden.
Coudin og Alexopoulos (2010)	Positive vs. nøytrale vs. negative aldersstereotyper	Ensomhet og risikovillighet (eksperiment 1), subjektiv helse og å be om hjelp til en utfordrende oppgave (eksperiment 2)	Eksperimentelt, aldersstereotyper primet ved at deltakerne leste (eksperiment 1) eller lyttet (eksperiment 2) til en tekst	Aktivisering av negative stereotyper assosiert med mer ensomhet og mindre risikovillighet (eksperiment 1), samt dårligere subjektiv helse og økt hyppighet av å be om hjelp (eksperiment 2).
Kotter-Grünn og Hess (2012)	Positive vs. negative aldersstereotyper vs. kontrollgruppe	Subjektiv alder (hvor gammel man føler seg, ønsker å være og syns man ser ut) og tilfredshet med egen aldringsprosess	Eksperimentelt, aldersstereotyper primet ved at deltakerne så på et bilde og leste en vignett om en eldre person	Aktivisering av negative aldersstereotyper utløste et ønske om å være yngre og en opplevelse av å se eldre ut, særlig blant personer med dårlig helse. Friske eldre følte seg eldre etter å ha blitt primet med både positive og negative stereotyper.
Marques, Lima, Abrams og Swift (2014, eksperiment 2)	Positive vs. negative aldersstereotyper Tid mellom priming og utfallsmål (umiddelbar vs. forsinket)	Vilje til å leve	Eksperimentelt, aldersstereotyper (ord) ble presentert på en pc-skjerm så hurtig at deltakerne ikke bevisst kunne oppfatte ordene (subliminal/implisitt priming)	Deltakere eksponert for positive aldersstereotyper, uttrykte i større grad vilje til å leve enn deltakere eksponert for negative stereotyper både umiddelbart etter primingen og etter en tre minutters forsinkelse.
Moriello, Cotter, Shook, Dodd-McCue, og Welleford (2013, eksperiment 2)	Positive vs. nøytrale vs. negative aldersstereotyper	Fysiske prestasjoner	Eksperimentelt, aldersstereotyper ble primet gjennom kontakt med fysiske objekter assosiert med eldre	Aktiveringen av stereotyper hadde ingen effekt på fysiske prestasjoner.
Levy, Pilver, Chung og Slade, (2014)	Positive aldersstereotyper primet gjentatte ganger implisitt vs. eksplisitt	Fysiske prestasjoner, aldersstereotyper og syn på seg selv som gammel	Eksperimentell intervensjonsstudie, aldersstereotyper (ord) ble presentert på en pc-skjerm så hurtig at deltakerne ikke bevisst kunne oppfatte ordene (subliminal/implisitt priming), eller aldersstereotyper ble aktivert gjennom at deltakerne forestilte seg og skrev om friske eldre (eksplisitt priming)	Den implisitte intervensjonen førte til mer positive aldersstereotyper, mer positivt syn på seg selv som gammel og bedret fysisk prestasjon. Den eksplisitte intervensjonen førte til mer positive aldersstereotyper.

Tabell 1 fortsetter

Referanse	Sentrale prediktorer	Sentrale utfallsmål	Design	Hovedfunn
Haslam et al. (2012)	Selv-kategorisering (yngre vs. gammel) og forventninger til aldring (svekket hukommelse vs. svekkede kognitive ferdigheter)	Hukommelse og generell kognitiv fungering	Eksperimentell studie, manipulering av deltakernes selv-kategorisering og forventninger	Deltakerne som selv-kategoriserte seg som «eldre», skåret lavere på tvers av testene, men dette var avhengig av deltakernes spesifikke forventninger. Effekten var sterkere på utfallsmål for hukommelse for deltakerne som forventet dette, og på kognitive ferdigheter for deltakere som forventet dette.
Levy, Zonderman, Slade og Ferrucci (2012)	Aldersstereotyper	Hukommelse	Longitudinell studie med gjentatte målinger gjennom 38 år	Deltakere med mer negative aldersstereotyper målt ved baseline hadde en større nedgang i visuell hukommelse over tid enn deltakere med mindre negative aldersstereotyper.
Meisner (2012)	Stereotypens valør (negativ vs. nøytral vs. positiv) Type priming (implisitt vs. eksplisitt)	Utfallsmål innen fire domener (hukommelse, psykomotorisk, fysiologisk og sosialt)	Metaanalyse	Positiv priming fører til mer positive utfall, og negativ priming fører til mer negative utfall, på tvers av domener. Effekten av negativ priming var sterkere enn effekten av positiv priming.

reotyper hadde 44 % større sjanse for å gjenerverve funksjonsevnen etter alvorlig uførhet enn deltakere med mer negative aldersstereotyper (Levy, Slade, Murphy, & Gill, 2012). I en undersøkelse med utgangspunkt i den samme populasjonen kom det også frem at deltakere med mer negative aldersstereotyper ved baseline hadde 50 % større sannsynlighet for sykehusinnleggelse over den påfølgende tiårsperioden enn deltakere med mer positive aldersstereotyper. Igjen var analysene kontrollert for en rekke relevante kovariater (Levy, Slade, Chung, & Gill, 2015).

Disse feltstudiene understøttes av flere eksperimentelle studier med helserelevante utfallsmål. Coudin og Alexopoulos (2010) primet aldersstereotyper blant friske eldre (65–81 år) ved hjelp av en tekst som beskrev eldre mennesker på en negativ, positiv eller nøytral måte. Deltakere som leste en negativ fortelling, rapporterte at de var mer ensomme og mindre tilbøyelige til å ta sjanser (eksperiment 1), de rapporterte dårligere subjektiv helse, og de ba mer om hjelp til en utfordrende oppgave (eksperiment 2) enn deltakerne i de andre betingelsene.

I en lignende studie undersøkte Kotter-Grühn og Hess (2012) hvorvidt aktivering av aldersstereotyper påvirket to typer selvoppfatninger knyttet til aldringsprosessen: subjektiv alder (hvor gammel man føler seg, ønsker å være og syns man ser ut) og tilfredshet med egen aldringsprosess. De primet voksne (18–92 år) med positive eller negative aldersstereotyper ved hjelp av bilder og vignetter av eldre personer. Når det gjaldt de eldre deltakerne (61–92 år), viste studien blant annet at å bli eksponert for negative aldersstereotyper utløste et ønske om å være yngre og en opplevelse av å se eldre ut, særlig blant personer med dårlig helse. Når det gjaldt hvor gammel man føler seg, påvirket den negative primingen kun friske eldre. Disse deltakerne følte seg eldre etter bildene og vignettene av både positive og negative stereotyper. Tilfredshet med egen aldringsprosess ble ikke påvirket av primingen.

Et annet helserelevant utfallsmål er livsvilje. Marques og kolleger undersøkte effekten av subliminal priming av aldersstereotyper på vilje til å leve, operasjonalisert som villighet til å motta livsforlengende medisinsk behandling »



Eldre deltakere viste i gjennomsnitt mindre vilje til å leve etter å ha blitt eksponert for negative aldersstereotyper

i et tenkt scenario (Marques, Lima, Abrams, & Swift, 2014). Deltakerne var yngre (20-årene) og eldre (70-årene) voksne som ble eksponert for stereotypiske ord på en pc-skjerm så hurtig at ordene ikke kunne oppfattes bevisst. Målingen av vilje til å leve ble enten gjennomført umiddelbart etter primingen eller etter en tre minutter lang distraksjonsoppgave. Eldre deltakere viste i gjennomsnitt mindre vilje til å leve etter å ha blitt eksponert for negative aldersstereotyper. Denne effekten viste seg også når målingen ble foretatt etter distraksjonsoppgaven. Utover å vise at aktivisering av aldersstereotyper kan påvirke medisinske beslutninger blant eldre, illustrerer dette eksperimentet også at primingeffekten ikke er begrenset til de første (milli)sekundene etter primingen, men kan vare ved i flere minutter (se Bargh, 2014, for en diskusjon om tidsaspektet ved priming).

Aktivisering av stereotyper har også blitt studert i sammenheng med fysiske prestasjoner. Moriello og kolleger undersøkte om stereotyper som var aktivert gjennom kontakt med materielle objekter, kunne påvirke fysiske prestasjoner blant eldre (Moriello, Cotter, Shook, Dodd-McCue, & Welleford, 2013, eksperiment 2). Objektene ble valgt ut for å være nøytrale (f.eks. stiftemaskin) eller for å reflektere negative (f.eks. rullator) og positive (f.eks. gamle filmer) stereotyper om eldre. Deltakerne (gjennomsnittlig 75 år gamle) ble eksponert for objektene på ulike måter, blant annet gjennom å sortere dem etter høyde. Både før og etter interaksjonen med objektene gjennomførte deltakerne Short Physical Performance Battery (SPPB; Guralnik et al., 1994); en serie tester som måler balanse, gangtempo og styrke i beina. Gruppens skårer på testene i SPPB etter eksponering ble sammenlignet, kontrollert for SPPB-skårer før eksponering. Resultatet viste ingen signifikante forskjeller mellom gruppene. Forfatterne peker på at motivasjon for å prestere godt på den fysiske testingen kan ha motvirket den potensielle effekten av negative stereotyper. Det er også verdt å påpeke at debrifingen viste at kun 31 % av deltakerne i gruppen som ble eksponert for objekter valgt ut for å aktivere negative aldersstereotyper, oppga at de assosierte objektene med eldre. En betydelig andel assosierte objektene med funksjonshemmede (19 %) eller funksjonshemmede eldre (13 %). I og med at alle deltakerne var friske, er det sannsynlig at flere ikke opplevde at den negative aldersstereotypen var selv-relevant. Dette kan potensielt ha bidratt til at effekten uteble.

En annen studie har imidlertid vist effekter av aktivisering av aldersstereotyper på fysiske prestasjoner (Levy, Pilver, Chung, & Slade, 2014). I en intervensjonsstudie undersøkte Levy og kolleger effekten av subliminal priming av positive aldersstereotyper på fysisk funksjonsevne tre uker etter intervensjonen. Primingen innebar at stereotypiske ord ble presentert for deltakeren på en dataskjerm så raskt at personen ikke bevisst kunne oppfatte ordene, og ble gjennomført én gang per uke i fire uker. Fysisk funksjon ble målt ved hjelp av Short Physical Performance Battery (Guralnik et al., 1994). Deltakerne var eldre i aldersspennet 61–99 år. Resultatet viste at intervensjonen styrket deltakernes positive aldersstereotyper, førte til et mer positivt syn på en selv som gammel, og bedret fysisk form målt på SPPB. Intervensjonen reduserte også negative aldersstereotyper og bedret negative oppfatninger om en selv som gammel. Sammenlignet med en eksplisitt intervensjon som besto av å forestille seg og skrive essays om mentalt og fysisk friske eldre personer, hadde den implisitte intervensjonen sterkere effekter på samtlige utfallsmål. Den eksplisitte intervensjonen førte kun til mer positive aldersstereotyper.

Studiene over viser altså at eksplisitt og implisitt aktivering av negative aldersstereotyper kan bidra til å skape ensomhet og uselvstendighet blant eldre (Coudin & Alexopoulos, 2010), utløse negative selvpoppfatninger knyttet til aldringsprosessen (Kotter-Grühn & Hess, 2012) og påvirke eldre personers medisinske beslutninger (Marques et al., 2014). Over tid er det mulig at disse mekanismene bidrar til utfallene som er observert i feltstudier, der aldersstereotyper er blitt knyttet til helseatferd, sykehusinnleggelse, gjenervervelse av funksjon etter uførhet og dødelighet (Levy et al., 2015; Levy, Slade, et al., 2012; Stewart et al., 2012). I lys av dette er det derfor svært spennende at Levy og kolleger (2014) demonstrerer at man kan utnytte effektene av implisitt aktivering av positive aldersstereotyper i intervensjoner for å bedre Eldres fysiske prestasjoner.

Kognitive prestasjoner

Sammenhengen mellom aldersstereotyper og kognitive prestasjoner har også blitt studert eksperimentelt og longitudinelt. Catherine Haslam og kolleger manipulerte Eldres selv-kategorisering som yngre eller gammel og forventninger til at høyere alder medfører enten spesifikt dårligere hukommelse eller generell nedgang i kognitive ferdigheter (Haslam et al., 2012). Deltakerne i studien var friske personer i sekstiårene. Ved baseline viste ingen deltakere tegn til svekket kognitiv fungering, målt med «Mini Mental State Examination» (MMSE; Folstein, Folstein, & McHugh, 1975) og «National Adult Reading Test» (NART; Blair & Spreen, 1989). Etter å ha blitt fortalt at de enten var blant de yngre eller de eldre deltakerne i studien (manipulasjon av selv-kategorisering), og lest en kort tekst om at høyere alder enten medfører hukommelsesproblemer eller medfører generell svekkelse av kognitive ferdigheter (manipulasjon av forventninger), gjennomførte deltakerne tester av hukommelse (Wechsler Memory Scale – third edition; Wechsler, 1997) og generell kognitiv fungering (Addenbrooke's Cognitive Examination-Revised, ACE-R; Mioshi, Dawson, Mitchell, Arnold, & Hodges, 2006). ACE-R brukes som screening-verktøy for å identifisere demens og dekker fem domener (oppmerksomhet/orientering, hukommelse, verbal flyt, språk og visuelle/spatiale evner).

Resultatet viste at deltakerne som selv-kategoriserte seg som «eldre», skåret lavere på tvers

av testene, og at dette var avhengig av deltakernes spesifikke forventninger. Effekten var sterkere på utfallsmål for hukommelse for deltakerne som forventet dette, og på kognitive ferdigheter for deltakere som forventet dette. Mest oppsiktsvekkende var det at i den gruppen der deltakerne selv-kategoriserte seg som gamle og forventet en nedgang i generelle kognitive ferdigheter, skåret 70 % så lavt at de krysset den kliniske terskelen for indikasjon på demens på ACE-R, sammenlignet med i gjennomsnitt 14 % i de tre andre betingelsene. Dette skjedde til tross for like prestasjoner mellom gruppene ved baseline.

Effekten av stereotyper på hukommelse har også vist seg utenfor laboratoriet. Levy og kolleger (Levy, Zonderman, et al., 2012) studerte effekten av negative aldersstereotyper på visuell hukommelse testet med «Benton Visual Retention Test» (Benton, 1974). Ved baseline var deltakerne i gjennomsnitt 45 år gamle. Over en periode på 38 år, med gjentatte målinger av visuell hukommelse, fant de at deltakere med mer negative aldersstereotyper målt ved baseline hadde en større nedgang i visuell hukommelse over tid enn deltakere med mindre negative aldersstereotyper. For deltakere som var 60 år eller eldre, var nedgangen i visuell hukommelse 30,2 % sterkere for personer med mer negative aldersstereotyper ved baseline enn for personer med mindre negative aldersstereotyper. Denne effekten var sterkere hos personer der aldersstereotypene var selv-relevante; altså for personer som hadde nådd den alderen da de selv mente at man er gammel.

Meta-analyse

Som gjennomgangen har vist, har man i den eksperimentelle delen av forskningen aktivert positive og negative aldersstereotyper både implisitt og eksplisitt. Meisner (2012) gjennomførte en metaanalyse av effekten av å bli primet med positive og negative stereotyper på eldre mennesker. Han så spesifikt på effekten av negativ versus positiv priming, betydningen av om primingen var implisitt eller eksplisitt, samt interaksjonen mellom primingens valør og deltakernes oppmerksomhet på primingen. Resultatene viste at effektene av priming er lik på tvers av ulike domener (hukommelse, psykomotoriske, fysiologiske, og sosialpsykologiske utfall). Positiv priming fører til mer positive utfall, og negativ priming fører til mer negative utfall. Effekten av negativ priming var

»

imidlertid om lag 2,5 ganger sterkere enn effekten av positiv priming, sammenlignet med kontrollgruppebetingelsene (nøytral priming). Denne forskjellen var ikke avhengig av deltakernes oppmerksomhet på primingen (implisitt vs. eksplisitt). Det er imidlertid viktig å ta i betraktning at eksplisitt priming kun ble testet på seks utfallsmål, og at metaanalysen baserer seg på kun syv studier. Flere studier er kommet til de siste årene, og denne litteraturen bør oppsummeres i en ny metaanalyse.

KONKLUSJON

Forskningen fra de siste fem årene viser at aldersstereotyper kan ha en rekke konsekvenser for eldre. Negative aldersstereotyper har blitt knyttet til mindre positiv helseatferd og høyere dødelighet (Stewart et al., 2012), økt sannsynlighet for sykehusinnleggelse (Levy et al., 2015), mindre gjenervelse av funksjon etter uførhet (Levy, Slade, et al., 2012) og reduksjon i visuell hukommelse (Levy, Zonderman, et al., 2012). Når negative aldersstereotyper aktiveres eksperimentelt, kan de påvirke Eldres selvoppfatninger (Kotter-Grühn & Hess, 2012), medisinske beslutninger (Marques et al., 2014), selvstendighet og subjektive helse (Coudin & Alexopoulos, 2010) samt skårer på tester av ulike kognitive ferdigheter (Haslam et al., 2012). Disse funnene har flere implikasjoner for videre forskning og praksis.

Som Levy og kolleger (2014) viste, er det mulig å bedre fysisk fungering blant eldre gjennom subliminal priming av positive aldersstereotyper. Disse resultatene er lovende og bør følges opp av flere intervensjonsstudier, også rettet mot andre utfall enn fysisk helse (f.eks. mental helse eller arbeidsprestasjoner). Studiene viser også at aldersstereotyper kan aktiveres på en rekke måter, for eksempel ved hjelp av enkeltord, tekster og bilder. Selv en enkelt instruks som «Vi er interessert i hvordan personer i ulike aldre presterer på en evnetest. Du er blant de eldre deltakerne vi tester» kan være nok til å påvirke eldre menneskers prestasjoner negativt (Haslam et al., 2012). For personer som i sin yrkesutøvelse gjennomfører standardiserte tester med eldre, kan det være nyttig å reflektere over hvorvidt testresultatene kan bli påvirket av trekk ved omgivelsene, for eksempel tekst og bilder som er tilgjengelig i testmiljøet, eller fagpersonens egen atferd, som hvordan man ordlegger seg når man introduserer testen.

Hvorvidt og hvordan negative aldersstereotyper kan være involvert i utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser, er også et viktig felt

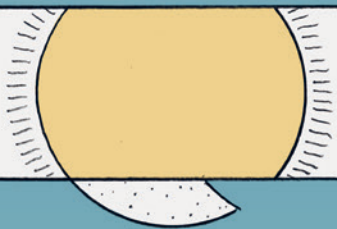
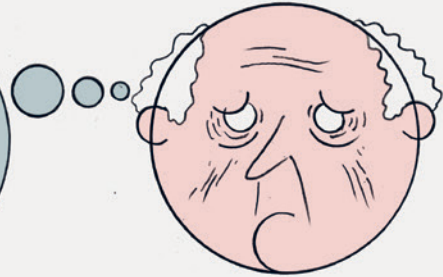
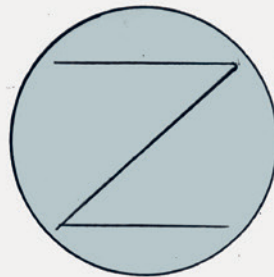
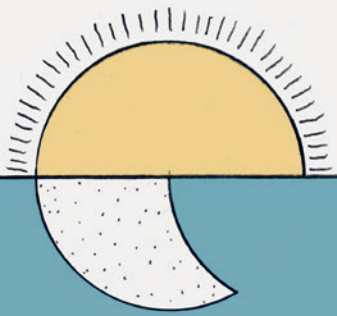
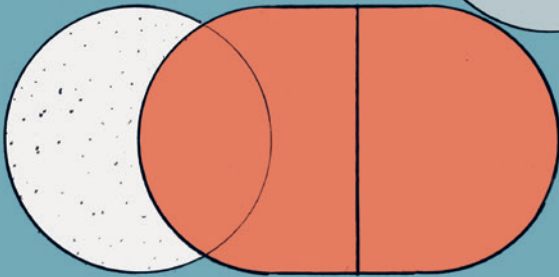
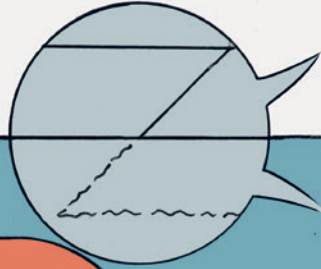
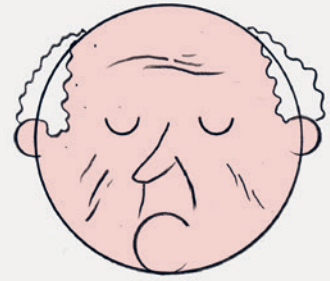
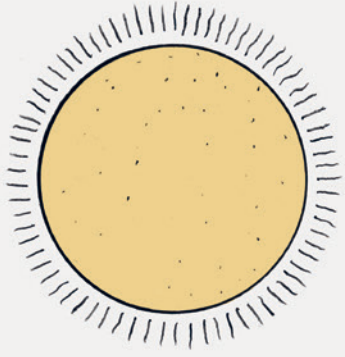
for videre forskning. I sitt integrerte perspektiv på stereotyper, fordommer og depresjon fremmer Cox og kolleger ideen om at depresjon kan være et utfall av at negative stereotyper blir selv-relevante (Cox, Abramson, Devine, & Hollon, 2012). De foreslår også spesifikt at personer med mer negative aldersstereotyper vil være mer sårbare for depresjon når de eldes, og gir eksempler på hvordan priming kan brukes som et ledd i behandling. De foreslår for eksempel at en pasient som selv-stereotypiserer seg som inkompetent, kan oppfordres til å sette frem bilder hjemme fra situasjoner der hun følte seg kompetent, som en jobbsituasjon eller fritidsaktivitet. Disse forslagene bør utforskes empirisk.

En fersk metaanalyse viser at holdninger til eldre blir mer negative når land opplever en raskt voksende eldre befolkning (North & Fiske, 2015). Én forklaring er at konflikter mellom generasjoner knyttet til begrensede ressurser, som velferdsgoder, kan føre med seg sterkere fordommer mot eldre (North & Fiske, 2012). Dersom holdningene til eldre i samfunnet generelt blir mer negative, er det en mulig konsekvens at også Eldres egne aldersstereotyper farges av dette, med de negative konsekvensene det igjen kan føre med seg. Tatt i betraktning at om lag hver femte person i Norge forventes å være 70 år eller mer i 2060 (Statistisk sentralbyrå, 2016), vil det være avgjørende at flest mulig får en friskest mulig alderdom. Å forstå hvordan man kan endre negative og forsterke positive aldersstereotyper, både hos enkeltpersoner og på samfunnsnivå, kan bidra til å nå dette målet. ✘

REFERANSER

- Bargh, J.A. (2006). What have we been priming all these years? On the development, mechanisms, and ecology of non-conscious social behavior. *European Journal of Social Psychology*, 36, 147–168. doi:10.1002/ejsp.336
- Bargh, J.A. (2014). The historical origins of priming as the preparation of behavioral responses: Unconscious carryover and contextual influences of real-world importance. *Social Cognition*, 32, 209–224.
- Bennett, T., & Gaines, J. (2010). Believing what you hear: The impact of aging stereotypes upon the old. *Educational Gerontology*, 36, 435–445. doi:10.1080/03601270903212336
- Benton, A.L. (1974). Revised Visual Retention Test: Clinical and experimental applications (4th ed.). New York: Psychological Corporation.
- Blair, J.R., & Spreen, O. (1989). Predicting premorbid IQ: A revision of the national adult reading test. *Clinical Neuropsychologist*, 3, 129–136. doi:10.1080/13854048908403285
- Bye, H.H., Herrebrøden, H., Hjetland, G.J., Røyset, G.O., & Westby, L.L. (2014). Stereotypes of Norwegian social groups. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55, 469–476. doi:10.1111/sjop.12141

- Coudin, G., & Alexopoulos, T. (2010). 'Help me! I'm old!' How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Aging & Mental Health, 14*, 516–523. doi:10.1080/13607861003713182
- Cox, W.T.L., Abramson, L.Y., Devine, P.G., & Hollon, S.D. (2012). Stereotypes, prejudice, and depression: The integrated perspective. *Perspectives on Psychological Science, 7*, 427–449. doi:10.1177/1745691612455204
- Cuddy, A.J.C., Norton, M.I., & Fiske, S.T. (2005). This old stereotype: The pervasiveness and persistence of the elderly stereotype. *Journal of Social Issues, 61*, 267–285. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00405.x
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., & McHugh, P.R. (1975). «Mini-Mental State» – A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research, 12*(3), 189–198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Guralnik, J.M., Simonsick, E.M., Ferrucci, L., Glynn, R.J., Berkman, L.F., Blazer, D.G., ... Wallace, R.B. (1994). A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *Journals of Gerontology, 49*, M85-M94.
- Haslam, C., Morton, T.A., Haslam, S.A., Varnes, L., Graham, R., & Gamaz, L. (2012). «When the age is in, the wit is out»: Age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychology and Aging, 27*, 778–784. doi:10.1037/a0027754
- Kite, M.E., Stockdale, G.D., Whitley, B.E., & Johnson, B.T. (2005). Attitudes toward younger and older adults: An updated meta-analytic review. [Review]. *Journal of Social Issues, 61*, 241–266. doi:10.1111/j.1540-4560.2005.00404.x
- Kornadt, A.E., & Rothermund, K. (2011). Contexts of aging: Assessing evaluative age stereotypes in different life domains. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 66*, 547–556. doi:10.1093/geronb/gbr036
- Kotter-Grühn, D., & Hess, T.M. (2012). The impact of age stereotypes on self-perceptions of aging across the adult lifespan. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 67*, 563–571. doi:10.1093/geronb/gbr153
- Lamont, R.A., Swift, H.J., & Abrams, D. (2015). A review and meta-analysis of age-based stereotype threat: Negative stereotypes, not facts, do the damage. *Psychology and Aging, 30*, 180–193. doi:10.1037/a0038586
- Levy, B.R. (2009). Stereotype embodiment: A psychosocial approach to aging. *Current Directions in Psychological Science, 18*, 332–336.
- Levy, B.R., Pilver, C., Chung, P.H., & Slade, M.D. (2014). Subliminal strengthening: Improving older individuals' physical function over time with an implicit-age-stereotype intervention. *Psychological Science, 25*, 2127–2135. doi:10.1177/0956797614551970
- Levy, B.R., Slade, M.D., Chung, P.H., & Gill, T.M. (2015). Resiliency over time of elders' age stereotypes after encountering stressful events. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 70*, 886–890. doi:10.1093/geronb/gbu082
- Levy, B.R., Slade, M.D., Murphy, T.E., & Gill, T.M. (2012). Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *Jama-Journal of the American Medical Association, 308*, 1972–1973. doi:10.1001/jama.2012.14541
- Levy, B.R., Zonderman, A.B., Slade, M.D., & Ferrucci, L. (2012). Memory shaped by age stereotypes over time. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 67*, 432–436. doi:10.1093/geronb/gbr120
- Marques, S., Lima, M.L., Abrams, D., & Swift, H. (2014). Will to live in older people's medical decisions: immediate and delayed effects of aging stereotypes. *Journal of Applied Social Psychology, 44*, 399–408. doi:10.1111/jasp.12231
- Meisner, B.A. (2012). A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *Journals of Gerontology Series B-Psychological Sciences and Social Sciences, 67*, 13–17. doi:10.1093/geronb/gbr062
- Mioshi, E., Dawson, K., Mitchell, J., Arnold, R., & Hodges, J.R. (2006). The Addenbrooke's Cognitive Examination Revised (ACE-R): a brief cognitive test battery for dementia screening. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 21*, 1078–1085. doi:10.1002/gps.1610
- Moriello, G., Cotter, J.J., Shook, N., Dodd-McCue, D., & Welleford, E.A. (2013). The Effect of Implicit Stereotypes on the Physical Performance of Older Adults. *Educational Gerontology, 39*, 599–612. doi:10.1080/03601277.2012.704241
- North, M.S., & Fiske, S.T. (2012). An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychological Bulletin, 138*, 982–997. doi:10.1037/a0027843
- North, M.S., & Fiske, S.T. (2015). Modern attitudes toward older adults in the aging world: A cross-cultural meta-analysis. *Psychological Bulletin, 141*, 993–1021. doi:10.1037/a0039469
- Statistisk sentralbyrå. (2016). Nøkkeltall for befolkning. Hentet 20.1.2016 fra <https://ssb.no/befolkning/nokkeltall>
- Stewart, T.L., Chipperfield, J.G., Perry, R.P., & Weiner, B. (2012). Attributing illness to 'old age': Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology & Health, 27*, 881–897. doi:10.1080/08870446.2011.630735
- Wechsler, D. (1997). Wechsler memory scale – Third edition abbreviated (Manual). San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wheeler, S.C., & DeMarree, K.G. (2009). Multiple mechanisms of prime-to-behavior effects. *Social and Personality Psychology Compass, 3/4*, 566–581. doi:10.1111/j.1751-9004.2009.00187.x
- Wheeler, S.C., DeMarree, K.G., & Petty, R.E. (2007). Understanding the role of the self in prime-to-behavior effects: The active-self account. *Personality and Social Psychology Review, 11*, 234–261. doi:10.1177/1088868307302223
- Wheeler, S.C., & Petty, R.E. (2001). The effects of stereotype activation on behavior: A review of possible mechanisms. *Psychological Bulletin, 127*, 797–826. doi:10.1037//0033-2909.127.6.797



By Peterson

Eldres søvnproblemer

Hva kan vi, og hva trenger vi å vite om søvnfysiologi og kartlegging for å kunne tilby psykologbehandling av søvnproblemer hos eldre?

En aldrende befolkning endrer behovet for helsetjenester. Eldre er overrepresentert med hensyn til antall besøk til fastlegen, henvisninger til spesialister samt liggedøgn på sykehus. Dette står i sterk kontrast til Eldres bruk av psykologtjenester, der man finner at eldre mottar færre psykologtjenester enn noen andre aldersgrupper i befolkningen (Mørk, 2010).

Søvnens rolle i livet vårt blir ofte undervurdert: Et 85 år langt liv innebærer rundt 28 år på puten, og dårlig søvn merkes raskt på humør og prestasjon. Over tid gir søvnproblemer økt risiko for psykisk lidelse, hjerte- og karsykdom, overvekt og diabetes (Sivertsen, Krokstad, Mykletun, & Øverland, 2009). Det er også funnet tydelige sammenhenger mellom søvnproblemer og risiko for langtidssykemelding og uføretrygd (Sivertsen, Krokstad, et al., 2009; Sivertsen, Øverland, Bjorvatn, Mæland, & Mykletun, 2009). Metaanalyser har vist et U-formet forhold mellom søvnlengde og dødelighet, der både lang og kort søvnlengde er uheldig, også for dem over 60 år (Silva et al., 2016).

Søvnproblemer forekommer hyppigere blant eldre. Derfor er det alvorlig at søvnproblemer i denne gruppen ofte feilbehandles eller ikke vies oppmerksomhet i det hele tatt (Wolkove, Elkholy, Baltzan, & Palayew, 2007b). Søvnvansker blir ofte møtt med medikamentell behandling, til tross for at det ofte er langt mer hensiktsmessig å se på de psykologiske og atferdsmessige faktorene bak søvnproblemet (Ruths et al., 2013; Sivertsen et al., 2006). Psykologer sitter med relevant og viktig grunnkunnskap til å behandle søvnproblemer, herunder tilnærminger fra kognitiv atferdsterapi og generelle prinsipper fra læringsteori. Psykologer er derfor svært egnede behandlere, særlig om vi tilegner oss tilgjengelig kunnskap om søvn og behandling av søvnproblemer, også rettet mot eldre.

SØVNREGULERING OG NOSOLOGI

Som ved mange andre forskningsfelt er eldre også underrepresentert i søvnstudier. Det betyr at vår forståelse av søvnregulering i stor grad baserer seg på dyrestudier eller studier med unge og friske voksne. Sentrale begreper fra søvn teori

TEKST

Elisabeth Flo og Inger Hilde Nordhus, Institutt for klinisk psykologi, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

KONTAKT

Elisabeth.Flo@uib.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson



er likevel viktig å ha med seg i møtet med eldre pasienter som sliter med søvnen (se tabell 1).

Ikke-medikamentell behandling av søvnproblemer tar utgangspunkt i tofaktormodellen for søvnregulering, der døgnrytme og opparbeidet søvnbehov er avgjørende for hvor lenge og hvor tungt vi sover. Kunnskap om mekanismer som påvirker søvnregulering, brukes for å maksimere betingelsene for god nattesøvn. Både døgnrytme og søvnbehov påvirkes av atferd. Derfor er det avgjørende å kartlegge de etablerte vanene som opprettholder søvnproblemene, slik at man kan tilpasse behandlingstiltak og råd om søvnhygiene.

Hvor godt vi har sovet, er en subjektiv opplevelse som også avhenger av fordeling av de ulike søvnstadiene gjennom natten. Tabell 1 beskriver kort de ulike søvnstadiene, der den dype søvnen bidrar til at søvnen oppleves som restituerende. Søvnkvaliteten kan bidra til den differensialdiagnostiske vurderingen av søvnproblemer. Mens opplevelsen av for lite søvn er typisk for insomni, vil andre søvnlidelser defineres av utpreget søvnighet til tross for normal søvnlengde. Sistnevnte symptomer kan tyde på at personen av ulike årsaker ikke har fått nok sammenhengende og dyp søvn.

Søvnforstyrrelser kan deles inn i seks hovedkategorier med ulik etiologi og behandlingsmuligheter: insomnier, søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser, døgnrytmeforstyrrelser, søvnrelaterte

respirasjonsforstyrrelser, hypersomnier og parasomnier (AASM, 2014). De fleste av disse søvnforstyrrelsene forekommer hyppigere hos eldre. Tabell 2 gir en oversikt over søvnlidelser og hvilke aldersrelaterte hensyn som bør vurderes.

MULTIMORBIDITET

Søvnen blir generelt sett dårligere med alderen, med kortere søvnlengde, flere oppvåkninger, mindre dyp søvn og svakere døgnrytme (Dijk, Duffy, Riel, Shanahan, & Czeisler, 1999). Yngre voksne har ca. 20–25 prosent dyp søvn om natten, mens dette reduseres til under 15 prosent hos de over 60 år (Mitterling et al., 2015). Denne endringen er merkbar for mange, selv om den regnes for å være en del av «normal aldring». I tillegg til slike aldersrelaterte endringer opplever rundt halvparten av alle personer over 65 år søvnproblemer (Wolkove et al., 2007a).

Sammenhengen mellom søvn og helse er mindre utforsket hos eldre. Det har blitt foreslått at vi trenger mindre søvn med alderen, og at dårligere nattesøvn dermed ikke er så farlig for eldre. Dette kan for mange være en betryggende tanke, men vi må ikke overse reelle søvnproblemer som kan forverre aldersrelaterte helseutfordringer. For eksempel kan søvnmangel hos eldre redusere livskvalitet og psykisk helse (Wolkove et al., 2007a), og ikke minst redusere kognitiv fungering (Scullin & Bliwise, 2015).

Tabell 1: Sentrale begreper knyttet til søvnregulering og søvnfysiologi.

Homeostatisk faktor	Det opparbeidede søvnbehovet som styres av hvor lenge det er siden forrige søvnperiode. Påvirker hvor dyp søvnen er.
Circadian faktor	Døgnrytmen avgjør timing og lengde på søvnen. Den påvirker ulike kroppslige funksjoner (f.eks. kroppstemperatur) og prestasjoner. Vår egenrytme er som regel lengre enn 24 timer og styres av «hovedklokken» (nucleus suprachiasmaticus). Døgnrytmen justeres etter omgivelsene, der lys er den viktigste tidsangiveren. Lyset bør ha høy intensitet (lux) for å kunne brukes til å behandle døgnrytmeforstyrrelser.
Søvnstadier	Stadium 1 (N1-søvn) og stadium 2 (N2-søvn) regnes som lett søvn. Slow Wave Sleep (N3-søvn) er den dype, restituerende søvnen. Rapid Eye Movement- (REM-) søvn kalles også den paradoksale søvn fordi hjernebølgene ligner våken tilstand, mens muskulaturen er atonisk.
Søvnhygiene	Atferd og vaner påvirker muligheten for god søvn. Søvnhygieneråd kan deles inn i atferd som påvirker søvnbehov (f.eks. ikke sove på dagtid), døgnrytme (f.eks. stå opp til fast tid, få nok dagslys) og aktivering (f.eks. ikke drikke kaffe).

Tabell 2: Beskrivelse av søvnlidelser etter inndeling fra International Classification of Sleep Disorders, 3. Ed. (ICSD-3) med fokus på aldersrelaterte hensyn (AASM, 2014; Wolkove, Elkholy, Baltzan, & Palayew, 2007a).

<p>Insomni defineres som opplevelse av mangelfull søvn på grunn av innsovningsvansker, nattlige oppvåkninger, og/eller tidlig morgenoppvåkning, som fører til nedsatt funksjon på dagtid. Siden redusert søvnkvalitet og kortere søvnlengde er en del av normal aldring, kan en viktig del av behandlingen være realitetsorientering og aksept for endringer i søvnmønster og kvalitet.</p>
<p>Døgnrytmeforstyrrelser preges av en faseforskyvning der egenrytmen ikke er i takt med omgivelsene. Flere blir «morgenmennesker» med alderen; innsovning og oppvåkning kommer tidligere. Ofte er ikke tidlig morgenoppvåkning nødvendigvis hovedproblemet, men heller kompenserende atferd som kan forverre søvnen (f.eks. ligge lenge i sengen).</p>
<p>Søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser, inkluderer pustestopp under søvn, såkalt søvnapné. Søvnapné er forbundet med økt risiko for blant annet hjerte- og karlidelser. To sentrale symptomer er snorking og søvnighet på dagtid. Søvnapné fører til flere «mikrooppvåkninger» i løpet av natten, noe som gir mindre dyp søvn. Obstruktiv søvnapné er utbredt blant eldre over 60 år og bør utredes ved mistanke. Behandlingen er vanligvis pustemaske (f.eks. CPAP) eller bittskinne.</p>
<p>Søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser som periodiske beinbevegelser (PLMS) og rastløse bein (restless legs) kan forringe søvnlengde og -kvalitet. Disse søvnforstyrrelsene kan behandles medikamentelt, og ved mistanke er en god dialog med fastlege eller henvisning til søvnspecialist avgjørende for symptomlindring.</p>
<p>Hypersomnier er svært sjeldne og starter vanligvis i ung alder. Med andre ord er det uvanlig at disse lidelsene oppstår og må utredes hos eldre.</p>
<p>Parasomnier er en samlebetegnelse for plagsomme hendelser som forekommer i søvne. REM-søvnatferdsforstyrrelse defineres av frafall av den normale muskelparalysen under REM-søvn og fører til motorisk utlevelse av drømmer, for eksempel i form av spark/slag. Denne tilstanden er mer utbredt hos menn over 60 år og forekommer oftere ved nevrodegenerative lidelser, blant annet Lewy-legememens eller Parkinsons sykdom.</p>

Ikke bare gir dårlig søvn effekter på vår kognitive fungering. Nevrodegenerative lidelser kan redusere nettverk som er avgjørende for døgnrytmeregulering (Wolkove et al., 2007a). Endringer i søvnmønsteret til eldre kan delvis skyldes svekkelser i «hovedklokken» (tabell 1). Døgnrytmeforstyrrelser og søvnforstyrrelser er fremtredende i nevrodegenerative lidelser som Alzheimers og Parkinsons sykdom (Wolkove et al., 2007a).

I tillegg til at det fysiologiske grunnlaget for god søvn er svekket, forekommer søvnforstyrrelser hos eldre ofte sammen med andre sykdommer, for eksempel smertetilstander, gikt, demens, stoffskiftesykdom og hjerte-/lunge sykdom. I tillegg til at disse sykdommene kan forverre søvnen, er polyfarmasi vanligere hos

eldre, og søvnforstyrrelser er ofte en bivirkning (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010).

PSYKOLOGERS BIDRAG

Hvordan plasserer søvn og søvnlidelser seg inn i psykologers praksis? Fagområdet «behavioural sleep medicine» er en internasjonalt akseptert spesialitet som inkluderer psykologprofesjonen. Disiplinen fokuserer på: 1) å identifisere psykologiske (både kognitive og atferdsmessige) faktorer som bidrar til utvikling og vedlikehold av søvnforstyrrelser, og 2) å utvikle og tilby ikke-medikamentelle empirisk validerte intervensjoner for hele spekteret av søvnlidelser (Stepanski & Perlis, 2003). Selv om det er fordelaktig å søke spesialisering og kursing i behandling av søvnproblemer, vil vi understreke at grunn-



Eldre er overrepresentert når det gjelder å ha søvnproblemer, men underrepresentert når det gjelder å få tilbud om psykologhjelp





Over tid gir søvnproblemer økt risiko for psykisk lidelse, hjerte- og karsykdom, overvekt og diabetes

prinsippene i behandling av insomni baserer seg på elementær kunnskap og behandlingsteknikker som dekkes i psykologutdannelsen i Norge. Insomni og døgnrytmeforstyrrelser er de vanligste søvnforstyrrelsene og responderer godt på kognitive og atferdsbaserte teknikker som psykologer kan tilby og følge opp. Følgende momenter knyttet til søvnbehandling og søvnbehandling blant eldre kan fremheves:

I møtet med den eldre pasienten med søvnlidelser er det avgjørende å kartlegge søvnvanskene for differensialdiagnostisering, behandlingsstrategi og eventuelt videre henvisning. Pasientens søvnmønster bør utredes med validerte verktøy som Bergen Insomnia Scale (insomni diagnose) og Epworth sleepiness scale (søvnighet) samt søvndagbok (minst 1 uke). Hvorvidt hovedproblemet er søvnighet på dagtid eller problemer med å få nok søvn, er viktig å avklare. Hvis pasienten plages av uttalt søvnighet på dagtid til tross for normal søvnlengde og rask innsovning, bør en vurdere søvnapné, søvnrelaterte bevegelsesforstyrrelser eller hypersomnier. Hvis derimot hovedproblemet er å få nok sammenhengende søvn om natten, bør en vurdere insomni, men avklare at det ikke dreier seg om døgnrytmeforstyrrelser. Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer har god oversikt over utredningsverktøy og mulige sentre en kan henvise til (www.sovno.no).

Rundt 80 prosent av voksne pasienter med insomni har utbytte av kognitiv atferdsterapi for insomni (CBTi), og ved kronisk insomni har CBTi en veldokumentert vedvarende effekt, også for eldre (Sivertsen et al., 2006). Dessverre er det få som gir CBTi i Norge, og svært få eldre får denne hjelpen.

En viktig utfordring er å jobbe med motivasjon for livsstilsendringer og eventuelt motivasjon for å igangsette mer krevende tiltak som stimuluskontroll og søvnrestriksjon der pasienten ofte opplever en økt symptombyrde før de blir bedre (Sivertsen et al., 2006). Dette kan følges opp med: i) kognitiv atferdsterapi som adresserer negative tankesett som opprettholder søvnproblemene med økt aktivering, ii) avspenningsteknikker og iii) paradoksal intensjon (Stepanski & Perlis, 2003). Faktorene som opprettholder søvnforstyrrelsen, er ofte andre enn de som utløste den. For eksempel kan sorg knyttet til dødsfall av ektefelle utløse en akutt insomni, mens uheldige mestringsstrategier som alkoholbruk og søvn på dagtid på lengre

sikt er med på å opprettholde søvnproblemene. Som ved annen kognitiv atferdsterapi kan psykologen i samarbeid med pasienten identifisere uheldige mønstre og motivere til endring.

Hypnotikaforbruk er hyppig blant eldre, til tross for potensielle bivirkninger og manglende dokumentasjon av effekt (Sivertsen et al., 2006). Kortvarig bruk av medikamenter for innsovning kan være effektivt. Eldre får likevel sove-medisiner over lengre tid. En mulig grunn til at eldre ofte mottar medikamentell behandling for problemstillinger som har ikke-medikamentelle behandlingsalternativer, kan dels være at det å gå til psykolog fremdeles kan være en tabubelagt affære. Gradvis nedtrapping av sovemedikamenter er realistisk. Et godt samarbeid med fastlegen er avgjørende for å etablere tillit til en tilnærming som innebærer å slutte med eventuelle sovemedikamenter og starte med en krevende behandling. Klinisk erfaring tilsier at for enkelte, og da kanskje særlig for eldre, bør nedtrappingen fra medikamenter skje svært gradvis.

Psykologers rolle i møte med eldre bør gå ut over det klassiske behandlingsforløpet i spesialisthelsetjenesten. I møte med eldre med kroniske lidelser kan psykologer spille en avgjørende rolle i å sikre bedre tilegnelse og bruk av behandlingstiltak. Dette er også tilfelle ved «mer medisinske» søvnlidelser som respiratoriske søvnlidelser (søvnapné). Mange søvnapné-pasienter bruker ikke den foreskrevne CPAP-behandlingen (en form for pustemaske) til tross for at den gir gode resultater. Studier har vist at intervensjoner som psykoedukasjon og systematisk desensitivisering rettet mot fobiske reaksjoner på CPAP-apparatet kan gi gode effekter (Stepanski & Perlis, 2003).

Rådgivning om søvnhygiene knyttet til atferd som vedlikeholder døgnrytmen, bygger opp søvnbehovet og reduserer aktivering om kvelden og natten, kan være gunstig. En del med kronisk insomni har imidlertid selv undersøkt og gjort en del livsstilsendringer. Søvnhygieneråd er derfor lite effektive med mindre man tilpasser tiltakene for den enkelte. Som tidligere nevnt vil en del eldre som opplever dårlig nattesøvn, gjerne kompensere med en middagslur. Dette kan bli en ond sirkel, der søvn på dagtid reduserer søvnbehovet og gir dårligere nattesøvn (se homeostatisk faktor, tabell 1). Dette er ikke nødvendigvis et problem for alle, det kan ved andre anledninger

være mer relevant å få frem det reelle alkoholforbruket. Alkohol kan ha svært forringende effekt på søvnkvaliteten – ikke minst i kombinasjon med flere medikamenter.

Primærhelsetjenesten og kommunebaserte tiltak – en naturlig arena for psykologbehandling av eldre. Tiltakene som er knyttet til motivasjon og søvnhygiene, representerer viktige lavterskeltilbud som ikke nødvendigvis er helt behandlingsforløp i spesialisthelsetjenesten. Samtidig kan relativt enkle tiltak ha stor effekt og virke forebyggende for utvikling av mer alvorlige og hemmende sykdommer. Sårbare eldre, og særlig personer med demens, bør behandles i sitt eget nærmiljø for å unngå forvirring. I denne gruppen kan søvnplagene også utgjøre en belastning for pårørende, og øker da også risikoen for innleggelse på sykehjem (Neikrug & Ancoli-Israel, 2010). En viktig fremtidig psykologrolle kan være å oppsøke eldre på institusjon, og jobbe mye med systemet rundt pasienten. Dette kan være forholdet til de nærmeste pårørende, eller til personalet. Tiltak for god søvn er dermed elementer som blir naturlig å ha med seg i nye profesjonsroller i primærhelsetjenes-

ten. Et eksempel som følger opp denne tilnærmingen, er aktivitet og lyseksponering. Redusert lyseksponering kan være avgjørende for svekket døgnrytme og dårlig søvn. Hos eldre kan mangelfull lyseksponering både skyldes redusert opptak av lys via retina og dårligere mobilitet og mindre tid ute i dagslys. Tiltak som terapilys med høy lysintensitet og bedre aktivitetstilbud er enkle, men effektfulle tiltak for eldre.

KONKLUSJON

Eldre er overrepresentert når det gjelder å ha søvnproblemer, men underrepresentert når det gjelder å få tilbud om psykologhjelp. Å adressere søvn hos eldre representerer en mulighet for å sikre at eldre bor trygt hjemme over lengre tid, og for å forebygge uheldig og uhensiktsmessig medikamentforbruk. Vi har vist at psykologer allerede har det viktige fundamentet som skal til for å kunne tilby behandling for eldre med søvnvansker. For å kunne møte en slik problemstilling på optimal måte er det også viktig at søvn blir dekket i psykologutdannelsen, og at det tilbys videreutdannings- og etterutdanningskurs. ✕

REFERANSER

- American Academy of Sleep Medicine (AASM) (2014). *The International Classification of Sleep Disorders – Third Edition (ICSD-3)*. Westchester, IL: AASM.
- Dijk, D., Duffy, J. F., Riel, E., Shanahan, T. L., & Czeisler, C. A. (1999). Ageing and the circadian and homeostatic regulation of human sleep during forced desynchrony of rest, melatonin and temperature rhythms. *The Journal of Physiology*, *516*, 611–627.
- Mitterling, T., Högl, B., Schönwald, S. V., Hackner, H., Gabelia, D., Biermayr, M., & Frauscher, B. (2015). Sleep and Respiration in 100 Healthy Caucasian Sleepers – A Polysomnographic Study According to American Academy of Sleep Medicine Standards. *Sleep*, *38*, 867–875.
- Mørk, E. (2010). *Seniorer i Norge 2010*. Fra Statistisk sentralbyrå.
- Neikrug, A. B., & Ancoli-Israel, S. (2010). Sleep disturbances in nursing homes. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, *14*, 207–211.
- Ruths, S., Sorensen, P. H., Kirkeveld, O., Husebo, B. S., Kruger, K., Halvorsen, K. H., & Selbaek, G. (2013). Trends in psychotropic drug prescribing in Norwegian nursing homes from 1997 to 2009: a comparison of six cohorts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *28*, 868–876.
- Scullin, M. K., & Bliwise, D. L. (2015). Sleep, Cognition, and Normal Aging: Integrating a Half Century of Multidisciplinary Research. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(1), 97–137.
- Silva, A. A., Mello, R. G., Schaan, C. W., Fuchs, F. D., Redline, S., & Fuchs, S. C. (2016). Sleep duration and mortality in the elderly: a systematic review with meta-analysis. *BMJ Open*, *6*, e008119.
- Sivertsen, B., Krokstad, S., Mykletun, A., & Øverland, S. (2009). Insomnia Symptoms and Use of Health Care Services and Medications: The HUNT-2 Study. *Behavioral Sleep Medicine*, *7*, 210 – 222.
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., . . . Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA*, *295*, 2851.
- Sivertsen, B., Øverland, S., Bjorvatn, B., Mæland, J. G., & Mykletun, A. (2009). Does insomnia predict sick leave? The Hordaland Health Study. *Journal of Psychosomatic Research*, *66*, 67–74.
- Stepanski, E. J., & Perlis, M. L. (2003). Chapter 1 A Historical Perspective and Commentary on Practice Issues. I M. L. Perlis & K. L. Lichtenstein (Eds.), *Treating Sleep Disorders: Principles and Practice of Behavioral Sleep Medicine*. New Jersey: John Wiley & Sons.
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palayew, M. (2007a). Sleep and aging: 1. Sleep disorders commonly found in older people. *CMAJ*, *176*, 1299–1304.
- Wolkove, N., Elkholy, O., Baltzan, M., & Palayew, M. (2007b). Sleep and aging: 2. Management of sleep disorders in older people. *CMAJ*, *176*(10), 1449–1454.

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 36–45 FAGFELLEVDERT

BRITT SLAGSVOLD og THOMAS HANSEN. NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus

KONTAKT britt.slagsvold@nova.hioa.no

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.

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).

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-åringene (46 %) som blant de over 67 år (16 %). For menn er tilsvarende forskjell mindre (34 % og 24 %) (ssb.no/statistikkbanken). Høyere

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

utdanning vil med andre ord prege morgendagens eldre.

Som antydnet 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.

Data ble første gang samlet i 2002-2003 fra et utvalg på 5559 personer over 40 år (svarprosent: 67). Andre gangs datainnnsamling 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 (GGG), 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 hjelpetrequende (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; Pudrovskas, 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 sterkst.



Eldre blir en stadig mer ressurssterk gruppe





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

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 aldrings-effekt, 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).

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).

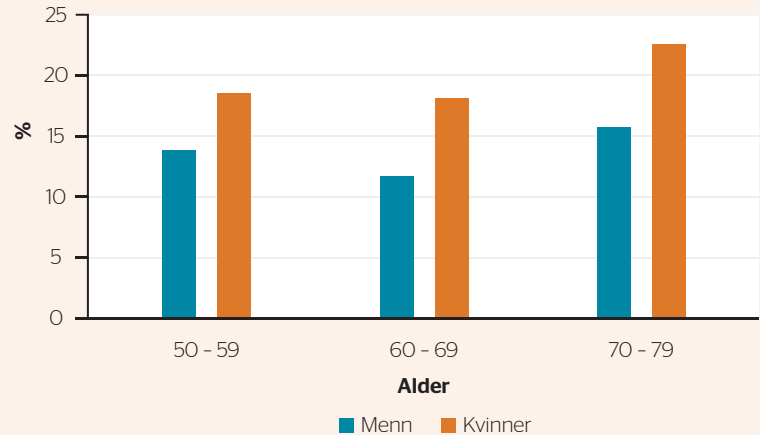
Depressive plager blant hjemmeboende eldre synes med andre ord å bli vanligere først når man har rundet 70 år. Men anvender vi en høyere (strengere) grenseverdi for depressive plager, finner vi at ulikheter mellom aldersgrupper blir borte. Det er med andre ord først og fremst mer moderate depressive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

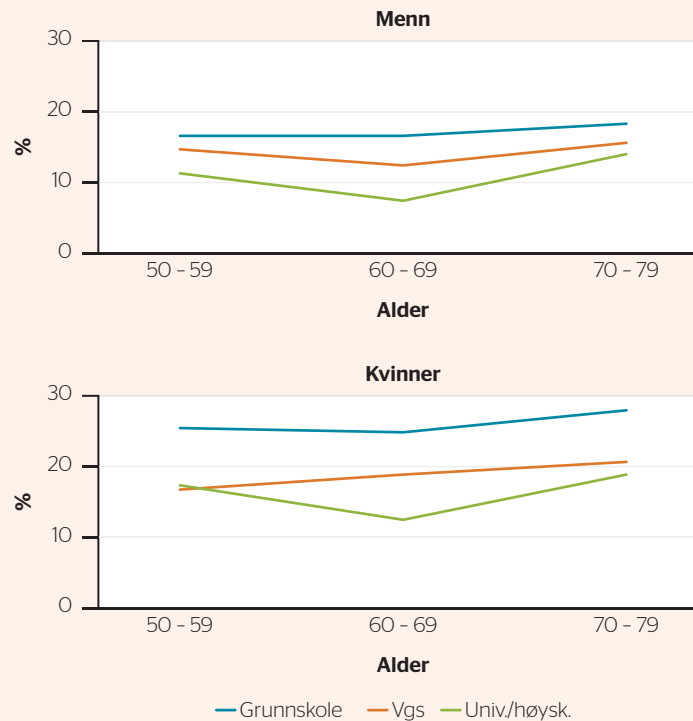
Hva forklarer aldersforskjellene? Mot slutten av livet øker sjansen for ulike typer tap – av helse, partner, venner. Noen opplever pensjonering som et tap av meningsfulle aktiviteter, og noen opplever reduksjon i levestandard og økonomi. I hvor stor grad kan depressive symptomer i alderdommen forklares 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 ekteskapeleg 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 mar-



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



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

»



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

kant 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.

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 høyskoleutdanning. 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.

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). Mønstrer 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.

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

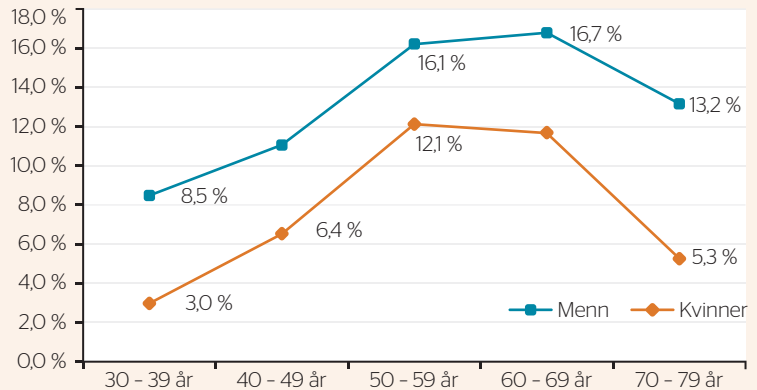
Når eldre har så vidt mye høyere alkoholforbruk enn yngre, så kan det skyldes at man øker forbruket i eldre år, men det kan også skyldes kohortforskjeller – at dagens eldre har lagt seg til et høyere forbruk tidligere i livet som de har brakt med inn i eldre år. Om vi sammenligner endringer i alkoholkonsum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

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. Mønstrer 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).

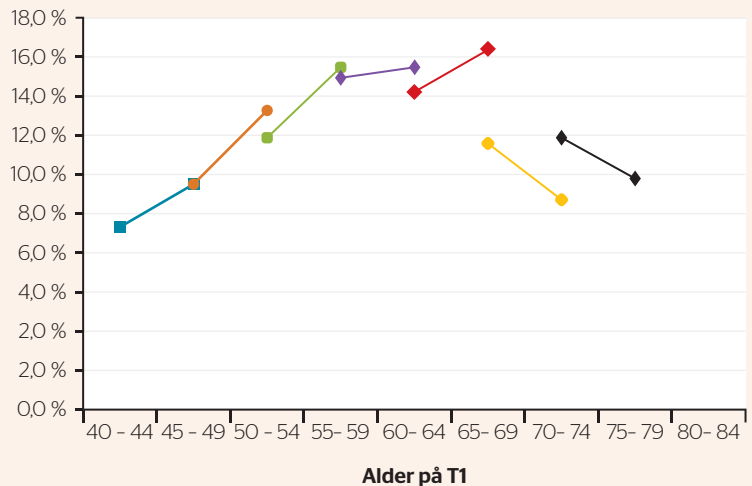
AVSLUTTENDE KOMMENTARER

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 »



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



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

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 tilbaketrukkne, er disse holdningene også aldersdiskriminerende ved å fornekte naturlig svekkelse i livets slutfase (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 sterkst. ✘

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). Seniores 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 hjelpe-mønstre 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. *Samfunns-speilet*, 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 kjønnsrelaterede 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). Befolkningsframskrivninger. 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.



Vidunderpillen

Fysisk aktivitet anbefales ofte for eldre, men det er usikkert hvilke effekter treningen har. Artikkelen sammenfatter et utvalg studier av fysisk aktivitet, hjernens aldring og demens.

Den norske befolkningen blir gradvis eldre. Andelen mennesker som er over 80 år, vil ifølge Statistisk sentralbyrå (SSB) trolig stige fra 4 % i 2014 til omtrent 10 % i 2060 (Tønnessen & Syse, 2014). Aldring er assosiert med markert forhøyet risiko for mange former for somatisk sykdom og er den største risikofaktoren for demens (Prince et al., 2013), definert som ervervet, varig og fremadskridende hjernesykdom som medfører kognitiv svikt og sviktende funksjonsevne i dagliglivet (*ICD-10: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser: kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*, 1999). Det finnes ikke systematiserte oppdaterte empiriske data om forekomsten av demens i Norge, men forekomsten i Vest-Europa er ca. 1,6 % for aldersgruppen 60–64 år og stiger til ca. 21,7 %

for dem mellom 85 og 89 år og 43,1 % for dem over 90 (Prince et al., 2013). En relativ økning i andelen mennesker over 80 år, som estimert av SSB, vil med andre ord trolig føre til vesentlig økt forekomst av demens. Dette er et folkehelseproblem av stor betydning, siden demens medfører høye samfunnskostnader og redusert livskvalitet for pasienter og pårørende (Winblad et al., 2016).

Demens utvikles vanligvis snikende og gradvis, og den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom, som står for ca. 60 % av alle demenstilfeller (Kalaria et al., 2008). Oftest har pasienter hatt milde kognitive problemer før demens blir diagnostisert, men uten markant svikt i dagliglivets fungering, og derfor lar ikke diagnosen demens seg stille i denne fasen. Imidlertid brukes gjerne betegnelsen «mild

TEKST

Kolbjørn Brønneick, forsker (PhD/cand psychol), SESAM, Stavanger Universitetssjukehus, Professor II, Nettverk for Medisinske Vitenskaper, Universitetet i Stavanger

KONTAKT

bronneick@gmail.com

ILLUSTRASJON

Åge Peterson





Demens utvikles vanligvis snikende og gradvis, og den vanligste årsaken til demens er Alzheimers sykdom, som står for ca. 60 % av alle demenstilfeller

cognitive impairment» (MCI) om en tilstand der pasientens kognisjon er svekket slik at den ligger vesentlig under forventet nivå ut fra utdanningsnivå og alder (Gauthier et al., 2006). Dette betraktes som en risikofaktor for demens, men mange som har MCI, utvikler ikke en demenstilstand. Normal aldring er dessuten i seg selv assosiert med fremadskridende nevrokognitiv svekkelse, allerede fra man er i 20-årene (Park & Reuter-Lorenz, 2009). Spesielt stor svekkelse ser man for prosesseringshastighet og for kognitive variabler der prosesseringshastighet influerer (Salthouse, 2010). Imidlertid ser man at «krystallisert intelligens», kunnskap og vokabular utvikles positivt gjennom livsløpet – i alle fall til 60-årene (Salthouse, 2010). Den funksjonelle betydningen av dette lar seg ikke enkelt fastslå fordi den vil påvirkes av en rekke faktorer, men for fleksibel tilpasning til nye kognitive utfordringer er det vist at eksekutive funksjoner har stor betydning for funksjonsnivå (Royall, Palmer, Chiodo, & Polk, 2004), også for «normal» aldring.

Demens er pr. definisjon forårsaket av hjerneorganiske forandringer som har vært betraktet som irreversible, og kognitive endringer som betraktes som del av normal aldring, har også klare hjerneorganiske korrelater. Medikamentell behandling kan ha en symptomdempende effekt og forsinke demensutviklingens symptomatiske forløp noe, men det finnes ingen effektiv sykdomsmodifiserende behandling. Det er derfor stort behov for tiltak som kan forebygge demens, og dessuten også for tiltak som kan moderere aldersrelatert kognitiv svekkelse. Fysisk aktivitet og fysisk trening har blitt foreslått som slike tiltak, og dette har et rasjonale som hviler på kunnskap om hvordan fysisk aktivitet påvirker grunnleggende nevrobiologiske mekanismer, samt systemiske effekter som påvirker sentralnervesystemet. I tillegg kan fysisk aktivitet påvirke via mekanismer som opererer på flere nivåer, som mestringstro, læring og via sosiale mekanismer.

I denne artikkelen beskrives biologiske effekter av fysisk aktivitet og trening på hjernen og hjernens aldring samt på demensrelaterte prosesser. Videre presenteres oversikter over epidemiologisk forskning, forløpsstudier og til slutt randomiserte, kontrollerte studier. Ambisjonen er ikke å gjennomføre en systematisk litteraturgjennomgang av den primære forskningslitteraturen, men å presentere hovedlinjene for kunnskapsstatus innen dette feltet, hovedsakelig basert på presentasjon av de siste systematiske metaanalysene og systematiske litteraturgjennomganger som er blitt publisert i den fagfelleverderte litteraturen. I denne artikkelen skilles det ikke skarpt mellom fysisk aktivitet og fysisk trening. Fysisk aktivitet kan defineres som enhver kroppslig bevegelse som medfører økt energiforbruk, mens fysisk trening i tillegg er planlagt, strukturert og repetert og har et mål om forbedret fysisk form eller forbedrede fysiske ferdigheter (Caspersen, Powell, & Christenson, 1985). Den korrekte terminologien vil brukes når konkrete studier beskrives.

DEN ALDRENDE HJERNEN

Hjernen forandrer seg dynamisk gjennom livsløpet, men med betydelig variasjon fra person til person. Utvikling av nevrokognisjon kan betraktes som et sett av potensialer for ulike utviklingsbaner som påvirkes av genetiske forhold og en rekke miljøfaktorer som til sammen danner betydelige muligheter for påvirkning, men der graden av påvirkbarhet varierer mellom individer (Lindenberger, 2014). På gruppenivå finner vi likevel en rekke felles utviklingstrekk når det gjelder hjernens struk-

tur, nevrokjemi, blodforsyning og metabolisme (Lindenberger, 2014). Disse endringene henger sammen med endringer i nevrokognisjon. Skillet mellom hjerneorganiske endringer som man ser hos demente vs. ikke-demente, er ikke skarpt. Demens kan forårsakes av proteinopattier, som ved Alzheimers sykdom, der det patofysiologiske substratet er amyloide plakker og nevrofibrillære tangles (Dubois et al., 2007), og Parkinsons sykdom og demens med Lewy-legemer, der det patofysiologiske substratet er Lewy-legemer (Burn, 2006). Med «proteinopattier» menes at degenerasjonen av nerveceller er relatert til sykdomsprosesser som involverer unormal nedbrytning av cellenes strukturelle byggestener, proteiner, eller til opphopning av relaterte avfallsstoffer som på ulike måter fører til cellulær dysfunksjon eller celledød.

Videre kan demens skyldes patologi som involverer hjernens blodforsyning. Dette kan være såkalte mikrovaskulære forandringer i hjernens tynneste blodårer eller større infarkter eller blødninger. Imidlertid kan individer uten MCI eller demens ha en rekke vaskulære forandringer, samt amyloide plakker, nevrofibrillære tangles og/eller Lewy-legemer i hjernen. Det er altså ikke et en-til-en-forhold mellom observerbar hjernepatologi og mentale endringer. Konseptet «cognitive reserve» anvendes gjerne for delvis å forklare slike fenomener (Stern, 2009), men mange hjernestrukturer viser intakt fungering til tross for patologi og celledød. Et eksempel er den noradrenerge kjernen locus coeruleus, der opptil 80 % av nevronene kan gå tapt før det vises funksjonelle effekter.

Hjerneorganiske effekter

Fysisk trening og aktivitet har systemiske effekter på kroppen i en grad som gjør at beskrivelsen «polypill» har blitt brukt (Fiuza-Luces, Garatachea, Berger, & Lucia, 2013). Det overordnede rasjonale hviler på antakelsen om at mennesket gjennom evolusjon er tilpasset å være fysisk aktivt, og at inaktivitet fører til ulike skader, spesielt når dette kombineres med fri tilgang på energirik mat (Fiuza-Luces et al., 2013).

Det foreligger en stor forskningslitteratur som omhandler hvordan fysisk aktivitet kan påvirke hjernen, og den metodologiske spennvidden er stor – fra dyreforskning og in vitro-studier på molekylærnivå til forskning på mennesker med en lang rekke teknikker. Følgende

hovedvirkningsmekanismer peker seg ut: 1) kardiovaskulære mekanismer, 2) metabolske mekanismer, 3) nevrogenese og synaptogenese, 4) effekter på nevrotransmittorer og 5) nevroimmunologiske mekanismer. Disse vil kort beskrives under.

Kardiovaskulære mekanismer

Ved fysisk aktivitet påvirkes en rekke systemiske forhold, der de kardiovaskulære endringer er blant de mest uttalte. Ved regelmessig fysisk trening reduseres sannsynligheten for kardiovaskulær sykdom og mortalitet (Kodama et al., 2009), hypertensjon, hjerneslag og metabolsk syndrom (Lee et al., 2012). Flere av disse er kjente risikofaktorer for demens. Det er flere virkningsmekanismer, som for eksempel forbedret endotelfunksjon (blodårenes evne til å fleksibelt utvide seg og trekke seg sammen) og forbedret autonom regulering av blodforsyningen med økt hjerteratevariabilitet og økt barorefleksfunksjon (nevral kontroll av årevegenes muskulatur basert på registrering av blodtrykk) (Fiuza-Luces et al., 2013). Endotelfunksjon er av kritisk betydning for hjernens regulering av egen blodgjennomstrømming relatert til metabolske krav, og slik sett indirekte assosiert med kognitiv fungering (Boduc, Thorin-Trescases, & Thorin, 2013) siden kognitive funksjoner er assosiert med selektiv aktivering av nevralt nettverk, som medfører økt metabolisme.

Hjernens nett av blodårer er ikke statisk. Det kan dannes nye årenett (angiogenese), for eksempel ved skader, men også som følge av påvirkning for eksempel fra fysisk aktivitet. Dette reguleres av biokjemiske mekanismer, der de såkalte vekstfaktorer er sentrale. Eksempler på dette er vaskulær endotelial vekstfaktor (VEGF), fibroblast vekstfaktor og angio-poieterin (Lange-Asschenfeldt & Kojda, 2008). VEGF frigjøres ved fysisk aktivitet. Dette er et svært aktivt forskningsfelt, der en av de sentrale mekanismene ser ut til å involvere signalstoffer som frigis fra den tverrstripete skjelettmuskulaturen ved aktivitet, kalt myokiner (Fiuza-Luces et al., 2013).

Kardiovaskulære mekanismer som lar seg påvirke av fysisk aktivitet, er også foreslått å ha en preventiv og sykdomsmodifiserende effekt for Alzheimers sykdom (Lange-Asschenfeldt & Kojda, 2008) siden vaskulære risikofaktorer også er risikofaktorer for Alzheimers.



Metabolske mekanismer

Hjernen er det organet som har høyest energiforbruk når kroppen ellers er i hvile, og metabolske prosesser kan påvirke kognitiv fungering. Et slående eksempel på dette er at kosttilskuddet kreatinmonohydrat har positive effekter på kognisjon, spesielt eksekutive funksjoner, når det blir gitt til vegetarianere som ikke får tilført kreatin gjennom kostholdet (Rae, Digney, McEwan, & Bates, 2003). Kreatin spiller først og fremst en rolle når det kreves store energimengder over kort tidsrom. Det er også demonstrert at kreatinmonohydrat fungerer nevroprotektivt og kanskje kan ha en sykdomsmodifiserende effekt ved Parkinsons sykdom, amyotrof lateral sklerose og Huntingtons sykdom (Beal, 2011). Fysisk aktivitet kan påvirke hjernens energiomsetning gjennom flere mekanismer, der redusert insulinresistens og bedre regulering av blodsukker kanskje er den mest grunnleggende av systemisk art. Fysisk aktivitet kan også stimulere mitokondriefunksjonen. Mitokondriene blir gjerne kalt cellenes kraftverk og har en avgjørende betydning for nevroners energiomsetning, men også for økt synaptisk plastisitet som respons på trening (Marques-Aleixo, Oliveira, Moreira, Magalhaes, & Ascensao, 2012). Mitokondriedysfunksjon er også en sentral del av patogenesen ved neurodegenerativ sykdom generelt (Marques-Aleixo et al., 2012). Dietrich og kollegaer viste at mus som fikk løpe i løpehjul i fire uker, fikk økt mitokondrietetthet og funksjon i hippocampus og striatum med assosiert økt energiomsetning (Dietrich, Andrews, & Horvath, 2008). Videre er det demonstrert at løpehjultraining kan dempe aldringsrelatert mitokondriedysfunksjon hos mus (Marques-Aleixo et al., 2012). Implikasjonen av dette er at fysisk aktivitet forbedrer hjernens energiomsetning. Mekanismene som er involvert, er svært komplekse og blir ikke ytterligere beskrevet her. Det er også kontroversielt hvorvidt mitokondriefunksjonen endres signifikant ved normal aldring. I tillegg til de nevnte mekanismene er det foreslått at fysisk trening kan påvirke hjernefunksjoner gjennom påvirkning på deler av nervecellenes støttevev, kalt astrocytter (Tsai, Chen, Calkins, Wu, & Kuo, 2016), som spiller en stor rolle i nevroners energiomsetning, men også dette er foreløpig uklart relatert til hjernens normale aldring og effekter av fysisk aktivitet.

Nevrogenese og synaptogenese

Ved normal aldring inntreffer tap av synapser samt atrofi og celledød i mange hjernestrukturer. Det rådende synet var lenge at tapte nevroneer ikke kunne erstattes, men det er nå kjent at det foregår livslang nydannelse av nevroneer (nevrogenese) i områder som striatum og hippocampus, og at en vekstfaktor kalt «brain-derived neurotropic factor» (BDNF) kan stimulere slik nevrogenese (Trivino-Paredes, Patten, Gil-Mohapel, & Christie, 2016). BDNF-nivåer responderer markant spesielt ved aerob fysisk trening (Szuhany, Bugatti, & Otto, 2015) og utgjør en sentral mekanisme for hvordan fysisk aktivitet kan påvirke hjernestruktur og kognisjon. Hippocampus spiller en avgjørende rolle for episodisk hukommelse, og striatum utgjør størstedelen av basalgangliene, som er involvert i reguleringen av motorikk, men også i læring og eksekutive kontrollfunksjoner.

I tillegg til å stimulere nevrogenese påvirker BDNF nydannelse av synapser (synaptogenese) og nevralt plastisitet (Lu, Nagappan, Guan, Nathan, & Wren, 2013). Tap av synapsefunksjon er en av de mest sentrale mekanismene ved neurodegenerativ demens, men også ved normal aldring finner man for eksempel et 20 % synapsetap for dem over 60 vs. under 60 (Masliah, Mallory, Hansen, DeTeresa, & Terry, 1993). Det er vist at BDNF har klar effekt på langtidspotensiering i synapser og assosiert med dette har en positiv effekt på hukommelse, foreslått som en sentral virkningsmekanisme for å motvirke kognitiv svekkelse assosiert med aldring (Tapia-Arancibia, Aliaga, Silhol, & Arancibia, 2008). I likhet med VEGF, som stimulerer nydannelse av blodårer, kan BDNF reguleres av signalsubstanser som frigis av skjelettmuskulaturen under aktivitet (Fiuza-Luces et al., 2013).

Effekter på neurotransmittorer

Flere neurotransmittersystemer påvirkes av aldring og er direkte involvert ved neurodegenerative tilstander. Acetylkolin og dopamin er kanskje best beskrevet. Ved Parkinsons sykdom er dopaminerge systemer spesielt rammet, og ved demens assosiert med Parkinsons sykdom finner man en svært markant kolinerg svikt, mens ved Alzheimers sykdom dominerer den kolinerge svikten, men ikke i like stor grad. Disse neurotransmitterene er av sentral betydning spesielt for eksekutive kontrollfunksjoner og læring, men dopamin har også betyd-

ning for motorikk og motivasjonelle forhold. Også ved normal aldring har forandringer i neurotransmittersystemer betydning for kognisjon. Det er demonstrert at aldringsrelatert dopamintap er assosiert med svekkede eksekutive funksjoner (Backman, Lindenberger, Li, & Nyberg, 2010), og at aerob fysisk trening kan øke dopaminproduksjonen (Voss, Nagamatsu, Liu-Ambrose, & Kramer, 2011). Kolinergt tap og nevrodegenerasjon av kolinerge nevroner er fremtredende ved nevrodegenerativ demens, men det er mer omstridt i hvilken grad dette gjelder normal aldring (Schliebs & Arendt, 2011). Fysisk trening har imidlertid positive effekter på kolinerg neurotransmisjon også hos ikke-demente eldre individer (Voss et al., 2011).

Nevroimmunologiske mekanismer

Fysisk aktivitet har systemiske antiinflammatoriske effekter som også kan ha betydning for hjernen (Spielman, Little, & Klegeris, 2016). Det er vist at nevrodegenerative tilstander som Alzheimers sykdom og Parkinsons sykdom er assosiert med kronisk nevroinflammasjon, og at aerob trening kan dempe nevroinflammasjon i dyremodeller for Alzheimers sykdom (Spielman et al., 2016). Også ved normal aldring ser man en oppregulering av pro-inflammatoriske mekanismer i hjernen (Frank et al., 2006), men den funksjonelle betydningen av dette er uklar. Imidlertid er det kjent at inflammatoriske prosesser i hjernen er involvert ved utmattelsestilstander.

Biologiske mekanismer: Oppsummering

Gjennomgangen av biologiske mekanismer som kan påvirkes av fysisk aktivitet og påvirke hjernen og kognisjon, er ikke komplett. Dette er et forskningsfelt i stadig utvikling, og kompleksiteten er betydelig. Blant annet er ikke epigenetiske/genetiske mekanismer drøftet. Imidlertid er det klart at en lang rekke mekanismer kan sannsynliggjøre at fysisk aktivitet påvirker hjernens struktur og funksjon og dermed kognisjon. I de neste avsnittene vil jeg beskrive forskning på relasjonen mellom aldring og kognisjon og sammenhengen med fysisk aktivitet. Enkelte av de siterte arbeidene vil i liten grad ha undersøkt de underliggende mekanismene, men der det er tilfellet, vil det beskrives.

EFFEKTER AV FYSISK AKTIVITET PÅ HJERNE OG KOGNISJON: OBSERVASJONSSTUDIER

Relasjonen mellom fysisk aktivitet, kognisjon og hjerneorganiske forhold har blitt undersøkt i mange store observasjonsstudier. Med observasjonsstudier menes her studier der man ikke har intervenert med tanke på å påvirke disse relasjonene systematisk. Vi skiller mellom longitudinelle studier og tverrsnittstudier. Tverrsnittstudier har svakheter relatert til kohorteffekter, og i denne artikkelen vil jeg derfor hovedsakelig fokusere på longitudinelle studier.

Effekter på aldersrelatert kognitiv utvikling

Sofi og kollegaer gjennomførte en metaanalyse der de oppsummerte resultatene fra longitudinelle studier som har undersøkt sammenhengen mellom fysisk aktivitet og kognitiv svekkelse hos ikke-demente (Sofi et al., 2011). Metaanalysen omfattet 15 prospektive studier med til sammen 33816 individer som ble fulgt fra 1 til 12 år, der de fleste inkluderte var over 65 år ved inklusjon. Studiene omhandlet mennesker uten demens ved inklusjon og hadde som utkommemål relasjonen mellom fysisk trening og kognisjon. Metaanalysens utkommemål var kognitiv reduksjon (ja/nei) fra inklu-



Hjernen forandrer seg dynamisk gjennom livsløpet, men med betydelig variasjon fra person til person





Det er ikke et en-til-en-forhold mellom observerbar hjernepatologi og mentale endringer

sjon til oppfølgingstidspunkt, et pragmatisk valg for å kunne kombinere studier. Hovedfunnene var at høy grad av fysisk aktivitet ved inklusjon reduserte risiko for kognitiv svekkelse ved oppfølging med 38 %, mens lav til moderat grad av fysisk aktivitet reduserte risiko for kognitiv svekkelse med 35 %. En svakhet ved metaanalysen er at det ikke er gjort stringent rede for hvordan høy, moderat eller lav grad av aktivitet er definert.

Disse resultatene føyer seg inn i en lang rekke studier som viser prospektive sammenhenger mellom fysisk aktivitet og senere prestasjon for hukommelse, eksekutive funksjoner og prosesseringshastighet (Prakash, Voss, Erickson, & Kramer, 2015). Er dette bevis for at fysisk aktivitet faktisk er vidunderpillen for å bremse aldersrelatert kognitiv svekkelse? Hvordan vet vi at det ikke er snakk om reversert kausalitet, og at det ikke er kognitiv svekkelse som fører til redusert fysisk aktivitet? Deary og kollegaer argumenter mot reversert kausalitet ved at et generelt latent fysisk «fitness»-mål ved 11-års alder predikerte kognitiv fungering ved 79-års alder, selv når man kontrollerte for kognitiv fungering ved 11-års alder. Voss og kollegaer publiserte imidlertid nylig en studie der de ved bruk av funksjonell hjerneavbildning (fMRI) viste at det var fysisk «fitness», ikke fysisk aktivitet som først og fremst samvarierte med funksjonell «integritet» (Voss et al., 2016). Dette var imidlertid ikke en prospektiv studie, og validiteten av målet funksjonell «integritet» er omstridt. Av større interesse er en nyere studie som viste at positive effekter på kognisjon av en 12 måneders intervensjon ble mediert av BDNF-nivåer for en gruppe eldre med gjennomsnittsalder 66 år (Leckie et al., 2014). Dette er viktig fordi det knytter effekt av fysisk trening til biologiske mekanismer. En nøktern konklusjon er at kausaliteten trolig går begge veier. Kognitiv velfungerende eldre er mer fysisk aktive, og den fysiske aktiviteten fremmer trolig kognitiv fungering under aldringsprosessen. Som ved mange andre fenomener ser den såkalte matteuseffekten ut til å være virksom: «For den som har, skal få, og det i overflod. Men den som ikke har, skal bli fratatt selv det han har» (Matteus 25,14–30).

Effekter på demensrisiko

Forskningslitteraturen som omhandler relasjonen mellom fysisk aktivitet og demens, er svært omfattende og ble oppsummert i en nylig metaanalyse (Blondell, Hammersley-Mather, & Veerman, 2014). Metaanalysen omfattet 21 studier med fra 496 til 4945 deltakere og oppfølgingstid fra 1 til 26 år. Hovedfunnet var en 14 % reduksjon i risiko for demens, men med svært varierende resultater. En eldre metaanalyse grupperte tilsvarende resultater med hensyn til intensitet/mengde og fant en 28 % redusert risiko for demens for de mest fysisk aktive (Hamer & Chida, 2009), men konkluderer med at det er mangelfull forskning med tanke på å fastslå noen optimal intensitet eller mengde fysisk aktivitet for å forebygge demens.

Oppsummering

Det foreligger en godt dokumentert prospektiv sammenheng mellom fysisk aktivitet og risiko for kognitiv svekkelse og demens. Det lar seg ikke fastslå en klar dose-respons-relasjon. Vi kjenner altså ikke den optimale mengden og intensiteten av fysisk aktivitet. Det kan ikke avvises at det i større grad er intakt og velfungerende kognisjon som bestemmer fysisk aktivitet enn motsatt, men det finnes studier som indikerer at det også foreligger en kausal sammenheng mellom fysisk aktivitet og kognitiv utvikling i høy alder. Trolig går kausaliteten også her begge veier.

RANDOMISERTE, KONTROLLERTE FORSØK

Gitt de veldokumenterte effektene prospektivt og de mange mulige biologiske mekanismene, skulle alt ligge til rette for å promotere fysisk aktivitet som vidunderpillen for en sunn hjerne gjennom livsløpet. Den ultimate testen på dette er randomiserte, kontrollerte forsøk (RCT).

Det finnes mange studier som viser positive effekter av fysisk aktivitet med tanke på kognisjon, men en nylig Cochrane metaanalyse viste ingen effekt av fysisk trening for å forbedre kognisjon eller redusere kognitiv aldersrelatert svekkelse (Young, Angevaren, Rusted, & Tabet, 2015). Analysen omfattet 12 studier med til sammen 754 deltakere. Imidlertid var inklusjonskriteriene her svært strenge ved at man krevde målinger av bedring i kardiovaskulær kapasitet, og man ekskluderte studier med deltakere som hadde MCI. I en metaanalyse fra 2010 der dette ikke var tilfellet, og der man i tillegg inkluderte yngre deltakere, fant man flere positive effekter av aerob fysisk trening på kognisjon. Totalt var 29 studier med til sammen 2149 deltakere inkludert. Effektstørrelsene var signifikante for prosesseringshastighet ($g = 0.158$, $p = .003$), eksekutive funksjoner ($g = 0.123$, $p = .018$) og hukommelse ($g = 0.128$, $p = .026$), men alle effektstørrelsene var små (Smith et al., 2010).

Det finnes få prospektive RCT-er som har studert forebygging av demens. Dette skyldes trolig at det krever høyt deltakerantall for å nå tilstrekkelig statistisk styrke, gitt en relativ lav årlig insidens av demens. En nylig studie over 24 måneder med svært høy kvalitet viste ingen effekt av en intervensjon som inkluderte styrketrening og turgåing på insidens av demens for en gruppe på 818 deltakere (98 fikk demens) sammenlignet med 817 deltakere som mottok helseundervisning (91 fikk demens). Det var heller ingen globale positive effekter på nevropsykologiske mål, men for en subgruppe som var over 80 år gamle, var det positive effekter for eksekutive funksjoner (Sink et al., 2015). I en stor finsk studie (FINGER) gjennomførte man en multimodal intervensjon på 631 individer bestående av fysisk trening, kostholdsintervensjon og kognitiv trening. Signifikant redusert risiko for kognitiv svekkelse ble funnet for eksekutive funksjoner, hukommelse og prosesseringshastighet (Ngandu et al., 2015). Det er planlagt en 7-års oppfølging med tanke på effekter på demensinsidens.

OPPSUMMERING OG KONKLUSJONER

Litteraturen på dette feltet er svært omfattende, og denne gjennomgangen bygger derfor i stor grad på publiserte metaanalyser og systematiske litteraturgjennomganger. Observasjonsstudier viser markante effekter av fysisk aktivitet prospektivt med tanke på redusert risiko for å utvikle kognitiv svikt og demens. Randomiserte, kontrollerte forsøk har vist svært beskjeden forebyggende effekt hos eldre mennesker med normal kognisjon, men det foreligger enkelte gode studier der effekter har blitt vist. Det mangler studier som kartlegger dose-respons-relasjoner. I praksis vet vi ikke hva slags aktivitet som er mest effektiv, og heller ikke hvor mye aktivitet som er nødvendig, men observasjonsstudier ser ut til å indikere at det holder med lav grad av fysisk aktivitet, og det er ikke evidens for at spesielt høyintensitetstrening har noen særskilt større effekt enn andre aktivitetsformer. De beskjedne effektene er vanskelige å forklare gitt de klare funnene for observasjonsstudier, men det synes klart at reversert kausalitet kan spille en rolle med tanke på denne diskrepansen.

REFERANSER

- Backman, L., Lindenberger, U., Li, S.C., & Nyberg, L. (2010). Linking cognitive aging to alterations in dopamine neurotransmitter functioning: recent data and future avenues. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *34*(5), 670–677. doi:10.1016/j.neubiorev.2009.12.008
- Beal, M.F. (2011). Neuroprotective effects of creatine. *Amino Acids*, *40*(5), 1305–1313. doi:10.1007/s00726-011-0851-0
- Blondell, S.J., Hammersley-Mather, R., & Veerman, J.L. (2014). Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health*, *14*, 510. doi:10.1186/1471-2458-14-510
- Bolduc, V., Thorin-Trescases, N., & Thorin, E. (2013). Endothelium-dependent control of cerebrovascular functions through age: exercise for healthy cerebrovascular aging. *American journal of physiology. Heart and circulatory physiology*, *305*(5), H620–633. doi:10.1152/ajpheart.00624.2012
- Burn, D.J. (2006). Cortical Lewy body disease and Parkinson's disease dementia. *Current Opinion in Neurology*, *19*(6), 572–579. doi:10.1097/01.wco.0000247607.34697.a2
- Caspersen, C.J., Powell, K.E., & Christenson, G.M. (1985). Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Reports*, *100*(2), 126–131.
- Dietrich, M.O., Andrews, Z.B., & Horvath, T.L. (2008). Exercise-induced synaptogenesis in the hippocampus is dependent on UCP2-regulated mitochondrial adaptation. *The Journal of Neuroscience*, *28*(42), 10766–10771. doi:10.1523/JNEUROSCI.2744-08.2008
- Dubois, B., Feldman, H.H., Jacova, C., Dekosky, S.T., Barberger-Gateau, P., Cummings, J., ... Scheltens, P. (2007). Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDS-ADRDA criteria. *Lancet Neurol*, *6*(8), 734–746. doi:10.1016/S1474-4422(07)70178-3
- Fiuza-Luces, C., Garatachea, N., Berger, N.A., & Lucia, A. (2013). Exercise is the real polypill. *Physiology (Bethesda)*, *28*(5), 330–358. doi:10.1152/physiol.00019.2013
- Frank, M.G., Barrientos, R.M., Biedenkapp, J.C., Rudy, J.W., Watkins, L.R., & Maier, S.F. (2006). mRNA up-regulation of MHC II and pivotal pro-inflammatory genes in normal brain aging. *Neurobiol Aging*, *27*(5), 717–722. doi:10.1016/j.neurobiolaging.2005.03.013
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R.C., Ritchie, K., Broich, K., ... International Psychogeriatric Association Expert Conference on mild cognitive, i. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, *367*(9518), 1262–1270. doi:10.1016/S0140-6736(06)68542-5
- Hamer, M., & Chida, Y. (2009). Physical activity and risk of neurodegenerative disease: a systematic review of prospective evidence. *Psychol Med*, *39*(1), 3–11. doi:10.1017/S0033291708003681
- ICD-10 : psykiske lidelser og adferdsforstyrrelser : kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. (1999). O. World Health (Ed.) The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders
- Kalaria, R.N., Maestre, G.E., Arizaga, R., Friedland, R.P., Galasko, D., Hall, K., ... World Federation of Neurology Dementia Research, G. (2008). Alzheimer's disease and vascular dementia in developing countries: prevalence, management, and risk factors. *Lancet Neurol*, *7*(9), 812–826. doi:10.1016/S1474-4422(08)70169-8
- Kodama, S., Saito, K., Tanaka, S., Maki, M., Yachi, Y., Asumi, M., ... Sone, H. (2009). Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *The Journal of the American Medical Association*, *301*(19), 2024–2035. doi:10.1001/jama.2009.681
- Lange-Asschenfeldt, C., & Kojda, G. (2008). Alzheimer's disease, cerebrovascular dysfunction and the benefits of exercise: from vessels to neurons. *Experimental Gerontology*, *43*(6), 499–504. doi:10.1016/j.exger.2008.04.002
- Leckie, R.L., Oberlin, L.E., Voss, M.W., Prakash, R.S., Szabo-Reed, A., Chaddock-Heyman, L., ... Erickson, K. I. (2014). BDNF mediates improvements in executive function following a 1-year exercise intervention. *Frontiers in Human Neuroscience*, *8*, 985. doi:10.3389/fnhum.2014.00985
- Lee, I.M., Shiroma, E.J., Lobelo, F., Puska, P., Blair, S.N., Katzmarzyk, P.T., & Lancet Physical Activity Series Working, G. (2012). Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet*, *380*(9838), 219–229. doi:10.1016/S0140-6736(12)61031-9
- Lindenberger, U. (2014). Human cognitive aging: corrigir la fortune? *Science*, *346*(6209), 572–578. doi:10.1126/science.1254403
- Lu, B., Nagappan, G., Guan, X., Nathan, P.J., & Wren, P. (2013). BDNF-based synaptic repair as a disease-modifying strategy for neurodegenerative diseases. *Nat Rev Neurosci*, *14*(6), 401–416. doi:10.1038/nrn3505
- Marques-Aleixo, I., Oliveira, P.J., Moreira, P.I., Magalhaes, J., & Ascensao, A. (2012). Physical exercise as a possible strategy for brain protection: evidence from mitochondrial-mediated mechanisms. *Progress in Neurobiology*, *99*(2), 149–162. doi:10.1016/j.pneurobio.2012.08.002
- Masliah, E., Mallory, M., Hansen, L., DeTeresa, R., & Terry, R.D. (1993). Quantitative synaptic alterations in the human neocortex during normal aging. *Neurology*, *43*(1), 192–197.
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levalahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., ... Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, *385*(9984), 2255–2263. doi:10.1016/S0140-6736(15)60461-5
- Park, D.C., & Reuter-Lorenz, P. (2009). The adaptive brain: aging and neurocognitive scaffolding. *Annual Review of Psychology*, *60*, 173–196. doi:10.1146/annurev.psych.59.103006.093656
- Prakash, R.S., Voss, M.W., Erickson, K.I., & Kramer, A.F. (2015). Physical activity and cognitive vitality. *Annual Review of Psychology*, *66*, 769–797. doi:10.1146/annurev-psych-010814-015249
- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C.P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, *9*(1), 63–75 e62. doi:10.1016/j.jalz.2012.11.007
- Rae, C., Digney, A.L., McEwan, S.R., & Bates, T.C. (2003). Oral creatine monohydrate supplementation improves brain performance: a double-blind, placebo-controlled, cross-over trial. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*, *270*(1529), 2147–2150. doi:10.1098/rspb.2003.2492
- Royall, D.R., Palmer, R., Chiodo, L.K., & Polk, M.J. (2004). Declining executive control in normal aging predicts change in functional status: the Freedom House Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, *52*(3), 346–352.

- Salthouse, T.A. (2010). Selective review of cognitive aging. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 16(5), 754–760. doi:10.1017/S1355617710000706
- Schliebs, R., & Arendt, T. (2011). The cholinergic system in aging and neuronal degeneration. *Behavioural Brain Research*, 221(2), 555–563. doi:10.1016/j.bbr.2010.11.058
- Sink, K.M., Espeland, M.A., Castro, C.M., Church, T., Cohen, R., Dodson, J.A., ... Investigators, L. S. (2015). Effect of a 24-Month Physical Activity Intervention vs Health Education on Cognitive Outcomes in Sedentary Older Adults: The LIFE Randomized Trial. *The Journal of the American Medical Association*, 314(8), 781–790. doi:10.1001/jama.2015.9617
- Smith, P.J., Blumenthal, J.A., Hoffman, B.M., Cooper, H., Strauman, T.A., Welsh-Bohmer, K., ... Sherwood, A. (2010). Aerobic exercise and neurocognitive performance: a meta-analytic review of randomized controlled trials. *Psychosom Med*, 72(3), 239–252. doi:10.1097/PSY.0b013e3181d14633
- Sofi, F., Valecchi, D., Bacci, D., Abbate, R., Gensini, G.F., Casini, A., & Macchi, C. (2011). Physical activity and risk of cognitive decline: a meta-analysis of prospective studies. *Journal of Internal Medicine*, 269(1), 107–117. doi:10.1111/j.1365-2796.2010.02281.x
- Spielman, L.J., Little, J.P., & Klegeris, A. (2016). Physical activity and exercise attenuate neuroinflammation in neurological diseases. *Brain Research Bulletin*, 125, 19–29. doi:10.1016/j.brainresbull.2016.03.012
- Stern, Y. (2009). Cognitive reserve. *Neuropsychologia*, 47(10), 2015–2028. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.03.004
- Szuhany, K.L., Bugatti, M., & Otto, M.W. (2015). A meta-analytic review of the effects of exercise on brain-derived neurotrophic factor. *Journal of Psychiatric Research*, 60, 56–64. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.10.003
- Tapia-Arancibia, L., Aliaga, E., Silhol, M., & Arancibia, S. (2008). New insights into brain BDNF function in normal aging and Alzheimer disease. *Brain Research Reviews*, 59(1), 201–220. doi:10.1016/j.brainresrev.2008.07.007
- Tønnessen, M., & Syse, A. (2014). Befolkningsframskrivinger, 2014–2100.
- Trivino-Paredes, J., Patten, A.R., Gil-Mohapel, J., & Christie, B.R. (2016). The effects of hormones and physical exercise on hippocampal structural plasticity. *Frontiers in Neuroendocrinology*. doi:10.1016/j.yfrne.2016.03.001
- Tsai, S.F., Chen, P.C., Calkins, M.J., Wu, S.Y., & Kuo, Y.M. (2016). Exercise Counteracts Aging-Related Memory Impairment: A Potential Role for the Astrocytic Metabolic Shuttle. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8, 57. doi:10.3389/fnagi.2016.00057
- Voss, M.W., Nagamatsu, L.S., Liu-Ambrose, T., & Kramer, A.F. (2011). Exercise, brain, and cognition across the life span. *J Appl Physiol* (1985), 111(5), 1505–1513. doi:10.1152/jappphysiol.00210.2011
- Voss, M.W., Weng, T.B., Burzynska, A.Z., Wong, C.N., Cooke, G.E., Clark, R., ... Kramer, A.F. (2016). Fitness, but not physical activity, is related to functional integrity of brain networks associated with aging. *Neuroimage*, 131, 113–125. doi:10.1016/j.neuroimage.2015.10.044
- Winblad, B., Amouyel, P., Andrieu, S., Ballard, C., Brayne, C., Brodaty, H., ... Zetterberg, H. (2016). Defeating Alzheimer's disease and other dementias: a priority for European science and society. *Lancet Neurol*, 15(5), 455–532. doi:10.1016/S1474-4422(16)00062-4
- Young, J., Angevaren, M., Rusted, J., & Tabet, N. (2015). Aerobic exercise to improve cognitive function in older people without known cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, CD005381. doi:10.1002/14651858.CD005381.pub4

PSY
KOL
OGI

De nye gamle

Debatt på Litteraturhuset i Bergen 5. januar kl. 18.00

Eldre i dag skiller seg fra tidligere generasjoner eldre. De har høyere utdanning og står lengre i arbeid. De trener og passer barnebarn. De har høye krav til livet. Kanskje er det eldre som fortjener tittelen «generasjon prestasjon». Hvordan er det egentlig å eldes i dag?

Panelet består psykologene og forskerne Inger Hilde Nordhus, Per Erik Solem, Anders Hovland og Linn-Heidi Lunde. Sjefredaktør Bjørnar Olsen styrer ordet.

Se mer informasjon på våre Facebook-sider. Arrangementet er gratis.

Møt oss til debatt om aldring - det gjelder deg!



Aldring og arbeidsprestasjoner

Norsk og internasjonal forskning viser at eldre kan utgjøre en betydelig ressurs i arbeidslivet. Stereotype forventninger om nedsatt arbeidsevne og produktivitet kan i seg selv begrense Eldres prestasjoner og deltakelse i arbeidslivet.

ETTER MANGE TIÅR med nedgang i sysselsettingen blant eldre ble det mot slutten av 1990-tallet en økende oppmerksomhet om behovet for at eldre fortsetter lenger i arbeidslivet. Behovet for den eldre arbeidskraften kom til uttrykk gjennom IA-avtalen, som ble inngått første gang i 2001, og i pensjonskommisjonen, som ble utnevnt i 2001, og som leverte sin innstilling tre år senere (NOU 2004:1). Fra 2011 resulterte dette i pensjonsreformen, som har bidratt til økt sysselsettingen blant eldre. Spesielt ser det ut til at yrkesaktive med lav utdanning og manuelle jobber står lenger i arbeid enn før reformen (Dahl & Lien, 2013). Hevingen av aldersgrensa i arbeidsmiljøloven fra 70 til 72 år i 2015 har også til hensikt å øke sysselsettingen i eldre år.

Norge har relativt høy sysselsetting i alderen 55–64 år (OECD, 2015). Av OECD-landene er det bare Island, New Zealand og Sverige som

ligger høyere. I alderen over 65 år er det noe flere land som har høyere sysselsetting enn Norge (OECD, 2013). Det kan synes å være rom for høyere yrkesdeltakelse, særlig etter 65 år, ikke minst fordi interessen for å fortsette lenger er økende (Dalen, 2015a). Lederne i arbeidslivet synes imidlertid ikke å følge den samme tendensen. Deres interesse for eldre arbeidskraft synes å ha stagnert etter finanskrisa i 2008 (Dalen 2015b).

En forutsetning for å være i arbeid er at man kan gjøre jobben på en akseptabel måte, og i denne artikkelen skal jeg diskutere sammenhenger mellom alder og produktivitet. Artikkelen er basert på bred kjennskap til litteraturen på feltet, gjennomgang av samleverk om aldring og arbeid (Hedge & Borman, 2012), og nyere utgaver av sentrale gerontologiske tidsskrifter og arbeidslivstidsskrifter. Dessuten har jeg foretatt søk i basene Google Scholar, »

TEKST

Per Erik Solem, cand. psychol., professor i gerontologi ved NTNU i Gjøvik og forsker ved NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus

KONTAKT

per.e.solem@nova.hioa.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson



Eldre legger oftere mer vekt på samarbeid og det å hjelpe andre, for eksempel kolleger, enn på konkurranse, penger og avansement

ScienceDirect, Scopus og PsycNET på søkeordene 'age and productivity' og 'age and work performance'. Først vil jeg avgrense arbeidsprestasjoner fra arbeidsevne («work ability»).

ARBEIDSEVNE

Arbeidsevne forveksles ofte med arbeidsprestasjoner. Mål på kognitive ferdigheter, muskelstyrke, reaksjonshastighet og andre individuelle egenskaper kan indikere noe om mulighetene for å prestere godt på jobben, men brukes i mange tilfeller tilnærmet identisk med arbeidsprestasjoner eller produktivitet. Mange slike egenskaper viser en omvendt U-fordeling over livsløpet, ofte med toppen ganske tidlig i voksenlivet. Det gjelder særlig funksjoner som er avhengig av raske reaksjoner, og funksjoner som er ladet med flytende intelligens, mens mer erfaringsavhengige kognitive funksjoner (krystallisert intelligens) oftere viser reduksjon først sent i livet (Baltes, Freund, & Li, 2005).

Selv om mange egenskaper som inngår i arbeidsevnen, endres i negativ retning, trenger ikke arbeidsprestasjonene å endres, verken i samme grad eller i samme retning. Mellomliggende variabler er blant annet motivasjon, både styrke og type motivasjon, effektivisering av arbeidsoperasjoner gjennom ekspertise, ergonomi, arbeidstidsordninger, autonomi i jobben, opplæring, og lederes og kollegers eventuelle stereotypier om aldring.

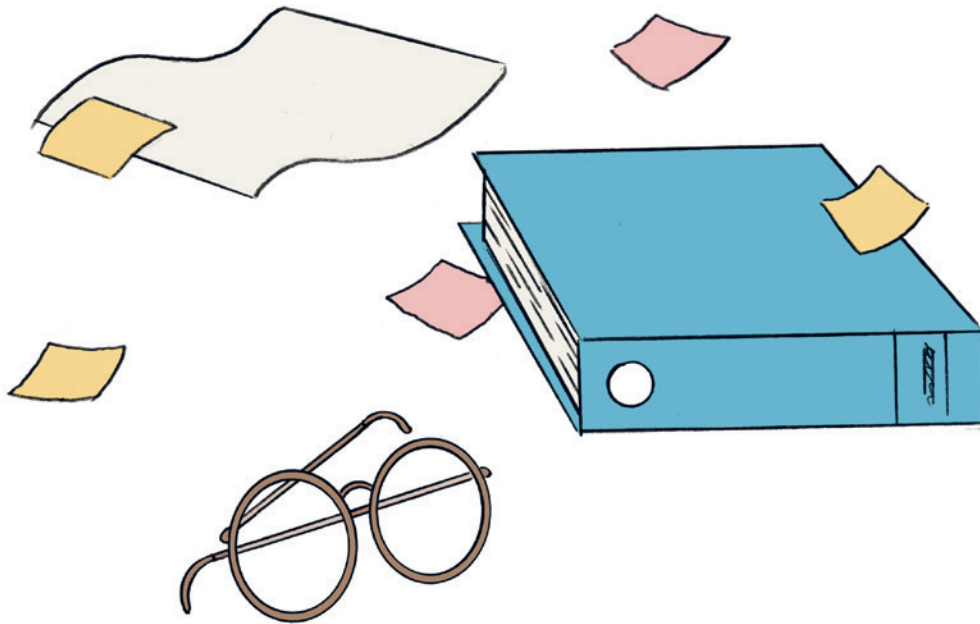
I et notat fra Næringslivets hovedorganisasjon (NHO) i 2014 finner vi et eksempel på hvordan det omvendte U-bildet farger oppfatningen om aldersforandringer i den individuelle produktiviteten. Notatet gjennomgår funn fra PIAAC-undersøkelsen (Bjørkeng & Lagerstrøm, 2014), som dekker aldersgruppen 16 til 65 år, og er et motstykke til de mer kjente PISA-undersøkelsene i skoleverket. NHO konkluderer med at «det kan være liten tvil om at det i det store og det hele er et fall i både arbeidsevne og prestasjoner med alder, og at fallet begynner ganske tidlig i yrkeskarrieren» (NHO 2014, upaginert s. 2).

Den norske PIACC-undersøkelsen undersøker tre ferdigheter: leseferdighet, tallforståelse og IKT-ferdigheter. Alle tre ferdighetene viser høyest prestasjonsnivå i 30-årsalderen. Deretter går gjennomsnittet jevnt nedover. PIACC er en tverrsnittsundersøkelse, og resultatene betyr selvsagt ikke at folk flest fra slutten av 30-årsalderen begynner å få dårligere leseferdighet, dårligere tallforståelse og dårligere mestring av internett og digitale medier. Det betyr heller ikke at folk flest dermed greier jobben sin dårligere fra samme alder. Resultatene betyr først og fremst at kohortene er forskjellige, særlig når det gjelder utdanning. Aldersforskjellene forsvinner imidlertid ikke ved kontroll for utdanningslengde (Bjørkeng & Lagerstrøm, 2014). Utdanningens innhold, som det ikke er kontrollert for, vil imidlertid også spille en rolle. Dagens seniorer i arbeidslivet har for eksempel gått gjennom grunnskolen uten opplæring i digitale medier.

Det skjer aldersforandringer i mange basale evner, som fysisk styrke, reaksjonshastighet, utholdenhet, hukommelse, visdom, sosial forståelse, tålmodighet, ekspertise, krisehåndtering osv. Normalt svekkes mange av disse egenskapene med alderen, mens andre styrkes og utvikles hele livet.

ALDER OG ARBEIDSMOTIVASJON

Arbeidsmotivasjon er studert med ulike begreper, for eksempel gjennom å skille mellom indre og ytre motivasjon (Ryan & Deci, 2000). I en



metaanalyse av 86 studier om sammenhengen mellom alder og jobbmotivasjon fant Kooij, De Lange, Jansen, Kanfer og Dikkers (2011) økende indre motivasjon og minkende ytre motivasjon med økende alder. Nærmere bestemt fant de at de indre motivene som økte med alderen, gjaldt ønske om interessante oppgaver, selvbestemmelse og det å kunne bidra med noe meningsfylt gjennom jobben. De fant også at eldre oftere syntes å legge mer vekt på samarbeid og det å hjelpe andre, for eksempel kolleger, enn på konkurranse, penger og avansement.

Aldersforandringer i motivasjon vil kunne forstyrre konklusjoner om aldersforandringer i arbeidsprestasjoner. Om Eldres prestasjoner bedømmes i situasjoner med sterk ytre motivasjon (penger, prestisje, avansement), vil eldre gjennomsnittlig prestere dårligere sammenliknet med yngre enn i arbeidsoppgaver der en tjener mer på indre motivasjon, der tilfredsheten ved selve arbeidsoppgavene er en mer framtrekkende drivkraft.

HVA SIER FORSKNINGEN OM ELDRES ARBEIDSPRESTASJONER PÅ INDIVIDNIVÅ?

Det foreligger mange studier av sammenhengen mellom alder og arbeidsprestasjoner eller produktivitet. I enkelte yrker er det enklere å måle produktivitet enn i andre yrker. Det er for eksempel ikke enkelt å måle produktivitet på individnivå når resultatet er avhengig av flere

som arbeider sammen. Der resultatet ikke er lett målbart, bruker en gjerne nærmeste overordnetes vurdering, uavhengige bedømmers vurdering eller arbeidstakerens egen vurdering av arbeidsprestasjonene. Flere forskere har gått gjennom et stort antall studier som har brukt ulike metoder for å måle arbeidsprestasjoner på individnivå (Czaja, 2001; McDaniel, Pesta, & Banks, 2012; Ng & Feldman, 2008; Ng & Feldman, 2010; Ng & Feldman, 2012; Ng & Feldman, 2013a; Ng & Feldman, 2013b; Rietzschel & Zacher, 2015; Skirbekk, 2000; Sturman, 2003; Warr, 1994).

Resultatene av disse gjennomgangene kan grovt sett sammenfattes med at det gjennomsnittlig er ingen eller bare en svak sammenheng mellom alder og arbeidsprestasjoner. Den svake sammenhengen har preg av en omvendt, nokså flat U med best prestasjoner tidlig i livet før en fase med stabilitet og en tredje fase med nedgang sent i livet.

De fleste individbaserte undersøkelsene følger aldringen relativt kort, for eksempel til slutten av 50-årene, men noen inkluderer yrkesaktive helt opp til slutten av yrkesaktiv alder. De få studiene som vurderer arbeidsevne over 65-årsalderen, peker på varierte mønstre (Gould, Ilmarinen, Järvisalo, & Koskinen, 2008; Ng & Feldman, 2013b).

Sammenhengen mellom alder og produktivitet varierer med type arbeid. Alderen spiller liten rolle i jobber med enkle og lite fysisk





For akademisk produksjon har tidligere undersøkelser vist en nedgang fra rundt 45-årsalderen, mens nyere studier ikke viser en slik nedgang

krevende oppgaver og i kvalifisert manuelt arbeid der erfaring er viktig. Alder gir fortrinn i jobber der fysisk styrke og reaksjonstid har liten betydning, mens erfaring og ekspertise er viktig. Alderen er en ulempe når arbeidet er fysisk krevende, er underlagt tidspress eller når erfaring betyr lite (Warr, 1994).

Hovedforskjellene mellom eldre og yngre er med andre ord knyttet til aldersforandringer i fysisk styrke, reaksjonstid og erfaring. I noen sammenhenger kan økt relevant erfaring kompensere for langsommere reaksjoner (Ng & Feldman, 2013b). McDaniel et al. (2012) nevner også at eldre greier seg bedre i arbeidsoppgaver som er preget av kognitiv kompleksitet, og dårligere i tungt fysisk arbeid. Ng og Feldman (2008) fant at eldre var bedre i det de kaller «organisational citizenship behavior», det vil si lojalitet, hjelpsomhet overfor kolleger og nyansatte, lite klaging på bagateller, mindre rusmisbruk, sabotasje og aggressiv atferd, og mindre fravær utenom sykefravær. De knytter dette til personlighetsforandringer i retning av mer samvittighetsfullhet og vennlighet, videre til det Carstensen (2006) har kalt positivitetseffekten, at eldre søker mer positive opplevelser og husker positive hendelser bedre enn negative. Dessuten viser eldre ofte større hjelpsomhet overfor kolleger og overbærenhet ved andres uhell eller mindre uregelmessigheter. På bakgrunn av dette konkluderer Ng og Feldman (2013b) med at eldre er kapable til å bidra like mye som yngre til virksomhetens produktivitet.

For akademisk produksjon har tidligere undersøkelser vist en nedgang fra rundt 45-årsalderen, mens nyere studier ikke viser en slik nedgang (Kyvik & Olsen, 2008; Stroebe, 2010). Studier som har sett på kreativitet og innovasjon i ulike aldersgrupper i arbeidslivet, viser stor grad av stabilitet i disse egenskapene (Ng & Feldman, 2008; 2013a). På bakgrunn av vanlige antakelser om avtagende kreativitet med alderen og med forankring i alderens negative sammenheng med flytende intelligens er denne stabiliteten overraskende (Rietzschel & Zacher, 2015). Binnewies, Ohly og Niessen (2008) fant at med stor grad av autonomi i jobben økte kreativiteten med alderen. Autonomi synes å stimulere kreativitet, særlig for eldre medarbeidere.

MÅLING AV ARBEIDSPRESTASJONER PÅ GRUPPENIVÅ

Noen arbeidstakere presterer bedre med økende alder, mens andre presterer dårligere. Selv når den individuelle produktiviteten er svekket av alderen, vil imidlertid eldre kunne være viktige for den samlede produktiviteten, som en del av bedriftens felles kompetanse (Malmberg, Lindh, & Halvarsson, 2005). Malmberg et al. (2005) viser til den såkalte Horndaleffekten, som er hentet fra et svensk jernverk med tungt fysisk arbeid som på 1930-tallet opplevde økt produktivitet samtidig som arbeidsstokken ble eldre og uten investering i produksjonsutstyret. Da ledelsen fant ut at det ble for mange gamle arbeidere og sa opp alle over 70 år, opplevde de at produktiviteten sank. Vi kan ikke trekke en hendelse fra midt i forrige århundre for langt, men eksempelet peker på at eldre kan bidra positivt til virksomhetenes samlede produktivitet. Dette er bekreftet også i nyere undersøkelser, selv om funnene ikke er entydige (Börsch-Supan & Weiss, 2016; Malmberg, Freund, Cuaresma, & Prskawtz, 2011). En feilkilde er at bedrifter med mange gamle også selv ofte er relativt gamle og har gammelt produksjonsutstyr (Malmberg et al., 2005), noe som kan bidra til en undervurdering av eldre ansattes bidrag.

I tysk bilindustri fant Börsch-Supan og Weiss (2016) ingen nedgang i produktivitet med alderen, det vil si ingen forskjell mellom arbeidslag med ulik alderssammensetning. Fordi arbeiderne i noen grad skiftet arbeidslag, var forskerne i stand til å beregne individuelle bidrag og konkluderte da med en jevn stigning i produktiviteten helt opp til de eldste på 65 år. Det er her snakk om fysisk krevende arbeid, og Börsch-Supan og Weiss (2016) forklarer Eldres gode prestasjoner blant annet med deres evne til å mestre stresset når noe går galt i produksjonen.

Flere understreker at det er liten grunn til å tro at flere eldre i arbeidslivet vil ha negative konsekvenser for den samlede produktiviteten i et land (Göbel & Zwick, 2009; Mahlberg et al., 2011). Samtidig er det også enkelte undersøkelser som peker i motsatt retning (Lallemand & Rycx, 2009). Noen hevder at aldring av arbeidsstokken kan ha positive effekter på den samlede produktiviteten (Zwick, Göbel, & Fries, 2013; Boehm, Kunze, & Bruch, 2014), men at det finnes et balansepunkt med en optimal blanding av ulike aldersgrupper på arbeidsmarkedet (Malmberg et al., 2005). Stor aldersspredning i arbeidsstokken vil kunne føre til konflikter mellom eldre og yngre på arbeidsplassen, som imidlertid vil kunne motvirkes gjennom en aldersinkluderende personalpolitikk (Rudolph & Zacher, 2015). Den optimale aldersblandingen kan variere mellom bransjer og mellom land. Aldersspredning kan dessuten virke ulikt på ulike oppgaver. Backes-Gellner & Veen (2013) fant at økt aldersspredning hadde positiv effekt på produktiviteten når det gjaldt kreative oppgaver, men ikke rutineoppgaver.

HVA STYRKER ELDRES ARBEIDSPRESTASJONER?

Helsefremmende arbeid og godt arbeidsmiljø kan motvirke svekkelse av arbeidsevnen og av arbeidsprestasjonene med alderen. Når det gjelder tungt fysisk arbeid, har fysisk trening ved siden av jobben vist seg å styrke arbeidsevnen hos eldre arbeidstakere (Ilmarinen, 1999). Arbeidet kan påvirke aldringens forløp, både den kroppslige og den kognitive aldringen og både i positiv og negativ retning (Bosma et al., 2003; Schooler, Mulatu, & Oates, 1999). Autonomi eller selvbestemmelse i jobben har vist sammenheng med arbeidspre-

stasjoner i mange undersøkelser. Ng og Feldman (2014) fant at effektene av autonomi var enda klarere for eldre enn for yngre. Innflytelse over egen arbeidsdag motvirker nedgang i produktiviteten med alderen (utvalg 20–65 år), og stor innflytelse over arbeidsdagen gir enten ingen aldersforskjeller i produktivitet eller bedre prestasjoner med alderen (Gostautaitė & Buciuniene, 2014). Lite press på beslutninger (ansvarstyngde) ga i samme undersøkelse bedre prestasjoner med alderen eller ingen aldersforskjeller. Undersøkelsen tyder på at innflytelse over eget arbeid er viktig for å beholde eller utvikle produktiviteten med alderen, mens tyngende ansvar, for eksempel i lederposisjoner, synes å virke motsatt.

En annen faktor som ofte nevnes som viktig for å stå lenger i arbeid, er opplæring og videreutvikling av arbeidstakerne opp i eldre år (Solem, 2008; Van der Heijden, Gorgievski, & De Lange, 2016; Wild-Wall, Gajewski, & Falkenstein, 2009). Lazazzara, Karpinska og Henkens (2013) fant i et italiensk materiale at arbeidsgiverne tenderte til å gi opplæring til de eldre som mestret jobben godt, og at det fungerte som en belønning, mens de som ble hengende etter og trengte opplæring mest, i minst grad ble tilbud opplæring. Det kan også være en utfordring at motivasjonen for vekst synes å svekkes med alderen (Kooij et al., 2011). Dette kan bety at mange eldre, mer enn da de var yngre, vil trenge en aktiv stimulering eller til og med press til å delta i opplæring og videreutvikling på jobben. Samtidig finner både Kooij og medarbeidere (2011) og Kochoian, Raemdonck, Frenay og Zacher (2016) at det ikke først og fremst er alderen, men hvor mange år framover en forventer å fortsette i arbeid, som gir utslag i motivasjonen for å lære.

En særlig utfordring er negative implisitte stereotypier om eldre og aldring generelt og om Eldres arbeidskraft spesielt, for eksempel om alderens negative betydning for interessen for å lære nytt. Levy (2003; 2009) har i mange eksperimenter aktivert implisitte stereotypier ved hjelp av subliminal presentasjon av negative karakteristikk som forbindes med eldre (sløv, senil, skrøpelig osv.). Effektene på atferd og prestasjoner har vært tydelige. Det gjelder for eksempel glemsomhet, hørsel, ganghastighet, stressmobilisering og fysisk funksjonsevne i aldersgrupper 60 år og over. Hun fant motsatte effekter av positive karakteristikk



(f.eks. vis, erfaren, sprek). I en studie (Levy, Pilver, Chung, & Slade, 2014) ga ukentlige intervensjoner med subliminalt presenterte positive stereotypier over fire uker, effekter på fysisk funksjonsevne som oversteg resultatet av 6 måneders fysisk trening i sammenliknbare grupper. Disse studiene er ikke direkte relatert til arbeidslivet, men viser at stereotypier virker på dem som utsettes for dem. Noen studier viser tilsvarende effekter av aldersstereotypier på eldres atferd og prestasjoner i arbeidslivet. Gaillard og Desmette (2010) fant at eksponering for stereotypier påvirket intensjoner om tidlig pensjonering, motivasjonen for opplæring og for å tilegne seg nye ferdigheter for å holde seg på høyden i jobben. Von Hippel, Kalokerinos og Henry (2013) fant at opplevelse av å være gjenstand for stereotypiske oppfatninger om aldring på jobben blant annet hang sammen med større interesse for tidlig pensjonering.

KONKLUSJON

Forskningen peker på behovet for å angripe stereotypier om eldre og aldring, og om aldringens sammenheng med arbeidsprestasjoner. Kunnskap om aldring og arbeidsprestasjoner som er diskutert i denne artikkelen, kan bidra i så måte. Antakelig er ikke kunnskap, eller holdningenes kognitive element, nok. Det affektive må også med. Den affektive siden av holdninger til eldre har vist seg å korrelere sterkere med atferden overfor eldre i arbeidslivet (Solem, 2015). Det trengs imidlertid mer forskning om hvilken betydning det kulturelle ubehaget overfor aldring kan ha for holdningene til eldre i arbeidslivet. Åpenhet, altså å snakke om alderens positive og negative sider, vil kunne gi mer realistiske oppfatninger om eldre i arbeidslivet. Andre strategier kan knyttes til Allports kontakthypotese (Allport, 1954). Flere eldre i arbeidslivet vil, dersom det skjer i en aldersinkluderende ramme, kunne bidra til mer positive oppfatninger om og følelser overfor eldre arbeidskraft.

Vil flere eldre i arbeidslivet utfordre produktiviteten? Alderen i seg selv fjerner ikke mulighetene for gode arbeidsprestasjoner. Det kan likevel være utfordrende for arbeidslivet å dra best mulig nytte av den stadig eldre arbeidsstokken, som vi på grunn av aldringen av befolkningen må være forberedt på å årene framover. Det er behov for mer forskning om arbeidsprestasjonene hos de stadig eldre yrkesaktive og om de beste arbeidsbetingelsene opp til den nye aldersgrensa på 72 år og i enda høyere alder. ✕

REFERANSER

- Allport, G.W. (1954). *The nature of prejudice*. Cambridge, MA: Perseus Books.
- Baltes, P.B., Freund, A.M., & Li, S.-C. (2005). The psychological science of human ageing. I M.L. Johnson, M.L. (Ed.), *The Cambridge Handbook of Age and Ageing* (pp. 47–71). Cambridge: Cambridge University Press.
- Backes-Gellner, U. & Veen, S. (2013). Positive effects of ageing and age diversity in innovative companies – Large-scale empirical evidence on company productivity. *Human Resource Management Journal*, 23, 279–295.
- Binnewies, C., Ohly, S., & Niessen, C. (2008). Age and creativity at work: The interplay between job resources, age and idea creativity. *Journal of Managerial Psychology*, 23, 438–457.
- Björkeng, B. & Lagerström, B.O. (2014). *Voksnes basisferdigheter – resultater fra PIAAC*. Rapport 2014/29. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Boehm, S.A., Kunze, F., & Bruch, H. (2014). Spotlight on age-diversity climate: The impact of age-inclusive HR practices on firm-level outcomes. *Personnel Psychology*, 67, 667–704.
- Bosma, H., van Boxtel, M.P., Ponds, R.W., Houx, P.J., Burdorf, A., & Jolles, J. (2003). Mental work demands protect against cognitive impairment: MAAS prospective cohort study. *Experimental Aging Research*, 29, 33–45.
- Börsch-Supan, A. & Weiss, M. (2010). Productivity and age: evidence from work teams at the assembly line. *The Journal of the Economics of Aging*, 7, 30–42.
- Carstensen, L.L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913–1915.
- Czaja, S.J. (2001). Technological change and the older worker. I J.E. Birren & K.W. Schaie (eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 547–568). New York: Academic Press.
- Dahl, E.H. & Lien, O.C. (2013). Pensjonsreformen – flere eldre i arbeid. *Arbeid og velferd*, 1, 58–71.
- Dalen, E. (2015a). Norsk seniorpolitisk barometer 2015. Kommentarrapport: yrkesaktive. Oslo: Ipsos MMI.
- Dalen, E. (2015b). Norsk seniorpolitisk barometer 2015. Kommentarrapport: ledere i arbeidslivet. Oslo: Ipsos MMI.
- Gaillard, M. & Desmette, D. (2010). (In)validating stereotypes about older workers influences their intentions to retire early and to learn and develop. *Basic and Applied Social Psychology*, 32, 86–98.
- Gostautaitė, B. & Buciniene, I. (2014). The role of work characteristics in enhancing older employees' performance: evidence from a post-Soviet country. *The International Journal of Human Resource Management*, 26, 757–782.
- Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J., & Koskinen, S. (eds.) (2008). Dimensions of work ability. Results of the Health 2000 Survey. Helsinki: Finnish Centre for Pensions (ETK).
- Göbel, C. and Zwick, T. (2009). *Age and productivity: evidence from linked employer-employee data*. Discussion Paper 09–020. Mannheim: Centre for European Economic Research.
- Hedge, J.W. & Borman, W.C. (eds.) (2012). *The Oxford Handbook of Work and Aging*. Oxford: Oxford University Press.
- Ilmarinen, J. (1999). Ageing workers in the European Union. Status and promotion of work ability, employability and employment. Helsinki: Finnish Institute of Occupational Health

- Kochoian, N., Raemdonck, I., Frenay, M., & Zacher, H. (2016). The role of age and occupational future time perspective in workers motivation to learn. *Vocations and Learning* DOI 10.1007/s12186-016-9160-9.
- Kooij, D.T.A.M., De Lange, A.H., Jansen, P.G.W., Kanfer, R., & Dijkers, J.S.E. (2011). Age and work-related motives: Results of a meta-analysis. *Journal of Organizational Behavior*, 32, 197-225.
- Kyvik, S. & Olsen, T.B. (2008). Does the aging of tenured academic staff affect the research performance of universities? *Scientometrics*, 76, 439-455.
- Lallemand, T. & Rycx, F. (2009). *Are young and old workers harmful for firm productivity?* Working Paper No09-02 Research Series. DULBEA l'Université Libre de Bruxelles.
- Lazazzara, A, Karpinska, K., & Henkens, K. (2013). What factors influence training opportunities for older workers? Three factorial surveys exploring the attitudes of HR professionals. *The International Journal of Human Resource Management*, 24, 2154-2172.
- Levy, B.R. (2003). Mind matters: Cognitive and physical effects of aging self-stereotypes. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 58B, 203-211.
- Levy, B.R. (2009). Stereotype embodiment. A psychological approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 332-336.
- Levy, B.R., Pilver, C., Chung, P.H., & Slade, M.D. (2014). Subliminal strengthening: Improving older individuals' physical function over time with implicit-age-stereotype intervention. *Psychological Science*, 25, 2127-2135.
- Mahlberg, B., Freund, I., Cuaresma, J.C., & Prskawtz, A. (2011). *Ageing, productivity and wages in Austria*. Econ Working Paper 03/2011. Vienna University of Technology. (http://www.econ.tuwein.ac.at/wps/econ_wp_2011_03.pdf).
- Malmberg, B., Lindh, T., & Halvarsson, M. (2005). *Productivity consequences of workforce ageing - Stagnation or a Horndal effect?* Arbetsrapport 2005:17. Institute for future studies, Stockholm (nedlastet fra www.framtidsstudier.se)
- McDaniel, M.A., Pesta, B.J., & Banks, G.C. (2012). Job performance and the aging worker. I J.W. Hedge, & W.C. Borman, W.C. (eds.), *The Oxford Handbook of Work and Aging* (280-297), Oxford: Oxford University Press.
- Ng, T.W.H. & Feldman, D.C. (2008). The relationship of age to ten dimensions of job performance. *Journal of Applied Psychology*, 93, 392-423.
- Ng, T.W.H. & Feldman, D.C. (2010). The relationship of age with job attitudes: A meta-analysis. *Personnel Psychology*, 63, 677-718.
- Ng, T.W.H. & Feldman, D.C. (2012). Evaluating six common stereotypes about older workers with meta-analytical data. *Personnel Psychology*, 65, 821-858.
- Ng, T.W.H. & Feldman, D.C. (2013a). A meta-analysis of the relationships of age and tenure with innovation-related behaviour. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 86, 585-616.
- Ng, T.W.H. & Feldman, D.C. (2013b). How do within-person changes due to aging affect job performance? *Journal of Vocational Behavior*, 83, 500-513.
- Ng, T.W.H. & Feldman, D.C. (2014). The moderating effects of age in the relationships of job autonomy to work outcomes. *Work, Aging and Retirement*: 1-15. doi:10.1093/worker/wau003
- NHO (2014) <https://www.nho.no/siteassets/nhos-filer-og-bilder/filer-og-dokumenter/kompetanse-og-utdanning/piaac-notat-fra-nho.pdf>. nedlastet 23.2. 2016. Udatert dokument lagt ut på www.nho.no desember 2014. NOU 2004:1. *Moderisert folketrygd. Bærekraftig pensjon for framtida*. Oslo: Statens forvaltnings-tjeneste.
- OECD (2013). *Ageing and employment policies: Norway: Working better with age*. OECD Publishing. (www.oecd-ilibrary.org)
- OECD (2015). Employment outlook. (www.oecd.org/els/emp/employment-outlook-statistical-annex.htm)
- Rietzschel, E.F. & Zacher, H. (2015). Workplace, creativity, innovation, and age. N.A. Pachana, (Ed.) *Encyclopedia of Geropsychology*. Singapore: Springer. (Copyright 2017, prepublished: doi 10.1007/978-981-287-080-3_202-1)
- Rudolph, C.W. & Zacher, H. (2015). Intergenerational perceptions and conflicts in multi-age and multigenerational work environments. I L.M. Finkelstein, D.M. Truxillo, F. Fraccaroli, & R. Kanfer, R. (eds.), *Facing the challenge of a multi-age workforce: A use-inspired approach* (pp. 253-282). New York: Routledge.
- Ryan, R.M. & Deci, E.L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: classic definitions and new directions. *Contemporary Educational Psychology*, 25, 54-67.
- Skirbekk, V. (2008). Age and productivity capacity, descriptions, causes and policy options. *Ageing Horizons*, 8, 4-12.
- Schooler, C., Mulatu, M.S., & Oates, G. (1999). The continuing effects of substantively complex work in the intellectual functioning of older workers. *Psychology and Aging*, 14, 483-506.
- Solem, P.E. (2008). Age changes in subjective work ability. *International Journal of Ageing and Later Life*, 3, 43-70.
- Solem, P.E. (2015). Ageism and age discrimination in working life. *Nordic Psychology*, <http://dx.doi.org/10.1080/19012276.2015.1095650>
- Stroebe, W. (2010). The graying of academia. Will it reduce scientific productivity. *American Psychologist*, 65, 660-673.
- Sturman, M.C. (2003). Searching for the inverted U-shaped relationship between time and performance: Meta-Analyses of the experience/performance, tenure/performance and age/performance relationships. *Journal of Management*, 29, 609-640.
- Van der Heijden, B.I.J.M., Gorgievski, M.J., & De Lange, A.H. (2016). Learning at the workplace and sustainable employability: a multi-source model moderated by age. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 25, 13-30.
- Von Hippel, C., Kalokerinos, E.K., & Henry, J.D. (2013). Stereotype threat among older employees: relationship with job attitudes and turnover intentions. *Psychology and Aging* 28, 17-27.
- Warr, P. (1994). Age and job performance. I J. Snel & R. Cremer (eds.), *Work and aging: A European perspective*. London: Taylor & Francis.
- Wild-Wall, N., Gajewski, P., & Falkenstein, M. (2009). Kognitive Leistungsfähigkeit älterer Arbeitnehmer. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 42, 299-304.
- Zwick, T., Göbel, C., & Fries, J. (2013). Age-differentiated work systems enhance productivity and retention of old employees. I C.M. Schlick, E. Frieling, E., & J. Wegge, J. (eds.), *Age-differentiated Work Systems*. Berlin: Springer-Verlag. DOI: 10.1007/978-3-642-35057-3_2,

VITENSKAPELIG ARTIKKELTIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 64-74 **FAGFELLEVDERT****REIDUN INGEBRETSEN**, Velferdsforskningsinstituttet NOVA, Høgskolen i Oslo og Akershus**KONTAKT** reidun.ingebretsen@nova.hioa.no

ELDRE INNVANDRERE OG DERES PÅRØRENDE TRENGER OGSÅ HJELP

Skal vi gi god hjelp til eldre med innvandrerbakgrunn, må vi vite mer om hvordan sykdom og plager forstås og uttrykkes. For ikke alle har ord for demens eller depresjon, og det faller ikke naturlig for alle å snakke åpent om problemer.

Befolkningen i Norge preges av et økende mangfold. Dette skaper nye utfordringer for helse- og omsorgstjenestene. I denne artikkelen spørres det om hva som hindrer og hva som gjør det lettere for eldre innvandrere å få hjelp ved psykiske problemer og demens. Artikkelen bygger på litteraturstudier og egen forskning om eldre innvandreres situasjon i omsorgstjenesten (Ingebretsen, 2010 a, b; Ingebretsen, 2011), pårørendes situasjon ved demens hos eldre innvandrere (Ingebretsen, Spilker & Sagbakken, 2015), og forebyggende helsearbeid blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn (Ingebretsen, Thorsen & Myrvang, 2015).

DAGENS SITUASJON - ELDRE INNVANDRERE I NORGE

Innvandrere fra over 220 land og selvstyrte regioner bor her til lands, og i januar 2016 utgjorde innvandrere (personer født i utlandet med to utenlandsfødte foreldre) 13,4 prosent av befolkningen. Til sammen var 16,3 prosent av befolkningen innvandrere eller norskfødte barn med innvandrerforeldre (SSB, 2016). De bor i alle landets kommuner, men det er flest i hovedstaden. Innvandrerbefolkningen er fortsatt «ung» sammenlignet med majoritetsbefolkningen. Dette vil endres: I dag utgjør innvandrere kun 4 prosent av alle over 70 år, mens andelen forventes å øke til 27 prosent i 2060 (hovedalternativet for Befolkningsframskrivinger 2016-2100 (SSB, 2016b)).

ABSTRACT

Elderly immigrants and their families are also in need of help.

The article focuses on how elderly immigrants experience their situation regarding mental health problems and dementia. Results from two studies – one on aging women with immigrant backgrounds, and one on immigrants with dementia and their next of kin – are described and discussed in relation to previous research and national goals on equal access to services. The two projects show many similarities in terms of barriers to help seeking, including problem definition, degree of openness or taboos associated to dementia and mental health problems, and expectations of family care. Important system barriers in the public care agencies are insufficient information and individually adapted services for elderly immigrants and their families.

Keywords: elderly immigrants, dementia and mental health problems, barriers to help seeking

Mål og idealer i helse- og omsorgstjenesten

Et økende antall eldre innvandrere får konsekvenser for helse- og omsorgstjenestene. Innvandrere utgjør en sammensatt gruppe som både kan ha andre behov enn majoritetsbefolkningen og bruke tjenestene annerledes. Dette reiser spørsmål om hvordan en gir informasjon om tjenestetilbud og utvikler likeverdige tjenester. I offentlige dokumenter understrekes det at vi fremover i større grad må vektlegge individuelle behov (St.meld. nr. 28, 1999–2000; St.meld. nr. 45, 2002–2003; Sosial- og helsedirektoratet, 2005) og dermed tilpassede tjenester (St.meld. nr. 25, 2005–2006).

I Samhandlingsreformen (St.meld. 47, 2008–2009) påpekes det at en god helsetjeneste avhenger av at «pasientens røst både fanges opp av og preger tjenesten» (s. 121). Også verdighetsgarantien (Helse og omsorgsdepartementet, 2010) er basert på individuell tilrettelegging ut fra den enkeltes fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. I en befolkning preget av mangfold kan det være ulike syn på hvordan dagliglivet best kan tilrettelegges for å ivareta verdighet og trivsel.

Den nasjonale strategien om innvandreres helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) peker på flere utfordringer knyttet til målet om likeverdige helsetjenester, herunder gode tolketjenester og kompetanseutvikling for ansatte. I vår sammenheng er eldre innvandrere som mister sitt andrespråk ved demens, spesielt relevant. De er en sårbar gruppe som vil utfordre oss i målet om likeverdige tjenester.

Selv om tilbudene til eldre i Norge tar utgangspunkt i individuelle behov, har offentlige dokumenter lagt økt vekt på pårørendes rolle i omsorg for eldre. «Morgendagens omsorg» (Meld. St. nr. 29, 2012–13) gir viktige signaler om samspillet og samarbeidet mellom tjenesteapparatet og brukere/pårørende:

Som en del av en aktiv og tydelig pårørendepolitikk, skal det legges til rette for et mer omforent samspill mellom tjenesteapparatet, pårørende og tjenestemottaker, hvor ansatte og pårørende kjenner innhold, muligheter og grenser for sin og de andre partenes rolle, behov og innsats (s. 61).

Et viktig utgangspunkt er da at familie og slektskapsforhold kan ha ulik betydning for innvandrere med ulike opphavsland.

Familieomsorg og offentlige tjenester

I Norge har det skjedd store forandringer i utbyggingen av eldreomsorgen de siste 60–70 årene. Etter at vi fikk loven om sosial omsorg i 1964, har ikke barn lenger et formelt ansvar for eldre foreldre. Vi ser også at det over tid har skjedd en endring i majoritetsbefolkningen, der man fra å foretrekke familiehjelp har gått over til å foretrekke offentlige tjenester ved behov for omfattende og langvarig pleie (Daatland, 1990; Daatland og Herlofson, 2003). Det er imidlertid store variasjoner mellom europeiske land når det gjelder fordeling av familiehjelp og offentlige tjenester (Daatland og Solem, 2011). Også her til lands ser vi fortsatt mye utveksling av hjelp og støtte mellom generasjonene (Herlofson, 2013).

Generelt yter pårørende mye omsorg til hjelpetregende eldre (EURO-CARERS, 2009), noe som også gjelder her i landet. Selv om det er mange oppgaver å mestre underveis i en demensprosess (Bruvik, 2014; Ingebretsen, 2006; Ingebretsen og Solem, 2002; Næss og Moen, 2014), ser vi at pårørende til personer med demens ofte strekker seg langt for å gi

omsorg. Tilsvarende ser vi at pårørendes rolle er viktig også i psykisk helsevern (Helsedirektoratet, 2008).

Innvandrere i Norge representerer en rekke ulike former for familiepraksis og forventninger om familieomsorg (Kavli og Nadim, 2009). Selv om det blant mange er sterke tradisjoner for familieomsorg, er det store variasjoner. En kan heller ikke regne med et ubegrenset omsorgspotensial blant den yngre generasjon av innvandrere/ barn av innvandrere, selv om deres bakgrunn preges av familieorienterte verdier (Ingebretsen, 2009; Nergård, 2009). I mange tilfeller skjer det en gradvis tilpasning til det nye samfunnet (Forssell, 2010).

Samtidig kan det eksistere særlige barrierer mot å benytte offentlige tjenester (Yeatts, Crow & Folts, 1992). Hvis eldre innvandrere i møte med hjelpeapparatet opplever at hjelpen er lite tilrettelagt ut fra den enkeltes vaner og tradisjoner, vil dette skape et press på pårørende om at det er de som må yte omsorg og forvalte den eldres interesser. En familieorientering med vekt på forpliktelse kan øke risikoen for negative helsekonsekvenser hos omsorgsgiver (Gallagher-Thompson, 2006). Økt kulturkompetanse i hjelpeapparatet er derfor etterlyst (Gallagher-Thompson, 2003; Quershi, Collazos, Ramos & Casas, 2008).

NOVA har gjennomført flere prosjekter om eldre innvandrere i helse- og omsorgstjenesten som både viser et behov for tilrettelegging av tjenestene og den viktige rollen pårørende har i omsorgen og i samarbeidet med de ansatte i omsorgstjenesten (Ingebretsen og Nergård, 2007; Ingebretsen, 2009, 2010a, b, c og 2011; Nergård, 2009). Pårørenderollen kan innebære særlige utfordringer ved psykiske problemer og demens. Erfaringer med pårørende til eldre innvandrere viser at pårørende ofte har en sentral rolle som formidlere og brobyggere til omsorgstjenesten. De har få modeller for denne rollen, og de fungerer som omsorgsgivere, koordinatører, oversettere, kulturformidlere og -forvaltere (Ingebretsen, 2009, 2010a). De er dermed «pionerpårørende» – de første som har en pårørenderolle i samspill med det offentlige hjelpeapparat i Norge.

INNVANDRERE OG PSYKISK HELSE

Undersøkelser viser høy forekomst av psykiske problemer blant eldre innvandrere, særlig kvinner (Blom 2008; Kumar, Grøtvedt, Meyer, Søgaard og Strand, 2008), uten at dette gjenspeiles i bruk av tjenester i psykisk helsevern (Elstad,

Finnvold og Texmon, 2015). Helseundersøkelsen ved Statistisk sentralbyrå viser relativt små forskjeller i helsetilstand mellom innvandrere og den øvrige befolkning når det gjelder somatiske sykdommer, men forskjellene øker dess sterkere det subjektive innslaget i oppfatningen av helsen er, og jo mer sykdomsbildet dreier over mot psykiske lidelser. Her fremstår innvandrere som klart mest belastet. Det er forskjeller mellom innvandrergrupper, men helseproblemer er sterkere relatert til alder og kjønn blant innvandrere enn i befolkningen som helhet. Eldre kvinner er særlig utsatt (Blom, 2008).

En gjennomgang av forskningslitteraturen viser også at voksne immigranter i Norge har større plager og økt risiko for problemer med den psykiske helsen sammenlignet med befolkningen generelt (Abebe, 2010). Dette tilskrives særlig sosiale og økonomiske forhold. For flyktninger må en ta i betraktning at mange har en traumatisk bakgrunn. Noen grupper av innvandrere kan imidlertid oppleve *mindre* risiko for psykiske problemer enn majoritetsbefolkningen. Dette tilskrives det som kalles «the healthy migrant effect»: De som flytter, kan være ekstra ressurssterke og ha en støttende familiekultur som beskytter mot psykiske helseproblemer (Abebe, Lien og Hjelde, 2012). Det er derfor viktig å ha i mente at vi har å gjøre med ulike og sammensatte grupper av innvandrere (Kumar et al., 2008) som i ulik grad benytter hjelpeapparatet (Elstad et al., 2015).

Synet på helse og hjelpesøking påvirkes av den enkeltes virkelighetsforståelse. I ulike samfunn er det forskjell på hva man definerer som sykdom, hvordan man presenterer sin lidelse, og hvem man henvender seg til for å få hjelp (Ingebretsen, 2009; Neumayer, 2001). Dette gjelder både fysiske og psykiske helseproblemer. Direkte oversettelse av helsebegreper fra ett språk til et annet kan derfor være problematisk og skape misforståelser (Eriksen og Sajjad, 2011).

I noen innvandremiljøer er det sterke tabuer og barrierer for åpenhet om psykiske problemer (Jareg, 2007). En britisk undersøkelse blant pakistanske kvinner viser at sykehusinnleggelse, behandling og medisiner for «mentale lidelser» skaper risiko for stigmatisering av kvinnene og deres familier. Det kan derfor være en fordel å benytte mer nøytrale betegnelser for tjenester og tilbud (Wheeler, 1998). Vi finner også at enkelte innvandrergrupper oppfatter og fremstiller psykiske plager som somatiske symptomer, noe som underkommuniserer de psykiske plagene (Sørheim, 2000; Sachs, 2011).

Fellesskap med andre fra opprinnelseslandet kan utgjøre en styrke når det gjelder støtte i hverdagslivet, fremtidsstro og fremtidsplaner. Ved innvandring til et annet land kan det være mange forhold som virker uoversiktlige og innebærer påkjenninger. Ikke alle føler seg fullt ut akseptert i sitt nye hjemland. Dette var bakgrunnen for prosjektet «Livsmot eller mismot», som ble gjennomført ved Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse i samarbeid med NOVA (Ingebretsen et al., 2015a) (se beskrivelse nedenfor).

Innvandrere og demens

Internasjonale studier peker på at forståelsen av demens varierer mellom kulturelle kontekster (Mukadam, Cooper & Livingstone, 2011). Etniske minoriteter er ofte underrepresentert i demensomsorgen, og oppsøker hjelpeapparatet sent i en demensutvikling (Moriarty, Sharif & Robinson, 2011; Seabrooke & Milne, 2004, 2009). Derfor rettes søkelyset mot tilpassing av tjenester og tilbud til ulike minoritetsgrupper (Alzheimer Society, 2013).

Det er også utfordringer knyttet til diagnostisering. Her må språk, utdanningsnivå og sosioøkonomisk status tas i betraktning. (Nielsen, »



I en befolkning preget av mangfold kan det være ulike syn på hvordan dagliglivet best kan tilrettelegges for å ivareta verdighet og trivsel



Pårørende til eldre innvandrere har ofte en sentral rolle som formidlere og brobyggere til omsorgstjenesten

2012). Inntil nylig har det vært lite forskningsbasert kunnskap om eldre innvandrere med demens og deres pårørende i Norge. Et ledd i arbeidet med å bøte på dette er prosjektet «Eldre innvandrere og demens», som ble organisert og ledet fra Nasjonalt kompetansesenter for minoritets-helse (NAKMI) på oppdrag fra Helsedirektoratet (Spilker og Kumar 2016). Delprosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» i samarbeid med NOVA hadde artikkelforfatteren som prosjektleder (Ingebretsen et al., 2015b).

Målsetting i de aktuelle prosjektene

Målet med prosjektet «Livsmot eller mismot» var å få kunnskap om hvordan aldre kvinner med innvandrerbakgrunn opplever livskvalitet og utfordringer i hverdagslivet, og hvilke tiltak de foretrekker for å skape trivsel og redusere mismot.

I prosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» var målet å få økt kunnskap om holdninger til demens blant personer med innvandrerbakgrunn, erfaringer med tjenestetilbud og hvordan situasjonen oppleves når et familiemedlem rammes av demens, samt lære mer om hvordan helsepersonell møter denne gruppen.

METODE

Metodene som ble benyttet i prosjektet «Livsmot eller mismot», var individuelle kvalitative intervjuer med fagfolk og ledere av innvandrerorganisasjoner med bakgrunn fra Asia (n = 10) og fokusgrupper med kvinner (50 år +) med bakgrunn fra India og Pakistan (n = 20). Foreløpige funn fra intervjuene ble drøftet i en dialogkonferanse med kvinner med bakgrunn fra mange land (n = 30). Disse erfaringene inngår i datamaterialet. Kvinnene ble rekruttert gjennom organisasjoner og forebyggende helsetiltak.

Også prosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» benyttet individuelle intervjuer og fokusgruppeintervjuer som metode. Det ble gjennomført intervjuer med 12 pårørende til eldre innvandrere med demens. De hadde bakgrunn fra 9 land. Pårørende ble rekruttert gjennom hjelpeapparatet. Det ble gjennomført 9 fokusgrupper med i alt 51 innvandrere over 50 år (uten demensdiagnose) med bakgrunn fra 10 land om holdninger til demens og erfaringer med hjelpeapparatet generelt. Disse deltakerne ble rekruttert gjennom kontaktpersoner i innvandrer miljøer, organisasjoner og religiøse samfunn. I prosjektet inngikk også fire fokusgrupper med i alt 18 ansatte i helse- og omsorgstjenesten (to grupper representerte hjemmetjenesten og to sykehjem). Disse ble rekruttert gjennom sine arbeidsteder i bydeler i Oslo med høy andel innvandrere. De ansatte hadde bakgrunn fra 11 land. I alt består utvalget av 81 personer fra 23 land. Eldre innvandrere, pårørende og ansatte i helse- og omsorgstjenesten har fortalt om sine holdninger til demens og erfaringer med møter i hjelpeapparatet.

I begge prosjektene ble intervjumaterialet transkribert og tematisk analysert av forskerteamene. For nærmere metodebeskrivelse med faglige og etiske vurderinger vises det til prosjektrapportene (Ingebretsen et al., 2015 a og b).

Metodekommentar

I begge prosjektene vurderes det som en styrke at vi fikk mulighet til å belyse våre spørsmål i dialog med deltakere som hadde ulike erfaringer og innfallsvinkler til våre problemstillinger. Særlig i demensprosjektet er utvalget bredt sammensatt og preget av mangfold. Tilliten til funnens pålitelighet styrkes av at det er stor grad av samsvar mellom funn fra

ulike datakilder. I prosjektet «Eldre innvandrere og pårørende» gjelder dette uttalelser fra eldre, pårørende og ansatte. I «Livsmot og mismot» har deltakerne hovedsakelig bakgrunn fra to opprinnelsesland, men dialogkonferansen viste at eksempler på erfaringer ga gjenkjenning også for kvinner med annen innvandrerbakgrunn.

Deltakernes beskrivelser av behov og forhold til hjelpeapparatet har klare paralleller i de to prosjektene. Samtidig gir ikke funnene grunnlag for å generalisere til alle innvandrere eller «eldre innvandrere» som gruppe. Likevel bidrar de enkelte deltakernes stemme og deres eksempler til innsikt og refleksjon om mangfold. De peker på hvilke behov og ønsker eldre innvandrere og deres pårørende kan ha, hvordan man best kan komme dem i møte, og hva som kan hindre at de får god hjelp. Nedenfor blir erfaringer fra begge prosjektene (heretter kalt «Kvinneprojektet» og «Demensprosjektet») beskrevet og drøftet samlet.

RESULTATER

Barrierer mot hjelpsøking og strategier for å overvinne dem

Faktorer som kan hindre hjelpsøking, beskrives først ut fra problemforståelse, åpenhet/tabuforestillinger og syn på familiens ansvar for omsorg. Deretter rettes blikket mot hjelpeapparatet med spørsmål om hvordan hjelpe tilbud gjøres kjent, er tilgjengelige og gir hjelp tilpasset den enkeltes behov.

Problemforståelse

I «Kvinneprojektet» forteller kvinnene at det ikke har vært vanlig for dem å sette ord på psykiske problemer. De snakker mer om kroppslige plager, og har ikke vært vant til å se en sammenheng mellom kroppslige og psykiske plager.

«Demensprosjektet» viser at hukommelsesproblemer og begynnende demens på den ene siden kan oppfattes som del av en normal aldringsprosess. På den andre siden kan demens med atferdsproblemer ses som tegn på «galskap». Begge oppfatningene kan bidra til at eldre og deres pårørende unnlater å søke hjelp.

Åpenhet/tabu/skam

Både «Kvinneprojektet» og «Demensprosjektet» viser at det eksisterer ulike oppfatninger om sykdom og helse og hva som forårsaker plagene. Dette påvirker både om man søker hjelp i det hele tatt, og hvor man i så fall finner det

naturlig å søke hjelp. Noen av deltakerne forteller at plagene tolkes som et resultat av sosialt påført magi eller som straff fra gud. Da er det mer nærliggende å forholde seg passiv eller oppsøke vismenn, gjennomføre religiøse ritualer eller bønn, enn å oppsøke helsevesenet. Ser en hukommelsesproblemer og atferdsvansker som et mulig tegn på sykdom, er det større sannsynlighet for at man oppsøker hjelpeapparatet. (Ingebretsen et al., 2015b).

Deltakerne forteller at de får ulike impulser til å forstå sine plager. Mange har pårørende og kjente som arbeider i helsevesenet. I «Kvinneprojektet» forteller kvinner i fokusgruppene at de har utviklet fortrolige venninneforhold der de kan være åpne om sine problemer og bekymringer. De nevner også ressurspersoner i innvandremiljøene som viktige støttespillere og brobyggere inn i hjelpeapparatet. Dette gjelder også psykologhjelp.

Deltakerne forteller at redsel for ryktespredning kan prege kontakten med hjelpeapparatet og bruk av tolketjenester. Begge prosjektene gir eksempler på at tabuer og negative forestillinger om psykisk helse virker negativt på den enkeltes selvfølelse. I tillegg kan hele familien bli stemplet. Både eldre selv og pårørende uttrykker bekymring for sladder og for at familiens gode navn og rykte kan bli skadet. Et eksempel er at det kan gå ut over barnas sjanser på ekteskapsmarkedet dersom en av foreldrene har uttalte tegn på demens eller psykiske lidelser.

Familieorientering

I de tilfellene der negative holdninger til et familiemedlemmes problem kan komme til å prege hele familiens anseelse, blir dette fort et argument for å holde problemer innad i familien. Men familieorienteringen kan også komme til uttrykk ved at familien føler et ekstra ansvar for å hjelpe eldre familiemedlemmer. Da blir ofte alle omsorgsressurser i familien benyttet maksimalt før de søker hjelp gjennom det offentlige hjelpeapparat (Ingebretsen, 2015).

Hukommelsessvikt og språkproblemer i et «fremmed land» kan ytterligere forsterke følelsen av hjelpeløshet, og skape ekstra avhengighet av familien. Barn av innvandrere med demens gir ofte uttrykk for at de føler en sterk forpliktelse til å ta seg av sine foreldre. Samtidig må de forholde seg til andre forventninger i dagens Norge, som tett oppfølging av egne barn og forventninger om at både menn og kvinner

»

skal delta i arbeidslivet. Dette gjør at det blir vanskelig å etterleve tradisjonelle idealer om familieomsorg. Det gir et krysspress som kan skape dilemmaer og konflikter, både for den enkelte og familiemedlemmer imellom. En datter forteller at hun måtte søke psykisk helsevern om hjelp for sin utagerende mor. Hun ble sterkt kritisert og avvist av familiemedlemmer som bodde utenlands: «De sier at jeg har et kaldt hjerte.»

En vanskelig migrasjonsprosess kan bidra til at barn av innvandrere føler ekstra forpliktelse overfor sine foreldre. En sønn som nøler med å søke plass for sin mor på sykehjem, begrunner nølingen slik: «Min mor har måttet forlate alt hun har hatt i livet. Skal hun nå også miste familien?» Han vil gjøre alt som står i hans makt for å forhindre at hun må oppleve ytterligere tap og omstilling, selv om han og familien er utslitte.

Pårørende til eldre innvandrere med demens forteller at det uansett hvordan den eldre fungerer, er en selvfølge for dem å hjelpe. En svigerdatter sier at hun ser det som sin oppgave å stille svigermoren. Hvis hun ikke klarer oppgavene og må be om hjelp, betyr det at hun ikke strekker til. Sett slik kan det å søke offentlig hjelp fortone seg som et tegn på egen utilstrekkelighet som pårørende.

Et annet eksempel gjelder en sønn som gjorde en enorm innsats for å hjelpe sin demensrammede far også etter at faren flyttet til sykehjem. Sønnen blir nærmest forbauset når han blir spurt om hvordan dette er for ham selv. Han er lite opptatt av at han er sliten. Hans hovedargument er: «Det er jo min far» (Ingebretsen, 2015b).

Noen pårørende forteller at de av respekt for og lojalitet til den eldre nøler med å fortelle hjelpeapparatet om hvor hjelpetrengende den eldre faktisk er. Ansatte i omsorgstjenesten gir også uttrykk for at familier med innvandrerbakgrunn ofte venter med å søke hjelp til den eldre er sterkt redusert. En slik skjerming av den eldre kan medføre både at den eldre får utilstrekkelig oppfølging, og at pårørende blir ekstra utsatt for belastninger.

Behov for informasjon og tilrettelegging av tilbud i hjelpeapparatet

I begge prosjektene ønsket vi å lære mer om hvordan deltakerne opplever hjelpeapparatet, og hva som er viktig for dem med tanke på god hjelp.

Informasjonsbehov

I «Kvinneprojektet» forteller deltakerne at eldre med innvandrerbakgrunn kan gå glipp av informasjon om tilbud og tjenester hvis informasjon bare gis på norsk. De ønsker derfor informasjon på ulike språk, men vektlegger også behovet for norskopplæring.

Erfaringer fra «Demensprosjektet» viser et stort behov for mer informasjon både om demens og tjenestetilbudet. Det trengs både skriftlig og muntlig informasjon, og den må gis på ulike språk. Det etterlyses også flerspråklig folkeopplysning via media.

I begge prosjektene understreker deltakerne at innvandreres organisasjoner og møtesteder er viktige arenaer for kunnskapsformidling og informasjon.

Tilrettelegging

I den direkte kontakten med hjelpeapparatet er både språk og kulturforståelse viktige forutsetninger for god hjelp. Deltakerne understreker at fastlegen har en sentral rolle. Noen av deltakerne i «Kvinneprojektet» vil helst bruke sitt morsmål for å beskrive opplevelser og plager, selv

om de praktiserer norsk i dagligtale. Hvis det ikke finnes fagfolk med samme språk, etterlyser de en velfungerende tolketjeneste. Samtidig understreker deltakerne at helsepersonell må ha kjennskap til innvandreres bakgrunn, tradisjoner og referanseramme. Ellers kan det lett oppstå misforståelser.

Det er eksempler på at kvinner som har søkt profesjonell hjelp, blir møtt med holdninger som forteller om liten forståelse og lydhørhet for deres normer og verdier, slik som lettvinde råd om å bryte ut av forhold eller «tenke på seg selv» når det er familieproblemer. En viktig forutsetning for å benytte tilbud er å bli møtt med respekt for sine verdier.

Aldrende kvinner i «Kvinneprojektet» legger stor vekt på egne møtesteder for kvinner der de møter lydhørhet og får styrket selvtillit og mestring gjennom språkopplæring og helseinformasjon. Disse møtestedene oppleves som helsefremmende og trygge arenaer for sosialt samvær, læring og aktivitet. Tilrettelegging innebærer å ta hensyn til kulturelle/religiøse oppfatninger om helse og et godt liv, blant annet ved å ivareta den enkeltes bluferdighet ved trening og fysisk aktivitet.

Også i «Demensprosjektet» etterlyser flere deltakere uformelle møtesteder som et bidrag til å skape kontakt, forsinke demensutvikling og gi mulighet til gjensidig hjelp og støtte.

Når det gjelder tilbud om hjemmetjenester, dagsentrer og opphold i sykehjem, vektlegger deltakere i begge prosjekter individuell tilrettelegging og respekt for den enkeltes vaner, normer og tradisjoner. Mulighet til kommunikasjon på morsmålet kan både være en del av tilretteleggingen og en forutsetning for å kunne følge opp den enkeltes ønsker og behov.

I «Demensprosjektet» forteller pårørende om både positive og negative erfaringer med tilrettelegging av tjenester i hjelpeapparatet. Pårørende som har vært i kontakt med hukommelseslinikker og utredningsenheter, er stort sett fornøyde med det tilbudet de har fått ved kartlegging. Noen har imidlertid innvendinger når det gjelder oppfølging. De ønsker tilrettelegging av dagtilbud for innvandrere med demens og tilbud til deres pårørende.

Familieorientering og samarbeid med helse- og omsorgspersonell

I «Kvinneprojektet» uttrykker flere eldre kvinner at de vil bo for seg selv og ikke være

en belastning for sine barn. Andre forteller at barna har nok med sitt, og at deres alternativ da er offentlige omsorgstjenester. Måten den eldre og familien blir møtt på i hjelpeapparatet, blir avgjørende for å benytte tilbud. Det er eksempler på at det første møtet med dagsenter eller sykehjem blir så vanskelig på grunn av språkproblemer og utilstrekkelig tilrettelegging at den eldre og familien ikke ønsker å benytte tilbudet.

I begge prosjektene er deltakerne opptatt av at det er tillit og et nært samarbeidsforhold mellom pårørende og ansatte i hjelpeapparatet. De legger vekt på dialog underveis, slik at partene kan planlegge best mulig omsorg for den eldre. Det krever bevisstgjøring og forventningsavklaring mellom den enkelte eldre, familien og hjelpeapparatet.

Både eldre selv og pårørende ønsker seg lavterskeltilbud og kontaktpersoner det er enkelt å henvende seg til. Familiemedlemmer kan streve med å sette ord på hva de selv opplever, og hva de trenger av hjelp, derfor er det viktig for dem å bli møtt med lydhørhet.

I våre undersøkelser legger både eldre, pårørende og ansatte selv vekt på at ansatte i helse- og omsorgstjenesten trenger opplæring for å kunne forholde seg til et mangfold av brukere. Dette gjelder kunnskap om språk, tradisjoner og verdier – ikke minst forståelse av forventninger om familieomsorg.

DISKUSJON

Prosjekterfaringene viser at det er en rekke forhold som kan hindre eldre innvandrere og deres pårørende i å få hjelp. Negative holdninger til psykiske problemer og demens kan bidra til at de utsetter å be om hjelp. I tillegg vil språk og kommunikasjon være avgjørende for innvandreres problemdefinerings, kontakt med hjelpeapparatet, diagnostisering og behandling. Som tidligere diskutert i faglitteraturen (Jareg, 2007), viser våre funn at ikke alle har ord for depresjon eller demens, og at psykiske problemer ofte kan komme til uttrykk gjennom kroppslige plager. Derfor må man ta utgangspunkt i den enkeltes problemforståelse, og formidle kunnskap og forståelse på en måte som tar hensyn til ulike holdninger til psykiske problemer og demens.

I dette arbeidet blir det viktig å ta hensyn til at det er stor variasjon i en sammensatt gruppe av innvandrere, og at innvandreres holdninger og oppfatninger bare er en av flere faktorer som virker inn på hjelpsøking. Andre viktige faktorer er informasjon om tjenestene og hvordan tilbud og tjenester gjøres tilgjengelige og tilpasses brukerne (jf. Yeatts et al., 1992; Mukadam et al., 2011; Seabrooke & Milne, 2009).

På systemplan er det en ekstra utfordring for hjelpeapparatet å gi informasjon om tilbudet på en måte og i et språk den enkelte forstår. Selv om hjelpeapparatet har ansvar for å tilby tolketjeneste ved behov (Helsedirektoratet, 2014), viser prosjekterfaringene at dette ikke alltid blir fulgt opp på en tilfredsstillende måte.

Våre funn viser at pårørende ofte får en aktiv rolle i kontakten med hjelpeapparatet. Det er tidligere vist for omsorgstjenester generelt (Ingebretsen, 2009, 2010). Ved demensutvikling blir behovet for en slik aktiv pårørenderolle ekstra stort.

En sterk familieorientering vil virke inn på pårørendes forhold til hjelpeapparatet. Mange innvandrere kommer fra land med vekt på familieomsorg, og de har liten erfaring med offentlige omsorgstjenester. Variasjonen både mellom og innad i ulike grupper av innvandrere er likevel stor. »



Undersøkelser viser høy forekomst av psykiske problemer blant eldre innvandrere, uten at dette gjenspeiles i bruk av tjenester i psykisk helsevern



Etniske minoriteter er ofte underrepresentert i demensomsorgen

Barn av innvandrere som vokser opp i Norge, vil i ulik grad bli preget av og praktisere tradisjoner og normer fra foreldrenes opprinnelsesland.

Våre undersøkelser viser at forventninger om familieomsorg kan være forbundet med mye stress for pårørende. Dette er i overensstemmelse med tidligere funn (Gallagher-Thompsen, 2006). Samtidig møter vi motforestillinger mot å definere hjelpebehovene til et familiemedlem som et «problem», fordi familieomsorg blir regnet som en selvfølge. Enten en kaller det belastninger eller ikke, vil langvarig omsorgsarbeid kunne medføre risiko for sykdom og slitasje hos pårørende.

Våre funn viser ulike tradisjoner for hvor mye en snakker om sine bekymringer utad, og hva slags «snakkekultur» en er vant med. Hensynet til familieloyalitet og redsel for ryktespredning kan være en grunn til ikke å snakke så mye utad om problemer i familien, men det kan også være tvil om det hjelper å «snakke om problemer». Vi bør derfor være åpne for ulike tilnærminger ved intervensjon.

I faglitteraturen vises det til positive erfaringer med bruk av kognitive og psykoedukative tilnærminger overfor pårørende med asiatiske bakgrunn (Gallagher-Thompsen, 2003). Pårørende ble motivert til stressmestring og avkobling med den begrunnelse at det ville gjøre dem til bedre omsorgsgivere. Også våre prosjekterfaringer viser at det ikke alltid oppleves legitimt for pårørende å ønske seg fritid og avkobling «bare for sin egen del». En tilnærming med opplæring kan være lettere å godta. Samtidig etterlyser flere av deltakerne i våre undersøkelser også familieorienterte tilnærminger og tilbud om psykologbistand til pårørende.

Det stiller store krav til tilgjengelighet og tilrettelegging av tjenestetilbud hvis vi skal følge opp det som står i Meld. St. 29 (2012–13): «Pårørende skal ikke oppleve seg tvunget inn i en rolle som omsorgsperson eller påta seg omfattende omsorgsoppgaver fordi det offentlige tjenestetilbudet blir utilstrekkelig» (s. 59).

Ikke alle eldre innvandrere har mulighet til eller foretrekker omfattende familieomsorg. Prosjekterfaringene viser at det er variasjon i forventningene om familieomsorg også fra den eldre generasjon. Mange legger vekt på møteplasser der de treffer andre og utvikler fellesskap og gjensidig støtte også utenfor familien.

Slike arenaer er viktige for informasjon og erfaringsutveksling. Samtidig har noen behov for profesjonell hjelp. Da trengs det kulturkompetanse blant ansatte i psykisk helsevern og helse- og omsorgstjenesten.

Opplæring for ansatte i helse- og omsorgssektoren for å møte eldre innvandreres behov blir sterkt understreket både fra eldre selv, pårørende og ansatte som har deltatt i de aktuelle prosjektene. Behov for opplæring er også understreket i flere forskningsrapporter tidligere (Ingebretsen, 2010, 2011) og i offentlige dokumenter (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

Viktige aspekter ved kulturkompetanse er at en er oppmerksom på at den enkeltes bakgrunn på ulike måter kan ha innvirkning på hvordan en gir uttrykk for og oppfatter plager (Quershi et al., 2008). Det kan være behov for tilpasninger i diagnostisering og behandling. Ikke minst er det viktig å være bevisst eget ståsted og risiko for feilslutninger fordi en tar ting for gitt. Dette gjelder i alle deler av helse- og omsorgstjenestene og for alle yrkesgrupper – også psykologer.

Denne artikkelen er mest bygget på erfaringer fra kommunale helse- og omsorgstjenester og tiltak for helsefremmende arbeid. For psykisk helsevern har det i mange år blitt etterlyst større satsing på psykologisk behandling til eldre generelt (Ingebretsen, 1977; Solberg 2014 a og b). For eldre innvandrere kan det være enda flere barrierer både for å be om – og få – adekvat hjelp. Et flerkulturelt perspektiv er derfor viktig i videre forskning og klinisk arbeid på dette feltet.

KONKLUSJON

For å gi god hjelp til eldre med innvandrerbakgrunn blir det viktig å rette oppmerksomhet mot hvordan sykdom og plager forstås og uttrykkes. Ikke alle har ord for demens eller depresjon, eller føler det naturlig å snakke åpent om problemer. Det blir avgjørende hvordan hjelpeapparatet gir informasjon og tilrettelegger tilbud for å møte de behov eldre innvandrere og deres familier har for hjelp. Møteplasser og organisasjoner kan være viktige arenaer for informasjon og støtte. I dette arbeidet er det viktig å samarbeide med innvandrere og deres organisasjoner og satse på utvikling av kulturkompetanse og fleksible tilbud i ulike deler av hjelpeapparatet. ✘

REFERANSER

- Abebe, D.S. (2010). *Public Health Challenges of Immigrants in Norway: A research Review*. NAKMI-rapport. Oslo: Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse.
- Abebe, D.S., Lien, L., & Hjelde, K.H. (2012). What we know and don't know about mental health problems among immigrants in Norway. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 16, 60–7.
- Alzheimer Society (2013). All Party Parliamentary Group on Dementia. www.alzheimer.org.uk
- Blom, S. (2008). *Innvandrerens helse 2005/2006*. Rapport 35. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Bruvik, F.K. (2014). *Persons with dementia and their family carers. Quality of life, burden of care, depression and the effect of psychosocial support* (Doktoravhandling). Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.
- Daatland, S.O. (1990). What are families for? On family solidarity and preferences for help. *Ageing and Society*, 10, 1–15.
- Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2003). Lost solidarity or changed solidarity. A comparative European view of normative family solidarity. *Ageing and Society*, 23, 537–560.
- Daatland, S.O. & Solem, P.E. (2011). *Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi*. Fagbokforlaget.
- Elstad, J.I., Finnvold, J.E. og Texmon, I. (2015). Bruk av sykehus og spesialisthelsetjenester blant innbyggere med norsk utenlands bakgrunn. NOVA-rapport nr. 10/15.
- Eriksen T.H. & Sajjad T.A. (2011). *Kulturforskjeller i praksis. Perspektiver på det flerkulturelle Norge*. Oslo. Gyldendal Akademisk.
- EUROCARERS (2009). «Family care in Europe». Factsheet. (www.vilans.nl).
- Forssell, E. (2010). Anhörigomsorg i migrantfamiljer. I Torres, S. & Magnússon, F. (red.): *Invandrerarskap, äldreård och omsorg*. Gleerups Forlag, 93–105.
- Gallagher-Thompson, D. (2006). The family as the unit of assessment and treatment in work with ethnically diverse older adults with dementia. I G. Yeo, & D. Gallagher-Thompson (red.): *Ethnicity and the Dementias*. London: Routledge.
- Gallagher-Thompson, D., Coon, D.W., Solano, N., Ambler, C., Rabinowitz, Y., & Thompson, L.W. (2003). Change in Indices of Distress Among Latino and Anglo Female Caregivers of Elderly Relatives with Dementia: Site-specific results from the REACH National Collaborative Study. *The Gerontologist* 43, 4, 580–591.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2010). Forskrift om verdig eldreomsorg. Verdighetsgarantien. (www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655)
- Helse- og omsorgsdepartementet (2013). *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle*. Nasjonal strategi om innvanderers helse.
- Helsedirektoratet (2008). *Pårørende – en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykisk helsetjenester*. IS-1512. (<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veiledere/>)
- Helsedirektoratet (2014). *Rett til tolk*. Oslo: Helsedirektoratet. <https://helsenorge.no/rettigheter-som-syk/rett-til-tolk>
- Herlofson, K. (2013). *Generasjonsbånd. Kvinner og menns familierelasjoner i aldrende samfunn*. (Doktoravhandling) Universitetet i Oslo. Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi.
- Ingebretsen, R. (1977). Psychotherapy with the elderly. *Psychotherapy, Research and Practice*, 14, 319–332.
- Ingebretsen, R. (2006). *Flytting til institusjon. Demens i parforhold*. Tønsberg. Forlaget Aldring & Helse.
- Ingebretsen, R. (2009). Familien tar seg vel av 'dem' eller? Individuell tilrettelegging og familieorientering i omsorg for eldre med innvandrerbakgrunn. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 6, 2, 129–141.
- Ingebretsen, R. (2010a). Erfaringer med omsorgstjenester for eldre innvandrere. Brukeres, pårørendes og ansattes perspektiver. NOVA-rapport 11/2010.
- Ingebretsen, R. (2010b). Omsorg for eldre innvandrere. Samlede prosjekterfaringer. NOVA-rapport 15/2010.
- Ingebretsen, R. (2010c). Omsorgstjenester for eldre med innvandrerbakgrunn i Norge – hvordan ivareta mangfold og individualitet? I S. Torres og F. Magnússon (red.). *Invandrerarskap inom äldreården och omsorgen*. Gleerups forlag, 129–149.
- Ingebretsen, R. (2011). Omsorgstjenester til personer med etnisk minoritetsbakgrunn. NOVA-rapport 28/11.
- Ingebretsen, R. (2015a). Pårørende som ressurs og ressurser til pårørende. I S. Husebø og M.S. Holm (red.). *Verdighetsboken – omsorg for gamle*. Fagbokforlaget, 155–166.
- Ingebretsen, R. (2015b). Det er jo min far! Erfaringer fra pårørende til eldre innvandrere med demens. *Demens & Alderspsykiatri*, 19, 4, 8–12.
- Ingebretsen, R. & Solem, P.E. (2002). *Aldersdemens i parforhold*. NOVA-Rapport 20/02.
- Ingebretsen, R. & Nergård, T.B. (2007). Eldre med innvandrerbakgrunn. Tilpasning av pleie- og omsorgstilbudet. NOVA-rapport 13/07.
- Ingebretsen, R. Spilker, R.S. og Sagbakken, M. (2015b). *Eldre innvandrere og demens. Erfaringer fra eldre, pårørende og ansatte i omsorgstjenesten*. NAKMI/ NOVA: NAKMI-rapport 1–2015. (vist i tekst som Ingebretsen et al., 2015b)
- Ingebretsen, R., Thorsen, K. og Myrvang, V.H. (2015). *Livsmot og mistot blant aldrende kvinner med innvandrerbakgrunn*. «Møteplasser er viktig! Det er kjempeviktig». Forlaget Aldring og helse. (vist i tekst som Ingebretsen et al., 2015a)
- Jareg, K. (2007). *Psykisk helse i et flerkulturelt samfunn*. Rådet for psykisk helse. Utvalgsrapport.
- Kavli, H.C. & Nadim, N. (2009). Familiepraksis og likestilling i innvandrede familier. Fafo-rapport 2009: 39.
- Kumar B.N., Grøtvedt L., Meyer H.E., Søgaard A.J., & Strand, B.H. (2008). *The Oslo Immigrant Health Profile*. Rapport 7. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Meld. St. 29 (2012–13). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Moriarty, J., Sharif, N., & Robinson, J. (2011). Black and minority ethnic people with dementia and their access to support and services. Social care institute of excellence, *Research Briefing* 35, march 2011. (www.scie.org.uk/publications)
- Mukadam, N., Cooper, C., & Livingstone, G. (2011). A systematic review of ethnicity and pathways to care in dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*, 26, 12–20.
- Nergård, T.B. (2009). Mangfoldig omsorg. Tre innvandrergrupper forteller om sine forventninger til alderdommen. NOVA-rapport 16/09.
- Neumayer, S.M. (2001). Kulturelle møter mellom helsearbeider og klient/pasient. I *Linjer fra Psykososialt senter for flyktninger*, 11, 1, 16–19.
- Nielsen, R. (2012). *Evaluation of dementia patients from ethnic minorities. A European perspective*. (Doktoravhandling) København, Nationalt Videnscenter for Demens.

- Næss, A. & Moen, B. (2014). Dementia and migration: Pakistani immigrants in the Norwegian welfare state. *Ageing and Society*, 34, October, 1–26.
- Quershi, A.; Collazos, F.; Ramos, M., & Casas, M. (2008). Cultural competency training in psychiatry. *European Psychiatry*, 23, 49–58.
- Sachs, L. (2011). Transkulturell psykiatri. Antropologiska studier i normalitet. I Sundgren, M. & Topor, A. (red.). *Psykia-tri som social verksamhet*. Stockholm: Bonnier utbildning.
- Seabrooke, V. & Milne, A. (2004). Culture and Care in Dementia. A study of an Asian Community in North West Kent. *Alzheimer's & Dementia Support services*.
- Seabrooke, V. & Milne, A. (2009). Early intervention in dementia care in an Asian Community. *Quality in Ageing*, 10, 4, 29–36.
- Solberg, P.O. (2014a). Eldrepsykologi: Økt behov – liten status. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 300–304.
- Solberg, P.O. (2014a). Åpner opp gjengrodde stier. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 51, 394–398.
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (2005–2015).
- Spilker, R.S. & Kumar, B.N. (2016): Eldre i ukjent landskap. Sluttrapport fra prosjektet Eldre innvandrere og demens. NAKMI rapport 1 2016. <http://www.nakmi.no>
- Statistisk sentralbyrå (2016a). Innvandrere og norskfødte med innvandrerforeldre, 1. januar 2016. <https://www.ssb.no/innvbf>
- Statistisk sentralbyrå (2016b). Befolkningsframskrivinger, 2016–2100. <https://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram>
- St.meld. nr. 25 (2005–2006). Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet.
- St.meld. nr. 28 (1999–2000). Innhold og kvalitet i omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- St.meld. nr. 45 (2002–2003). Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstenestene. Sosialdepartementet.
- St.meld nr. 47 (2008–2009). Samhandlingsreformen. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Sørheim T.A. (2000). *Innvandrerfamilier med funksjonshemmede barn i møte med tjenesteapparatet*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Yeatts, D.E., Crow, T., & Folts, E. (1992). Service Use among Low-income Minority Elderly: Strategies for Overcoming Barriers. *The Gerontologist*, 32, 24–32.
- Wheeler E.L. (1998): Mental illness and social stigma: experiences in a Pakistani community in the UK. *Gender and Development*, 6, 1, 37–43.

Aktuelt

Ønsket spesialister i eldrepsykologi

Med stort flertall bestemte Psykologforeningens landsmøte at psykologer skal kunne spesialisere seg i eldrepsykologi.

Spørsmålet om Psykologforeningen skal ha en egen spesialitet i eldrepsykologi viste seg å være noe av det som engasjerte mest da foreningen avholdt sitt landsmøte i slutten av november 2016. President Tor Levin Hofgaard la vekt på at en spesialitet ikke er nødvendig for å fronte et fagfelt.

– Sentralstyret har diskutert signaleffekten i det å skille mellom voksne og eldre på denne måten. Er det ikke et paradoks at folk over 65 skal sendes til en eldrepsykolog? At en depresjon er noe annet for en godt voksen person enn for andre?

Hofgaard mente at egne moduler i eldrepsykologi kunne gjøre nytten.

Delegat fra Vest-Agder, Anne Birgitte Eikholm, var blant dem som argumenterte for en egen spesialitet i eldrepsykologi.

– I dag har eldre et mangelfullt tilbud. De er overforbrukere av medisiner. Men eldre med psykiske helseutfordringer har god effekt av psykologisk behandling, sa hun.

Samtidig understreket hun at eldre ofte har mer sammensatte lidelser enn andre, og at faren for feilbehandling dermed øker.

Da landsmøtedelegatene viste sitt syn ved håndsopprekking, var det ingen tvil: Eikholm hadde landsmøtet i ryggen. Et overbevisende flertall ønsket å gjenopprette spesialiteten i eldrepsykologi.

En av dem som gledet seg aller mest over resultatet, var Jørgen Wagle i Norsk eldrepsykologisk forening. Et viktig og riktig vedtak, mente han i et intervju med [psykologforening.no](http://www.psykologforening.no) umiddelbart etter vedtaket. Åpenbart fordi en dramatisk vekst i antall eldre fremover fører til økt behov for psykologiske tjenester. Men Wagle mener dessuten at grunnutdanningen gir for lite kunnskap om det spesielle ved eldrepsykologi.

– Psykiske lidelser hos eldre kan ha en annen uttrykksform enn hos andre voksne. Depresjon kan typisk fremstå med somatiske symptomer, som mageproblemer. På den annen side kan symptomer som ligner depresjon være begynnende demens. Det er behov for en spesialkompetanse på dette feltet, sa han.

Nina Strand



Gammel og glad

Folk i 90-årene er mer fornøyde enn folk i 20-årene.

Er du en av dem som tror alt blir verre etter 60? Vel, tro om igjen. En ny studie tyder nemlig på at humør, velvære og evne til å håndtere stress forbedres gjennom livsløpet.

Mer enn 1500 innbyggere i alderen 21 til 99 år i den amerikanske byen San Diego deltok i studien. De som var i 20-årene oppga å være mest stresset og deprimerte, mens de som var i 90-årene var mest fornøyde. Forskerne fant ingen tegn på midtlivskrisen, at folk får det dårligere midt i livet. De fant heller ikke at velvære på noen måte avtok mot slutten av livet.

I stedet fant de en tydelig, lineær sammenheng mellom alder og mental helse: Jo eldre, jo lykkeligere.

Funnene er i tråd med nyere forskning på fordelene med å bli eldre, og da særlig de *emosjonelle* fordelene. I litteraturen kalles funnet «aldringsparadokset»: På tross av aldersrelaterte tap oppgir eldre at deres emosjonelle liv bedres.

Laura Carsten, som leder The Stanford Center on Longevity, mener at det ikke egentlig er snakk om et paradoks. Hun har selv funnet evidens for at folks mål og måter å resonnerer på endrer seg ettersom de tar inn over seg egen dødelighet.

- Når vi innser at tiden her på jorden er begrenset, blir vi mer opptatte av å ta vare på relasjoner og gjøre aktiviteter som er meningsfulle for oss fremfor å utforske og ekspandere livsrommet vårt, uttaler Carsten til Los Angeles Times. Dermed kan økt velvære knyttes til en form for klokskap gamle mennesker tilegner seg gjennom livsløpet, mener hun.

Andre forskere vektlegger den aldrende hjernens betydning, mens atter andre peker på færre risikofaktorer for emosjonelle problemer når man blir eldre. 20- og 30-årene kan være spesielt stressende: å finne jobb, partner og å få orden på økonomien er stressorer som kan lede til uhelse. Dette presset kan avta med årene, hevder professor i kognitiv psykologi, Darrell Worthy til Los Angeles Times.

Studien har enkelte svakheter: Kun personer med hustelefon ble kontaktet, og folk på pleiehjem eller med en dødelig sykdom ble ikke inkludert. Dette kan ha påvirket utvalget og dermed svarene som ble gitt.

Kilde: <http://www.latimes.com/science/sciencenow/la-sci-sn-older-people-happier-20160824-snap-story.html>

Referanse: Thomas, M. L., Kaufmann, C. N., Palmer, B. W., Depp, C. A., Martin, A. S., Glorioso, D. K., ... & Jeste, D. V. (2016). Paradoxical Trend for Improvement in Mental Health With Aging: A Community-Based Study of 1,546 Adults Aged 21-100 Years. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 77(8), 1019-1025.

Ensomhet kan gi tidlig død

En større metastudie viser at ensomme mennesker står i fare for å dø tidligere enn de med et godt kontaktnett rundt seg.

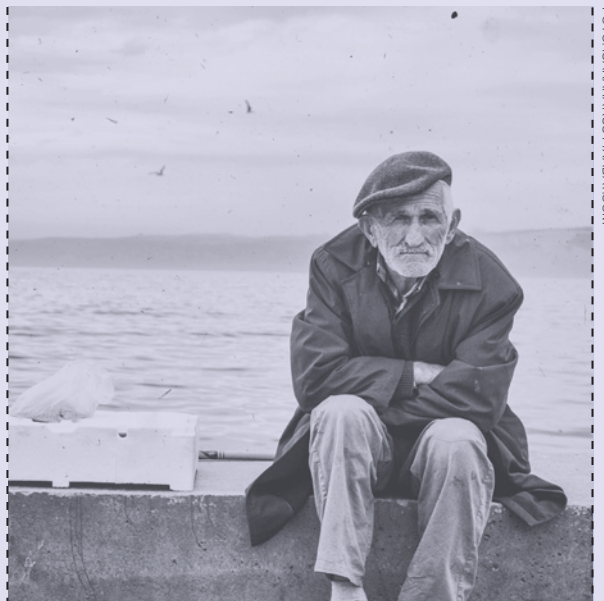
Forskere fra Brigham Young University i Utah, USA, har gjennomført en metastudie som inneholder 70 forskningsartikler i tidsrommet 1980 og 2014, med totalt over tre millioner deltakere. Forskerne er ikke i tvil om konklusjonen: Ensomhet og sosial isolasjon er sammenlignbart med andre risikofaktorer for tidlig død, som fedme, liten fysisk aktivitet og stoffmisbruk for å nevne noen. Dette er første gang man har gjennomført en metastudie hvor man spesielt har sett på effekten av sosial isolasjon og dødelighet.

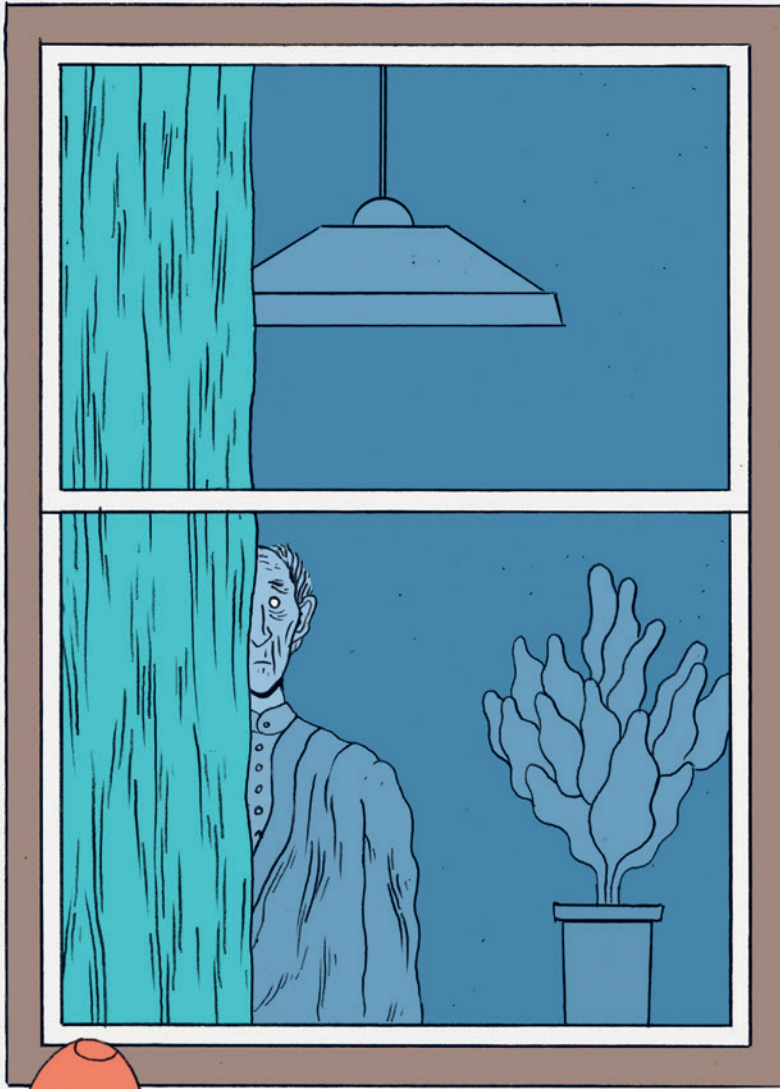
- Vi må begynne å ta våre sosiale relasjoner mer på alvor, sier førsteforfatter av studien, Julianne Holt-Lunstad, i en artikkel på nettstedet medicalnewstoday.com.

Medforfatter Tim Smith er enda mer bekymret: - Antallet mennesker som lever isolert og alene øker i hele USA, vi står i fare for å utvikle en ensomhetsepidemi hvis dette fortsetter, sier han.

En enkeltstudie gjennomført ved Universitetet i Chicago i 2014 går enda mer detaljert til verks for å si noe om hvordan ensomhet blant eldre kan påvirke dødeligheten: Ekstrem ensomhet kan øke risikoen for prematur død blant eldre med 14 prosent.

Kilder: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1745691614568352>
<http://www.medicalnewstoday.com/articles/272705.php>





Litt redusert, bare

Kognitive endringer i alderdommen forbindes ofte med forverring og demens. Slike endringer kan imidlertid motvirkes.

Kognitive forandringer ved aldring skjer langs et kontinuum. Ved det ene ytterpunktet finner vi milde kognitive forandringer som kjennetegner normal aldring og påvirker individet i liten grad i sitt daglige liv. Det andre ytterpunktet gjenspeiler gjennomgripende, mangfoldige kognitive endringer som hindrer individets autonomi.

Mild Cognitive Impairment (MCI) faller mellom disse ytterpunktene. Siden 1960-tallet har man i større grad anerkjent at reduksjon i kognitive evner starter tidligere før man kunne snakke om demens (Reisberg, Ferris, Kluger, Franssen, Wegiel, & de Leon, 2008). På slutten av 90-tallet kom en nærmere klinisk beskrivelse av et slikt mellomstadium. De mest anerkjente kriteriene omfatter subjektiv klage på hukommelse, objektiv svikt på et eller flere domener uten at det påvirker aktiviteter av daglig fungering (ADL), og en tilstand karakterisert som kognitiv svikt som er større enn forventet for et individs alder og utdan-

ningsnivå (Petersen, Smith, Waring, Ivnik, Tangalos, & Kokmen, 1999). MCI har siden fått svært mye oppmerksomhet, og basert på forskningen har femte versjon av The Diagnostic Statistical Manual (DSM-V), som kom i 2013, inkludert en underkategori for nevrokognitive lidelser ved navn *mild neurodegenerative disorder* (Sachs-Ericsson & Blazer, 2015). I ICD-10 er F06.7 Lett organisk kognitiv lidelse mest nærliggende.

Formålet med denne artikkelen er å gi en innføring om mild kognitiv svikt og dens betydning hos eldre individer vi møter i vårt virke som psykologer.

De anvendte MCI-kriteriene har fokusert på kjernekriteriet vansker med hukommelse. Likevel har forskning vist at MCI består av subtyper, der flere kognitive evner kan være påvirket på ulike måter. Man kan se en enorm heterogenitet blant individer med MCI. MCI deles gjerne i to subtyper: amnestisk og ikke-amnestisk MCI. Amnestisk MCI (aMCI) innebærer en objektiv reduksjon i hukommelse, »

TEKST Marta Maria Gorecka, stipendiat/psykolog, Institutt for psykologi, UiT - Norges arktiske universitet, og Nevrologisk poliklinikk, Universitetssykehuset i Nord-Norge

KONTAKT
marta.m.gorecka@uit.no

ILLUSTRASJON
Åge Peterson



En stor kohort av eldre som søker terapi og er mer åpne for dette, vil komme inn kontordøra vår

som ikke kvalifiserer til demens, og der andre kognitive domener er relativt intakt. Forskning har for det meste fokusert på MCI av amnestisk type. Ikke-amnestisk MCI karakteriseres ikke av reduksjon i hukommelse, men innenfor andre kognitive domener som visuokonstruktive evner, oppmerksomhet eller språk (Petersen, 2011).

UTVIKLING

MCI er ikke demens. Imidlertid har individer med MCI forhøyet risiko for utvikling av demens. Forskning har vist at tilstanden kan ha tre utfall: Den kan konvertere til demens, den kan holde seg stabil eller reversere til normal kognitiv status (Petersen, 2011). Sistnevnte forløp er særlig interessant. Det har vært antatt at en slik observert stabilitet eller reversering er et tegn på feildiagnostisering. Likevel har noen faktorer vist seg å være til stede hos individer med MCI som opplever reversering. For eksempel assosieres reversering med redusert størrelse på venstre del av hippocampus og venstre del av amygdala, men også nedsatt blodtrykk, åpenhet for nye opplevelser og engasjement i kognitivt stimulerende aktiviteter og velfungerende sensoriske evner (Sachdev, Lipnicki, Crawford et al., 2013). Selv om oppfølging over kort tid viser reversering til normal kognisjon, antas disse individene å fortsatt ha forhøyet risiko for konversjon til demens (Roberts, et al., 2014). Tilstedeværelsen av nevrologiske faktorer som nevrofibrillære fiberknuter og amyloid proteinavleiring, svinn i hvit substans og hippocampus samt utvidede ventrikler på et tidlig stadium, predikerer konversjon til demens for individer med MCI (Petersen, 2011).

Amnestisk MCI har vist seg å konvertere til Alzheimers sykdom og er den hyppigst forekommende subtypen (Petersen, 2011). Ikke-amnestisk MCI forekommer ikke like hyppig og antas å konvertere til andre typer demens, som Lewy-legemer demens (Molano, Boeve, Ferman et al., 2010). MCI der flere kognitive områder er påvirket, har dårligst prognose for utvikling til demens (Alexopoulos, Grimmer, Perneczky, Domes, & Kurz, 2006). Man antar at 10–20 % av eldre over 65 år har MCI, og risikoen for progresjon øker med 1–5 % for hvert år (Langa & Levine, 2014; Petersen, 2011).

UTREDNING

I kartlegging av kognitiv svikt/MCI trengs en grundig kartlegging av somatiske og psykologiske tilstander, nevropsykologisk undersøkelse og vurdering av ADL-funksjoner. Man må vurdere differensialdiagnoser og utelukke tilstander som polyfarmasi, normaltrykkshydrocephalus, stoffskiftesykdom, diabetes, psykiske lidelser, hjerneslag og kardiovaskulære sykdomstilstander. Det er viktig å kartlegge medisinformbruk og konsum av alkohol og rusmidler, da disse kan gi symptomer som kan misforstås som kognitiv svikt. Mini Mental Status Examination (MMSE) er mest brukt i screening av kognitiv svikt hos eldre. Imidlertid anbefales Montreal Cognitive Assessment (MoCa) for screening av MCI, da den har vist seg å være mer sensitiv og spesifikk for MCI (Larner, 2012; Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings & Chertkow, 2005). Kriterier for MCI er nedgang på 1,5 standardavvik fra aldersgjennomsnittet på et kognitivt domene eller flere (Jak, Bondi, Delano-Wood, Wierenga, Corey-Bloom, Salmon, & Delis, 2009). Ved en diagnostikk forenlig med MCI bør pasienten monitoreres årlig.

INTERVENSJONER OG BEHANDLING

Longitudinelle studier har anvendt ulike intervensjoner på individer med MCI for å bremse videre utvikling til demens. Til dags dato har ingen medisiner vist seg å ha en langvarig effekt på tilstanden, inkludert acetylkolinesterasehemmere, som gis pasienter i tidlige stadier av en mulig demensutvikling (Russ & Morling, 2012). Behandling har vært rettet mot tilstander som gir økt risiko for konvertering til demens, som hjerte/kar-sykdom, depresjon, falltendens, diabetes med mer (Gates, Sachdev, Fiatarone Singh, & Valenzuela, 2011).

Flere systematiske litteraturstudier har undersøkt kognitiv og fysisk trening som tiltak for opprettholdelse av kognitiv status, også over lengre tid. Ulike intervensjonsstudier som bygger på kognitiv trening, for eksempel hukommelsestrening, på MCI, og systematiske litteraturstudier har vist at kognitive intervensjoner kan ha lovende effekter på forbedring av hukommelse (Jean, Bergeron, Thivierge, & Simerge, 2010; Simon, Yokomizo & Bottino, 2012).

Fysisk aktivitet og kosthold har vist seg å ha betydning for å unngå forverring i kognitiv svikt og reduserer risiko for hjerte/kar-sykdom og diabetes, og forbedrer sinnsstemning hos individer med milde til moderate psykiske belastninger (Bherer, Erickson, & Liu-Ambrose, 2013; Etgen, Sander, Huntgeburch, Poppert, Förstl, & Bickel, 2010; Geda et al., 2010). Systematiske litteraturstudier har understreket viktigheten av fysisk aktivitet for endring i kognisjon (Ruthirakuhan, Luedke, Tam, Kurji, & Angeles, 2012; Simon et al., 2012). Longitudinelle studier har vist bedre kommunikasjon mellom hjerneområder som følge av regelmessig trening opptil ett år etter baseline (Belleville, Clement, Mellah, Gilbert, Fontaine, & Gauthier, 2011; Voss et al., 2010). Dette viser plastisitet langt ut i livsløpet. Det er store forskjeller mellom eldre, noe som må tas hensyn til før man generaliserer til den store eldrepopulasjonen. Det er også store forskjeller i selve aldringsprosessen med tanke på nevronal plastisitet (Brehmer, Kalpouzos, Wenger, & Lövdén, 2014).

Endring til et kosthold rikt på fisk, grønnsaker, frukt, umettet fett samt lavt inntak av meieriprodukter, prosessert kjøtt og mettet fett, en såkalt middelhavsdiett, synes å redusere konversjon fra MCI til demens (Scarmeas,

Stern, Mayeux, Manly, Schupf, & Luchsinger, 2009). Det er imidlertid flere metodologiske utfordringer ved disse studiene, og det behøves flere longitudinelle og randomiserte kontrollerte studier (Huckans, Hutson, Twamley, Jak, Kaye, & Storzbach, 2013).

Depresjon forekommer svært ofte med kognitiv svikt og ubehandlet depresjon, og angst har vist seg å predikere videre konversjon til demens. Jo flere plager et individ med kognitiv svikt har, jo mer negativ påvirkning har det på individets oppfatning, engasjement og evne til å gi mening til omgivelsene og seg selv (Geda et al., 2010; Modrego & Ferrández, 2004).

Utdannelse påvirker ens alderdom i stor grad, og har betydning for funksjon ved kognitiv svikt. Utdanning øker generelle ferdigheter, også et individs evne til å fungere selvstendig. Utdanning bidrar til Eldres *kognitive reserve*. Hjerneavbildning viser at flere nye interaksjoner i ytre omgivelser (f.eks. utdanning, arbeid, fritidsaktiviteter) resulterer i større nevronutvikling (som nevrogenese, migrasjon, myelinisering, synaptogenese som bidrar til plastisitet) gjennom livsløpet. Utdanning bidrar til Eldres kognitive reserve i stor grad og har dermed en beskyttende effekt mot videre kognitiv svikt (Liu et al., 2012). Intellektuelt engasjement i eldre år, for eksempel å lære seg nye ferdigheter, som språk eller hobbyer, bidrar til denne kognitive reserven (Anderson, Murphy, & Troyer, 2012). For eksempel har forskning pekt på at ulike arbeidsoppgaver på arbeidsplassen med ulike vanskelighetsgrader bidrar til lavere risiko for demens. Dette gjelder for individer med lite formell utdanning så vel som for de med høyere utdanning (Anderson et al., 2012).

HVA KAN PSYKOLOGEN GJØRE?

En stor kohort av eldre som søker mer til terapi og er mer åpne for dette, vil komme inn kontordøra vår. Noen individer med MCI vil kunne oppleve progresjon til større kognitiv svikt og demens, men slett ikke alle. Eldre med og uten kognitiv svikt kan i aller høyeste grad påvirke sin helse for å bremse reduksjon eller opprettholde kognitiv status. En anbefaling er på sin plass: Gry Kristiansen og Line Johansen ved Sunnaas Sykehus HF har utarbeidet to hefter om kognitiv tilrettelegging for pasienter med kognitive endringer og deres pårørende og nettverk. Heftene «Sosialt liv med kognitive endringer» og «Hverdagsliv med kognitive endringer» »



Eldre med og uten kognitiv svikt kan i aller høyeste grad påvirke sin helse for å bremse reduksjon eller opprettholde kognitiv status

vil også være nyttige for terapeuter. Disse er informative, lett forståelige og gir konkrete tips og råd om mestring av en ny livssituasjon.

Ulike grader av kognitive vansker, kanskje spesielt med hukommelse, påvirker ens selvfølelse og hva slags aktiviteter man engasjerer seg i. Vi må være bevisst at samme tilstand eller sykdomsbilde vil være høyst forskjellig som følge av individers ulike måter å tilpasse seg sykdom på. Hvordan et individ oppfatter sin sykdom og gir mening til den, har stor betydning for mestring, aksept, helseatferd og utfall av sykdom. Dårlig psykisk og fysisk helse knyttes gjerne til negativ identitetsfølelse og liten opplevelse av kontroll samt at man kjenner at sykdomstilstanden har store og gjennomgripende konsekvenser for ens liv (Fjerstad, 2010). Dette kan bidra til apati og depresjon, noe som igjen forverrer prognosen for individer med MCI. Eldre har høy forekomst av ubehandlet depresjon og er samtidig en populasjon som bruker svært mye medisin mot depresjon og angst. Et økende antall studier tyder på at eldre med kognitiv svikt har bedre prognose med terapi enn med medisin for depresjon (Huckans et al., 2013; Orgeta, Qazi, Spector, & Orrell, 2014). Her vil det være vesentlig for oss psykologer å komme inn. Vår jobb som terapeuter blir å bidra til at individer med MCI øker sin opplevelse av mestring av situasjonen og blir motivert til å delta i ulike helsebringende aktiviteter. Det er helt sentralt for følelsen av mestring og motstandsdyktighet mot stress og belastning at individer med MCI får hjelp til å bevare og utvikle videre aktiviteter som gir glede, mening og engasjement. Kognitiv svikt er intet hinder for å gjennomføre og igangsette terapi hos eldre med MCI.

Vi kan bidra til at individer med MCI kan forsterke egen autonomi og ta i bruk egne ressurser og ta valg som forbedrer deres livskvalitet. Det er hensiktsmessig å hjelpe individer med mild kognitiv svikt med å redusere stress, oppnå en positiv innstilling til egen kognisjon og promotere god livsstil samt å motivere til og opprettholde engasjement i sosiale, mentale og fysiske aktiviteter. Individer med ulik grad av kognitiv svikt med psykiske vansker har stort utbytte av terapi for depresjon og angst, og terapi har vist seg å gi bedre kognitiv funksjon og livskvalitet. Terapi kan tilpasses ved å benytte teknikker som for eksempel ikke nødvendigvis krever god hukommelsesfunksjon (Ayers, Sorrell, Thorp, & Wetherell, 2007; Orgeta et al., 2014).

OPPSUMMERING

Mild kognitiv svikt innebærer en tilstand med reduserte kognitive evner utover vanlig aldring, men som ikke er demens, og der personen fungerer godt i hverdagen. Tilstanden har fått svært mye oppmerksomhet klinisk og i forskning.

Utsagnet «lediggang er roten til alt ondt» er delvis treffende i sammenheng med kognitiv svikt. Kognitiv trening, fysisk aktivitet og godt kosthold samt sosialt og intellektuelt engasjement kan bidra til en bremsende og beskyttende effekt, mens sosial tilbaketrekning, mangel på fysisk aktivitet, et komplekst sykdomsbilde og psykiske lidelser bidrar til å forverre prognosen.

Det er viktig å vite at individer med MCI fungerer godt, og at videre utvikling ikke nødvendigvis går i negativ retning. Personer med MCI er selvstendige og har gode muligheter til å ivareta egen helse og kognitiv fungering. Psykologer kan bidra med motivasjonsarbeid, til behandling av stemningslidelser som bidrar til forhøyet risiko for forverring av svikt, samt til økt mestring, erkjennelse og tilpasning for å vedlikeholde og forbedre fungeringen til individer med MCI. ✕

REFERANSER

- Alexopoulos, P., Grimmer, T., Pernecky, R., Domes, G., & Kurz, A. (2006). Progression to Dementia in Clinical Subtypes of Mild Cognitive Impairment. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 27–34
- Anderson, N.D., Murphy, K.J., & Troyer, A.K. (2012). Living with Mild Cognitive Impairment: A Guide to Maximizing Brain Health and Reducing Risk of Dementia. Oxford University Press.
- Ayers, C.R., Sorrell, J.T., Thorp, S.R., & Wetherell, J.L. (2007) Evidence-based psychological treatments for late-life anxiety. *Psychology and Aging*, 22, 8–17
- Belleville, S., Clement, F., Mellah, S., Gilbert, B., Fontaine, F., & Gauthier, S. (2011). Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*, 134, 1623–1634
- Bherer, L., Erickson, K.I., & Liu-Ambrose, T. (2013). A Review of the Effects of Physical Activity and Exercise on Cognitive and Brain Functions in Older Adults. *Journal of Aging Research*, 2013, 1–8, doi:10.1155/2013/657508
- Brehmer, Y., Kalpouzos, G., Wenger, E., og Lövdén, M. (2014). Plasticity of the brain and cognition in older adults. *Psychological Research*, 78, 790–802
- Belleville, S., Clement, F., Mellah, S., Gilbert, B., Fontaine, F., & Gauthier, S. (2011). Training-related brain plasticity in subjects at risk of developing Alzheimer's disease. *Brain*, 134, 1623–1634. doi:10.1093/brain/awr037
- Etgen, T., Sander, D., Huntgeburth, U., Poppert, H., Förstl, H., & Bickel, H. (2010). Physical activity and incident cognitive impairment in elderly persons: The invade study. *Archives of Internal Medicine*, 170, 186–193. doi:10.1001/archinternmed.2009.498
- Fjerstad, E. (2010). Frisk og kronisk syk. Et psykologisk perspektiv på kronisk sykdom. Gyldendal Akademiske Forlag, Oslo.
- Geda, Y.E., Roberts, R.O., Knopman, D.S., Christianson T.J., Pankratz V.S., Ivnik R.J., Boeve B.F., Tangalos E.G., Petersen R.C., & Rocca W.A. (2010). Physical exercise, aging, and mild cognitive impairment: A population-based study. *Archives of Neurology*, 67, 80–86. doi:10.1001/archneurol.2009.297
- Huckans, M., Hutson, L., Twamley, E., Jak, A., Kaye, J., & Storzbach, D. (2013). Efficacy of Cognitive Rehabilitation Therapies for Mild Cognitive Impairment (MCI) in Older Adults: Working Toward a Theoretical Model and Evidence-Based Interventions. *Neuropsychology Review*, 23, 63–80. doi:10.1007/s11065–013–9230–9
- Jak, A.J., Bondi M.W., Delano-Wood, L., Wierenga C., Corey-Bloom, J., Salmon, D.P., & Delis, D.C. (2009) Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 368–375
- Langa, K.M., & Levine, D.A. (2014). The diagnosis and management of mild cognitive impairment: A clinical review. *JAMA*, 312, 2551–2561. doi:10.1001/jama.2014.13806
- Larner, A.J. (2012). Screening utility of the Montreal Cognitive Assessment (MoCA): in place of – or as well as – the MMSE?. *Psychogeriatrics*, 24, 391–396, DOI: 10.1017/S1041610211001839
- Liu, Y., Julkunen, V., Paajanen, T., Westman, E., Wahlund, L.-O., Aitken, A., Sobow, T., Mecocci, P., Tsolaki, M., Vellas, B., Muehlboeck, S., Spenger, C., Lovestone, S., Simons, A., & Soininen, H. (2012) Education increases reserve against Alzheimer's disease – evidence from structural MRI analysis. *Neuroradiology*, 54, 929–938
- Modrego, P.J., & Ferrández, J. (2004). Depression in patients with mild cognitive impairment increases the risk of developing dementia of alzheimer type: A prospective cohort study. *Archives of Neurology*, 61, 1290–1293. doi:10.1001/archneur.61.8.1290
- Molano, J., Boeve, B., Ferman, T., Smith, G., Parisi, J., Dickson, J., ... Petersen, R. (2010). Mild cognitive impairment associated with limbic and neocortical lewy body disease: a clinicopathological study. *Brain*, 133, 540–556.
- Nasreddine, Z.S., Phillips, N.A., Bédirian V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J.L., & Chertkow, H. (2005) The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment.
- Orgeta, V., Qazi A., Spector, A.E., & Orrell, M. (2014). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 22, doi: 10.1002/14651858.CD009125.pub2.
- Petersen, R.C. (2011). Mild Cognitive Impairment. *New England Journal of Medicine*, 364(23), 2227–2234. doi:doi:10.1056/NEJMcp0910237
- Petersen, R. C., Smith, G. E., Waring, S. C., Ivnik, R. J., Tangalos, E. G., & Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*, 56, 303–308.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., Kluger, A., Franssen, E., Wegiel, J., & de Leon, M. J. (2008). Mild cognitive impairment (MCI): a historical perspective. *International Psychogeriatrics*, 20(01), 18–31. doi:doi:10.1017/S1041610207006394
- Roberts, R. O., Knopman, D. S., Mielke, M. M., Cha, R. H., Pankratz, V. S., Christianson, T. J. H., ... Petersen, R. C. (2014). Higher risk of progression to dementia in mild cognitive impairment cases who revert to normal. *Neurology*, 82, 317–325. doi:10.1212/wnl.0000000000000055
- Ruthirakuhan, M., Luedke, A.C, Tam, A. Kurji, A. & Angeles, G. (2012) Use of Physical and Intellectual Activities and Socialization in the Management of Cognitive Decline of Aging and in Dementia: A Review. *Journal of Aging Research*, 2012, doi:10.1155/2012/384875
- Russ, T.C. & Morling, J.R. (2012) Cholinesterase inhibitors for mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12, doi:10.1002/14651858.CD009132.pub2.
- Sachdev, P. S., Lipnicki, D. M., Crawford, J., Reppermund, S., Kochan, N. A., Trollor, J.N. ...the Sydney, M. (2013). Factors Predicting Reversion from Mild Cognitive Impairment to Normal Cognitive Functioning: A Population-Based Study. *PLoS ONE*, 8, e59649. doi:10.1371/journal.pone.0059649
- Sachs-Ericsson, N., & Blazer, D. G. (2015). The new DSM-5 diagnosis of mild neurocognitive disorder and its relation to research in mild cognitive impairment. *Aging & Mental Health*, 19, 2–12. doi:10.1080/13607863.2014.920303
- Scarmeas, N., Stern, Y., Mayeux, R., Manly, J. J., Schupf, N., & Luchsinger, J. A. (2009). Mediterranean diet and mild cognitive impairment. *Archives of Neurology*, 66, 216–225. doi:10.1001/archneurol.2008.536
- Simon, S.S, Yokomizo, J.E., Bottino, C.M.C (2012) Cognitive intervention in amnesic Mild Cognitive Impairment: A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 4, 1163–1178
- Voss, M. W., Prakash, R. S., Erickson, K. I., Basak, C., Chaddock, L., Kim, J. S., ... Kramer, A. F. (2010). Plasticity of Brain Networks in a Randomized Intervention Trial of Exercise Training in Older Adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 2, doi:10.3389/fnagi.2010.00032

VITENSKAPELIG ARTIKKEL

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING 2017 S. 82-87 FAGFELLEVDERT

MARTIN BYSTAD, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet og Alderspsykiatrisk Avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

NINA GUNDERSEN, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet

LENE NORDVANG, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet

INGRID DAAE RASMUSSEN, Institutt for psykologi, Universitetet i Tromsø - Norges arktiske universitet og Alderspsykiatrisk avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge.

KONTAKT martin.k.bystad@uit.no

FRISKE ELDRE OG PASIENTER MED ALZHEIMERS DEMENS

En sammenlikning av verbal hukommelsesfunksjon

Alzheimers demens og normale endringer i hukommelse ved aldring må holdes adskilt som to forskjellige fenomener.

Hukommelse er en kognitiv funksjon og betegner vår evne til å lagre og å hente frem informasjon (Baddeley, 2013). For de fleste mennesker vil svekket hukommelse påvirke evnen til å fungere i dagliglivet, spesielt dersom svikten blir uttalt. Følgelig er hukommelsen en funksjon som har stor betydning for vår funksjonsevne.

Ved normal aldring svekkes hovedsakelig eksplisitt hukommelse, altså evnen til å gjenkalle informasjon aktivt (Ward, Berry, & Shanks, 2013). En studie som fulgte personer på over 75 år i en fireårsperiode, fant at evnen til å huske ny informasjon ble redusert i denne perioden (Fleischman, Wilson, Gabrieli, Bienias, & Bennett, 2004). Noe av årsaken til at hukommelsen og andre kognitive funksjoner svekkes ved aldring, er atrofi av hjernevev (Fjell & Wallhovd, 2010).

Slik reduksjon av kognitiv kapasitet varierer imidlertid mellom individer (Hestad & Reinvang, 2008). Dessuten kan både fysisk og kognitiv stimulering påvirke hukommelse og nevroplasticitet i alderdommen (Engvig et al., 2010; Erickson et al., 2011). Det er også funnet at bruk av bestemte læringsstrategier kan gi bedre hukommelse hos eldre (Zehder, Martin, Altgassen, & Clare, 2009), mens negative forventninger til egen hukommelse hos eldre faktisk kan gi svekket hukommelse (Barber & Mather, 2013). Ved normal aldring er det sannsynlig at redusert evne til problemløsning og tilegnelse av ny kunnskap først inntreffer merkbart etter 75 års alder (Haugen & Nygård, 2003; Rosenvinge & Rodriguez, 2011).

ABSTRACT

Healthy elderly and patients with Alzheimer's dementia: A comparison of verbal memory functions.

Previous studies suggest that impaired memory is a core symptom for patients with Alzheimer's dementia. The aim of this study was to investigate differences in verbal memory functions between healthy elderly and patients with Alzheimer's dementia. 23 healthy elderly and 25 patients with Alzheimer's dementia were assessed with California Verbal Learning Test II (CVLT-II). Both verbal immediate recall, delayed recall and recognition were assessed with CVLT-II. The results revealed that patients with Alzheimer's dementia scored significantly lower on verbal immediate recall, delayed recall and recognition, compared to healthy elderly participants. Differences were pronounced and indicate that impaired memory is a core symptom of Alzheimer's dementia. Results also indicated that CVLT-II may be sensitive for distinguishing normal aging from Alzheimer's dementia.

Keywords: aging, Alzheimer's disease, California Verbal Learning Test II, CVLT-II, geropsychology, memory.

Alzheimers demens er en form for patologisk kognitiv utvikling. Dette er den vanligste formen for demens (Hestad & Reinvang, 2008). Det er antatt at om lag 3 % av alle over 65 år og 15 % av alle over 85 år er rammet av Alzheimers (Gjerstad & Engedal, 2014). Alzheimers skyldes opphopning av beta-amyloide plakk og nevrofibrillære floker, som gir stort tap av hjernevev i spredte områder av hjernen (Mayeux, 2010). Sykdommen starter i hippocampus og nærliggende områder og gir et massivt nevrontap, med påfølgende konsekvenser for hukommelsesfunksjoner (Engedal & Haugen, 2009).

Svekket hukommelse, altså evnen til å innkode og gjenkalle informasjon, er et kjerne-symptom på Alzheimers demens (Mayeux, 2010). Dette er vanligvis det første observerbare sviktsymptomet på Alzheimers demens (Andersson et al., 2006) og deretter vil andre kognitive domener (språkfunksjon, romfølelse, eksekutiv funksjon, abstrakt resonnerings-evne) svekkes progressivt (Weintraub, Wicklund, & Salmon, 2012).

Hestad, Dybing og Kløve (1997) benyttet Hopkins Verbal Learning Test for å undersøke forskjeller i hukommelsesfunksjon mellom friske eldre og pasienter med Alzheimers demens. Et sentralt funn var at pasientene med Alzheimers demens hadde store problemer med utsatt gjenkalling. De hadde altså problemer med å huske ord fra ordlisten når det var gått flere minutter. Svikt i evnen til å huske verbal informasjon er noe av årsaken til at pasienter med Alzheimers demens gjentar spørsmål, historier eller utsagn, at de har problemer med å følge instruksjoner, osv. Estèvez-González og kollegaer (2003) og Greenaway og kollegaer (2006) konkluderte derfor med at utredning av verbal hukommelse kan være viktig for å skille Alzheimers demens fra normal aldring.

Metode

Hensikten med vår studie var å undersøke den kvantitative forskjellen i verbal hukommelse mellom friske eldre og pasienter med Alzheimers demens, målt med California Verbal Learning Test II (CVLT-II). Vi ønsket også å undersøke hvordan CVLT-II kan skille de friske eldre fra pasienter med Alzheimers demens.

Deltakere

Deltakerne besto av en gruppe med friske eldre (59–83 år) og en gruppe pasienter med Alzheimers demens (55–88 år). De friske eldre personene var rekruttert ved hjelp av oppslag og avisannonse. De friske eldre deltakerne kunne ikke ha kjente sykdommer/skader i sentralnervesystemet, psykiske lidelser eller alvorlige somatiske sykdommer (f.eks. kreft, hjerte-/karsykdom). For å screene for mulig depresjon ble en norsk versjon av Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) benyttet. Skår > 11 medførte eksklusjon. Pasientene med Alzheimers demens ble rekruttert ved hjelp av avisannonse og fra Geriatrik avdeling, Universitetssykehuset i Nord-Norge. Inntakskriteriet var diagnosen Alzheimers demens i henhold til National Institute of Neurology and Communication Disorder and Stroke – The Alzheimer's Disease and Related Disorders Association Criteria (NINCDS-ADRA). Vi brukte kriteriene som spesifiseres i seksjon 4.2 «*Probable Alzheimers dementia with increased level of certainty*». Disse kriteriene forutsetter at Alzheimers-diagnosen bygger på kognitiv/nevropsykologisk utredning, og at en progressiv kognitiv svikt er verifisert på bakgrunn av komparentopplysninger (McKhann, 2011). Pasienter kunne ikke delta i studien dersom de hadde andre kjente sykdommer, slik som hjertesvikt, hjerneslag, kreft eller nevropsykiatriske lidelser (f.eks.: alvorlig depresjon). Cornell depresjonsskala ble benyttet for å screene for depresjon (Barca, Engedal, & Selbæk, 2010). En skår > 12 medførte eksklusjon.

Både de friske eldre og pasientene med Alzheimers demens undertegnet et samtykkeskjema. Studien var godkjent av Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forsknings etikk (2012/1890). Baselinemålinger fra en behandlingsstudie ble benyttet som data-grunnlag i den nåværende studien. Behandlingsstudien som dataene er hentet fra, undersøkte om en metode kalt «transkraniell likestrømstimulering» kunne gi bedre hukommelse hos pasienter med Alzheimers demens (Bystad et al., 2016).

Tester

California Verbal Learning Test II (CVLT-II) er en nevropsykologisk test som måler verbal hukommelse (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober,

2000). Den bygger på listelæring og innebærer at en liste med 16 ord presenteres fem ganger. CVLT-II måler umiddelbar gjenkalling, utsatt minne med stikkord, utsatt gjenkalling og gjenkjenning. Vi benyttet umiddelbar gjenkalling (Innlæring 1–5 total), utsatt gjenkalling (Fri gjenhenting) og gjenkjenning. CVLT-II brukes mye ved testing av hukommelse, både klinisk og innenfor forskning (Bosnes, 2007).

Mini Mental Stauts Evaluering Norsk Revidert versjon (MMSE-NR) er en screeningtest som inneholder spørsmål om tids-/stedsorientering, arbeidshukommelse, utsatt gjenkalling, forståelse, benevning og figurkopiering (Bystad, Skjerve, & Strobel, 2013). Høyest oppnåelige skår på MMSE-NR er 30 poeng.

Deltestene Ordforståelse og Matriser fra Wechsles Abbreviated Scale of Intelligence (WASI) ble brukt for å kontrollere for intellektuelt evnenivå.

Trail Making Test A og B består av to deler: Del A måler vedvarende oppmerksomhet og innebærer at en linje skal trekkes fra 1 til 25 på et ark. Del B måler eksekutiv funksjon og innebærer alternering mellom tall og bokstav i stigende rekkefølge (1, A, 2, B, 3, C, osv.). Både del A og del B skal gjøres så raskt som mulig, og skår er antall sekunder som er brukt.

Statistisk analyse

Data ble lagret og analysert i SPSS 21. Det ble gjort en uavhengig T-test for å sammenlikne gruppene med friske eldre og pasienter med Alzheimers demens. Gjenkjenningsskåren ble omregnet til «d-prime»-skårer for å vurdere avstanden mellom falske positive treff og antall korrekte treff på gjenkjenning på CVLT-II (Fine et al., 2008). Lav d-prime-verdi angir en høy forekomst av falske positive, selv om det kan være mange korrekte treff (Fine et al., 2008). Det ble også beregnet effektstørrelser (Cohen's *d*) der 0,2 kan anses som liten effekt, mens 0,5 anses som middels og 0,8 som stor (Cohen, 1988).

RESULTATER

Resultatene viste signifikante forskjeller i verbal hukommelse mellom friske eldre og pasienter med Alzheimers demens (se tabell 1). Det ble også funnet at de friske eldre gjorde det signifikant bedre enn Alzheimers-pasientene på de øvrige testene. På CVLT-II umiddelbar gjen-

Tabell 1: Gjennomsnittsskårer og signifikansverdier for de to gruppene

	Friske eldre (N = 23)	Alzheimers (N = 25)	Sig.
Alder	69,0 (6,8)	72,0 (8,6)	0,139
Menn	4,0 (18%)	11,0 (44%)	
CVLT II Umiddelbar gjenkalling	52,7 (9,7)	24,4 (7,2)	0,001*
CVLT II Utsatt gjenkalling	-0,47 (0,9)	-2,5 (0,7)	0,001*
CVLT II Gjenkjenning	2,4 (1,0)	0,8 (0,7)	0,001*
TMT A	50,6 (20,8)	116,4 (60,6)	0,001*
TMT B	96,2 (37,5)	315,2 (190,6)	0,001*
MMSE-NR	29,6 (1,0)	21,0 (3,3)	0,001*
WASI Matriser	57,7 (8,8)	42,8 (7,9)	0,001*
WASI Ordforståelse	57,0 (9,6)	41,7 (11,9)	0,001*

Standardavvik står i parentes. Signifikansnivået er < 0,05. CVLT II umiddelbar gjenkalling angir totalskår for forsøk 1–5 og er angitt som T skår (normativt gjennomsnitt = 50, SD = 10). CVLT-II utsatt gjenkalling er vist som Z skårer (normativt gjennomsnitt = 0, SD = 1). CVLT-II gjenkjenning er angitt som D-prime skårer, dvs. avstanden mellom falske positive og antall korrekte treff. TMT A og B er gjengitt i sekunder. WASI Ordforståelse og Matriser er vist som T-skårer (normativt gjennomsnitt = 50, SD = 10). * Angir signifikant verdi. Vi brukte normene fra CVLT-II-manualen (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 2000) og WASI-manualen (Pearson Assessment, 1999).

kalling var det stor forskjell mellom de friske eldre og pasientene med Alzheimers demens $t(44) = -11,05$, $p = 0,001$, $d = 3,3$. På CVLT II utsatt gjenkalling var forskjellen mellom de friske eldre og Alzheimers-pasientene også stor $t(45) = -8,48$, $p = 0,001$, $d = 2,5$. Videre var det også stor forskjell på CVLT-II gjenkjenning mellom de friske eldre og Alzheimers-pasientene $t(40) = -5,72$, $p = 0,001$, $d = 1,85$.

DISKUSJON

Hensikten med studien var å undersøke forskjeller i verbal hukommelse mellom friske eldre og pasienter med Alzheimers demens. Det ble funnet signifikante og store kvantitative forskjeller mellom de to gruppene for både umiddelbar gjenkalling, utsatt gjenkalling og gjenkjenning. De friske eldre gjorde det overlegent bedre på verbal hukommelse, men også på de øvrige testene.

Resultatene er i tråd med de diagnostiske kriteriene der redusert hukommelse er et av de sentrale kjennetegnene på Alzheimers demens (Bäckman, Jones, Berger, Laukka, & Small, 2005; Weintraub, Wicklund, & Salmon, 2012). Pasientene i den herværende studien har en sviktprofil som er typisk ved Alzheimers demens (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 2000). En slik redusert hukommelsesfunksjon skyldes trolig de nevrologiske endringene (atrofi av hippocampus og kortikale områder) som Alzheimers innebærer (Hestad & Reinvang, 2008).

Resultatene tydeliggjør at det er en vesentlig forskjell i verbal hukommelsesfunksjon mellom friske eldre og pasienter med Alzheimers demens. Dette viser at CVLT-II er sensitivt for å kunne skille normal aldring fra Alzheimers demens. Derfor kan CVLT-II anses som et viktig verktøy når man »



Den generelle oppfatningen om at aldring er ensbetydende med glemsomhet, er sannsynligvis sterkt overdreven

skal vurdere hukommelsessvikt hos eldre. Resultatene støtter også antakelsen om at CVLT-II er velegnet ved utredning av Alzheimers demens (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 2000).

En normal aldringsprosess innebærer aldri den typen hukommelsessvikt som man ser ved patologisk kognitiv aldring (Baddeley, 2013; Wetterberg, 2005). Likevel finnes mange seiglivede myter om hukommelsen til eldre. Slike myter bærer oftest preg av feilaktige antakelser som undervurderer Eldres mentale kapasitet (Lunde, 2012; Wetterberg, 2005). Den generelle oppfatningen om at aldring er ensbetydende med glemsomhet, er sannsynligvis sterkt overdreven (Bäckman & Nyberg, 2011).

Funnene i den nåværende studien kan ha kliniske implikasjoner. Dersom det foreligger moderat eller alvorlig svikt i verbal hukommelsesfunksjon, bør dette ikke avskrives som et resultat av en normal aldringsprosess. Slike symptomer bør følges opp med videre undersøkelser. Videre gir funnene støtte for at utredning av verbal hukommelsesfunksjon kan bidra til å skille mellom normal kognitiv aldring og Alzheimers demens (Greenaway et al., 2006). Funnene støtter Mayeux' (2010) anbefaling om å kartlegge verbal hukommelsesfunksjon ved utredning av Alzheimers demens. Her kan CVLT-II være en nyttig test å bruke. Å skille mellom normal og kognitiv patologisk aldring vil trolig bli mer aktuelt i fremtiden, ettersom antallet eldre i samfunnet vil øke i årene fremover. Det kan imidlertid være vanskelig å skille normal aldring fra Alzheimers i en tidlig fase. Grunnene til dette er at svekket hukommelse kan ha mange årsaker (Wetterberg, 2005), og at spredningen i skårer hos friske personer over 60 år kan være store (Hestad & Reinvang, 2008). Da kan det ofte være nødvendig å kombinere nevropsykologisk utredning med biomarkører (f.eks. måling av beta-amyloidnivå) (Gjerstad & Fladby, 2014).

Begrensninger

Studien har begrensninger. Utvalget er relativt lite, noe som begrenser generaliserbarheten. Det er imidlertid en utfordring å rekruttere pasienter med Alzheimers demens til forskning. Årsaken til dette er at pasienter med Alzheimers demens ofte har komorbide sykdommer og lav motivasjon for deltakelse i studier (Grill & Karlawish, 2010). Videre er ikke deltakernes utdanningsnivå kartlagt og tatt med i vurderingen. Det kan ikke utelukkes at de friske eldre deltakerne i utgangspunktet hadde større mental kapasitet enn pasientene med Alzheimers demens, altså at det var ulikheter i premorbid evne og utdanningsnivå. Videre kan fullversjonen av CVLT-II bli for omfattende for en pasient med Alzheimers demens (Delis, Kramer, Kaplan, & Ober, 2000). Her burde trolig kortversjonen av CVLT-II vært benyttet for å ivareta mestringsfølelse og unngå trettbarhet. Det ville imidlertid ha vært en risiko for at kortversjonen av CVLT-II kunne ha gitt en «takeffekt» hos de friske eldre.

KONKLUSJON

Resultatene fra den herværende studien viser at det er signifikante og store kvantitative forskjeller i verbal hukommelse mellom friske eldre og pasienter med Alzheimers demens. Dette antyder at CVLT-II kan være sensitivt for å skille normal kognitiv aldring og Alzheimers demens. Videre gir funnene støtte for at svekket verbal hukommelse er et av de sentrale kjennetegnene på Alzheimers demens og bør vektlegges ved diagnostisk vurdering. ✕

REFERANSER

- Andersson, C., Lindau, M., Almkvist, O., Engfeldt, P., Johansson, S.-E., Eriksdotter Jönhagen, M. (2006). Identifying Patients at High and Low Risk of Cognitive Decline Using Rey Auditory Verbal Learning Test among Middle-Aged Memory Clinic Outpatients. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 21, 251–259.
- Baddeley, A. (2013). *Essentials of human memory*. New York: Psychology Press.
- Barber, S.J. & Mather, M. (2013). Stereotype threat can enhance, as well as impair, older adult's memory. *Psychological Science*, 24, 2522–2529.
- Barca, M.L., Engedal, K. & Selbæk, G. (2010). A reliability and validity study of cornell scale among elderly inpatients, using various clinical criteria. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29 (5), 438–447.
- Bäckman, L., Jones, S., Berger, A.K., Laukka, E.J. & Small, B.J. (2005). Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Neuropsychology*, 19, 520–531.
- Bäckman, L. & Nyberg, L. (2011). Memory changes and the aging brain: A multimodal imaging approach. I: Schaie, W.K. & Willis, S.L. (red.). *Handbook of the psychology of aging*. New York: Academic Press.
- Bosnes, O. (2007). California Verbal Learning Test II (CVLT-II) utprøvd i et klinisk utvalg i Norge: Psykometriske egenskaper og krysskulturell validitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 887–892.
- Bystad, M., Grønli, O., Rasmussen, I.D., Gundersen, N., Nordvang, L., Wang-Iversen, H. & Aslaksen, P.M. (2016). Transcranial direct current stimulation as a memory enhancer in patients with Alzheimer's disease: a randomized, placebo controlled trial. *Alzheimer's Research & Therapy*, 8 (1), doi: 10.1186/s13195-016-0180-3.
- Bystad, M., Skjerve, A. & Strobel, C. (2013). Demensutredning ved hjelp av MMSE-NR, klokketesten og pårørendeskalaer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 7–11.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. Hillsdale, NJ: Laurence Earlbaum Associates.
- Delis, D.C., Kramer, J.H., Kaplan, E. & Ober, B.H. (2000). *California Verbal Learning Test II. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Engedal, K. & Haugen, P.K. (2009). *Demens – fakta og utfordringer*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Engvig, A., Fjell, A., Westlye, L.T., Moberget, T., Sundseth, Ø., Larsen, V.A. et al. (2010). Effects of memory training on cortical thickness in the elderly. *NeuroImage*, 52, 1667–1676.
- Erickson, K.I., Voss, M. W., Prakash, R.S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L. et al. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the National Academy of Science USA*, 108, 3017–3022.
- Estévez-González, A., Kulisevsky, J., Boltes, A., Otermin, P. & Garcia-Sánchez, C. (2003). Ray verbal learning test is a useful tool for differential diagnosis in the preclinical phase of Alzheimer's disease: comparison with mild cognitive impairment and normal aging. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18 (11), 1021–1028.
- Fine, E.M., Delis, D.C., Wetter, S.R., Jacobson, M.W., Hamilton, J.M., Peav, G. et al. (2008). Identifying the «source» of recognition memory deficits in patients with Huntington's disease or Alzheimer's disease: Evidence from the CVLT-II. *Journal of Experimental Neuropsychology*, 30, (4), 463–470.
- Fjell, A. & Wallhovd, K. (2010). Structural changes in aging: courses, causes and cognitive consequences. *Reviews in Neuroscience*, 21, 187–221.
- Fleischman, D.A., Wilson R.S., Gabrieli J.D.E., Bienias J.L., Bennett D.A. (2004). A longitudinal study of implicit and explicit memory in old persons. *Psychological Ageing* 19, 617–625.
- Gjerstad, L. & Engedal, K. (2014). Alzheimers sykdom. I Store medisinske leksikon. Hentet 15. november 2015 fra https://sml.sn.no/Alzheimers_sykdom.
- Gjerstad, L. & Fladby, T. (2014). Diagnostikk av Alzheimers sykdom før pasienten er dement. I: Fladby, T., Anderson, S. & Gjerstad, L. *Nevropsykiatri*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Grill, J.D. & Karlawish, J. (2010). Addressing the challenges to successful recruitment and retention in Alzheimer's disease clinical trials. *Alzheimer's Research & Therapy*, 2, 34. doi:10.1186/alzrt58
- Greenaway, M.C., Lacritz, L.H., Binegar, D., Weiner, M.F., Lipton, A. & Munro Cullum, C. (2006). Patterns of verbal memory performance in mild cognitive impairment, Alzheimer disease and normal aging. *Cognitive and Behavioral Neurology*, 19, 79–84.
- Hestad, K., Dybing, E. & Kløve, H. (1997). Hukommelsestesting av eldre hvor det er mistanke om demens. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 483–487.
- Hestad, K. & Reinvang, I. (2008). Normal og patologisk kognitiv aldring – kan de skilles? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 45(9), 1133–1142.
- Hestad, K. & Reinvang, I. (2010). Utredning av demens hos eldre. I: Hestad, K. & Egeland, J. (red.). *Klinisk nevropsykologi*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Haugen, P.K. & Nygård, Å.M. (2003). *Ten-åringen blir 74: Intellektuell utvikling gjennom livsløpet*. Tønsberg: Forlaget Aldring og Helse.
- Lunde, L.-H. (2012). *Alder ingen hindring*. Oslo: Gyldendal.
- Mayeux, R. (2010). Early Alzheimer's Disease. *New England Journal of Medicine*, 362, 2194–2201.
- Pearson Assessment, (1999). *Wechsler Abbreviated Scale of Intelligence Manual*. Norwegian version. Bromma, Sweden: Pearson Assessment.
- Rosenvinge, J. & Rodriguez, C. (2011). Eldrepsykologi. I: Svartdal, F. (red). *Psykologi i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ward, E.V., Berry, C.J. & Shanks, D.R. (2013). Age effects on explicit and implicit memory. *Frontiers in Psychology*, 4, 639. doi: 10.3389/fpsyg.2013.00639
- Weintraub, S., Wicklund, A. & Salmon, D.P. (2012). The neuropsychological profile in Alzheimer's disease. *Cold Spring Harbor Perspectives in Medicine*, 2(4); a006171.
- World Health Organization (1993). The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders (F00-F99). Diagnostic Criteria for Research. Geneva: World Health Organization.
- Wetterberg, P. (2005). *Hukommelsesboken*. Oslo: Gyldendal Akademisk.



Eldres rusvaner

Økningen i bruk av rusmidler blant eldre byr på særskilte utfordringer. Vi trenger å utvikle tiltak som kan avdekke rusproblemer, og vi må styrke behandlings- og oppfølgingstilbudet til eldre.

Nylig holdt jeg foredrag ved et senioruniversitet om alkoholbruk blant dagens middelaldrende og eldre. Oppdragsgiverne ønsket svar på om nye drikkevaner gir grunn til bekymring. Under foredraget kom det mange innspill fra forsamlingen, og et par av disse bet jeg meg merke i. En kvinne gav uttrykk for at kartongvin inviterer til å drikke mer, mens en annen mente at bedagelig TV-titting i kombinasjon med god mat bidrar til økt konsum. En tredje trakk frem medienes fokus på det angivelig helsebringende i regelmessig inntak av et par glass vin. Alle tre er inne på noe som er gjenkjennelig for de fleste, og som også forskningslitteraturen peker på som mulige forklaringer på økt alkoholkonsum.

Med nye generasjoner av middelaldrende og eldre har vi sett en økning i bruk av ulike

rusmidler. Ikke minst gjelder dette alkoholbruk. Eldre er dessuten storforbrukere av vanedannende legemidler mot angst, smerter og søvnproblemer. Finske studier viser at samtidig bruk av reseptbelagte legemidler og alkohol er vanlig blant eldre, men vi har begrenset kunnskap om hvor stor andel av norske eldre som kombinerer legemidler med alkohol. Amerikanske studier viser at bruken av cannabis og andre illegale narkotiske stoffer øker i aldersgruppen 60 år og over, men det er mangelfulle data om bruk av denne type stoffer blant eldre nordmenn. Likeledes har vi fremdeles begrenset kunnskap om forekomsten av risikofylt og skadelig alkoholbruk blant eldre nordmenn. Vi vet imidlertid en god del om deres alkoholvaner og drikkemønster.

TEKST

Linn-Heidi Lunde,
Det psykologiske
fakultetet,
Universitetet i Bergen
og Haukeland
Universitetssykehus

KONTAKT

Linn-heidi.Lunde@
uib.no

ILLUSTRASJON

Åge Peterson





Alkoholbruken blant nordmenn har økt betraktelig i løpet av de siste 20 årene. Økningen har vært størst i aldersgruppen mellom 50 og 70 år, særlig blant høyt utdannede kvinner

ELDRE DRIKKER OFTERE

Selv om det er et langt lavere forbruk av alkohol i Norge sammenlignet med andre europeiske land, viser ulike undersøkelser (blant annet tall fra Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag – HUNT, SSB, Folkehelseinstituttet og Den norske studien om livsløp, aldring og generasjon – NorLAG) at alkoholbruken blant nordmenn har økt betraktelig i løpet av de siste 20 årene. Økningen har vært størst i aldersgruppen mellom 50 og 70 år, særlig blant høyt utdannede kvinner.¹ Alkohol blir noen ganger omtalt som de vellykketes rusmiddel og er blitt en selvfølgelig del av ethvert sosialt samvær. Betydningen av alkohol som sosialt bindemiddel skal en selvsagt ikke kimse av, og mange eldre har gode opplevelser knyttet til det å nyte alkohol i godt lag.

Eldre drikker altså oftere enn før, men totalkonsumet av alkohol er likevel lavere blant eldre sammenlignet med yngre. På bakgrunn av den dokumentasjonen som foreligger om norske forhold, kan det synes som om de fleste eldre drikker i moderate mengder hver gang de drikker. Enkelte forskere hevder at det ikke er grunn til å anta at økningen i alkoholbruk blant eldre vil føre til dramatiske endringer i alkoholrelaterte sykdommer og skader, bortsett fra hos dem som vanligvis drikker seg beruset hver gang de drikker. Andre peker på at Eldres økte sårbarhet for å bli rammet av sykdom og ulike tap, kombinert med redusert toleranse for rusmidler og uheldige interaksjoner med legemidler, bidrar til at skadevirkningene kan oppstå raskere og ved mindre mengder alkohol sammenlignet med hos yngre.

RISIKOFYLT OG SKADELIG ALKOHOL- OG LEGEMIDDELBRUK

I en nylig publisert studie gjennomført av forskere ved Folkehelseinstituttet fant man at ca. 17 prosent av et utvalg av personer mellom 16 og 79 år hadde en risikofylt alkoholbruk (Halkjelsvik og Storvoll, 2015). 3,4 prosent av utvalget mellom 61 og 79 år var risikokonsumenter, noe som innebærer at en betydelig andel eldre personer er i faresonen når det gjelder å påføre seg ulike alkoholrelaterte sykdommer og skader. I tillegg kommer de sosiale konsekvensene og konsekvenser for tredjepart, slik som ulykker, skader, vold, omsorgssvikt og redusert arbeidsevne.

Risikofylt og skadelig alkoholbruk blant eldre er trolig underrapportert, og Eldres alkoholrelaterte problemer kan være maskert av samtidig somatisk og psykisk sykdom.

Studier viser dessuten at helsepersonell i mindre grad mistenker rusproblemer hos eldre sammenlignet med hos yngre. Ofte er dette basert på en oppfatning om at Eldres alkohol- og legemiddelbruk er forståelig på bakgrunn av den Eldres livssituasjon. Negative holdninger og stereotypier til aldring og eldre kan også være en forklaring på manglende avdekking og intervensjon.

Risikofaktorer for å utvikle alkoholproblemer og problematisk bruk av vanedannende legemidler i eldre år er i stor grad knyttet til den økte sårbarheten for sykdom og til ulike tapsopplevelser og livsfasebelastninger. Risikofylt og skadelig alkohol- og legemiddelbruk blant eldre stiller helsetjenestene og det øvrige hjelpeapparatet overfor nye utfordringer i form av økt forekomst av kompliserte sykdomsforløp og skader, og derved økt bruk av helsetjenester og hospitalisering. De seinere

.....

1. Se for øvrig artikkelen av Slagsvold og Hansen i dette temanummeret.

år har det skjedd en økning i antall sykehusinnleggelses som kan tilskrives alkohol og problematisk bruk av vanedannende legemidler. Det er spesielt menn fra 45 år og oppover som blir innlagt med alkoholrelaterte sykdommer og skader, mens eldre kvinner er i flertall når det gjelder legemiddelrelaterte skader.

OPPTRAPPINGSPLAN FOR RUSFELTET

Rusfeltet er blitt et satsningsområde for våre helsemyndigheter, og i den nye opptrappingsplanen for rusfeltet som ble vedtatt i april i år, pekes det på de særskilte utfordringene som ligger i det økte alkoholforbruket blant middelaldrende og eldre. I opptrappingsplanen fremheves det at regjeringen ønsker å øke oppmerksomheten på eldre og rus ved å styrke tiltak som bidrar til avdekking av rusproblemer i eldrebefolkningen. Økt kompetanse blant helse- og sosialpersonell og styrking av behandlings- og oppfølgingstilbudet er en del av satsningen. Kommunehelsetjenesten fremheves å ha en nøkkelrolle, med kommunepsykologer som sentrale fagpersoner i denne sammenhengen. Det pekes blant annet på at kommunepsykologer vil kunne fungere som brobyggere mellom de kommunale helse- og omsorgstjenestene innenfor rus og psykisk helse, og kan med sin kompetanse bidra til en mer helhetlig utredning av brukernes sammensatte problemer. Regjeringen ønsker derfor å styrke rekrutteringstilskuddet til kommuner som ansetter psykologer.

AVDEKKING OG TIDLIG INTERVENSJON

I tråd med anbefalingene i opptrappingsplanen er det et sentralt mål for hjelpeapparatet fremover å utvikle korte og effektive intervensjoner til bruk overfor eldre slik at risikofylt alkoholbruk ikke utvikler seg til skadelig alkoholbruk og avhengighet. Studier viser at eldre har vel så god nytte av psykologisk behandling ved rusproblemer som det yngre har. Et spørsmål som ofte dukker opp når det er snakk om psykologisk intervensjon rettet mot eldre, er om intervensjonen/behandlingen må tilpasses for å sikre at den er virksom overfor eldre personer. Selvsagt kan tilpasninger være nødvendig, spesielt når det er snakk om skrøpelige eldre med nedsatt fysisk funksjon/bevegelseshemming eller kognitiv svikt. Samtidig skulle det være unødvendig å tilpasse et allerede effektivt behandlingsopplegg kun basert på kronologisk alder. Det er velkjent at aldringsforløpet

varierer fra person til person, og at det er store individuelle forskjeller i helse, funksjon, vaner, preferanser og atferd. Høyt utdanningsnivå og forventninger om innflytelse blant nye generasjoner av eldre vil trolig innebære større press på og forventninger til hjelpeapparatet fremover. Det gjelder ikke minst tilgang til differensierte og fleksible behandlingstilbud.

BEHOV FOR ØKT FORSKNINGSINNSATS

Det er uten tvil behov for økt forskningsinnsats når det gjelder konsekvensene av risikofylt alkoholbruk i kombinasjon med legemidler hos eldre, spesielt gjelder dette vanedannende legemidler for angst, søvnproblemer og smerter. Selv små mengder alkohol kan føre til helseskader hos eldre når alkoholen blandes med slike legemidler. Det er videre behov for mer forskning på sammenhengen mellom økt alkoholforbruk og ulike psykososiale faktorer som kan være spesielt utfordrende i eldre år, slik som belastende omsorgsoppgaver og redusert sosialt nettverk. Vi trenger også økt kunnskap om hvorvidt aldersstereotyper virker inn på avdekking av rusproblemer og tilgang til ulike helsetjenester, og hvordan slike stereotyper best kan bekjempes.

KONKLUSJON

Høyt utdannede drikker mest, men vi vet ennå ikke om drikkemønsteret blant dagens middelaldrende og eldre vil føre til en økning i alkoholrelaterte skader og sykdommer. Vi ser imidlertid noen tendenser i form av flere sykehusinnleggelses som kan relateres til alkohol. Eldre kvinner er storforbrukere av vanedannende legemidler mot søvnproblemer, angst og kroniske smerter, men vi har mangelfull kunnskap om hvor mange som blander slike legemidler med alkohol. Det er behov for å utvikle intervensjoner som kan bidra til avdekking av rusproblemer på et tidlig tidspunkt og å gi eldre tilgang til differensierte og fleksible behandlingstilbud. ✕

REFERANSE

Halkjelsvik, T. & Storvoll, E.E. (2015). Andel av befolkningen i Norge med et risikofylt alkoholkonsum målt gjennom Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 32, 61–71.



Age Filter

Behandling av psykiske lidelser hos eldre

En aldrende befolkning krever bedre kunnskap om Eldres psykiske helse hos behandlere. Solli DPS i Bergen har etablert et forskningsprosjekt der det samtidig bygges opp et klinisk fagmiljø.

De siste 30–40 årene har det vært stor fremgang i utviklingen av effektiv psykoterapi for de vanligste psykiske lidelsene, slik som angst og depresjon (Layard & Clark, 2015; Shafran et al., 2009). Psykiske lidelser bidrar til flest tapte funksjonsfriske leveår globalt (YLD; Becker & Kleinman, 2013), og angst og depressive lidelser samlet utgjør nær 60 % av denne type lidelser (Whiteford et al., 2013). Studier fra USA og Europa viser at omtrent 20 % av befolkningen vil utvikle en depresjonslidelse, og mellom 19 og 29 % vil utvikle en angstlidelse i løpet av livet (Bijl, Ravelli, & van Zessen, 1998; Kessler et al., 2006). For Norge er andelene omtrent de samme (Mykletun, Knudsen, & Mathiesen, 2009). Angst, depresjon og andre psykiske lidelser bidrar ikke bare til tapt funksjon og tapt livskvalitet for de dette rammer og deres nærmeste. Angst og depresjon er også risikofaktorer for somatiske lidelser, inkludert alvorlige tilstander som hjerte- og karlidel-

ser, diabetes og demens (De Jonge, & Denollet, 2010; Kessing & Nilsson, 2003; Knol et al., 2006; Palmer et al., 2007; Roest, Martens, Sinoﬀ & Werner, 2003). Psykiske lidelser er dessuten en stor økonomisk utfordring for samfunnet. Beregninger fra Storbritannia viser at det er kostnadsbesparende å gi mennesker effektiv behandling for psykiske lidelser (Layard, 2006; Layard & Clark, 2015). Samtidig er det velkjent at de aller færreste mottar anbefalt behandling for sin psykiske lidelse (Gunter & Whittal, 2010; Layard & Clark, 2015; Shafran et al., 2009).

Å behandle psykiske lidelser lønner seg fordi samfunnet har store kostnader når en person ikke lenger kan arbeide, målt i tapt arbeidsinnsats og behov for økonomisk støtte. Nyere forskning har vist at kostnadene ved behandling av somatiske lidelser øker når man samtidig har en psykisk lidelse. Psykiske lidelser fører til en dobling av kostnadene til behandling av somatiske medisinske tilstander, og

TEKST

Anders Hovland, forskningsleder, Solli DPS og førsteamanuensis, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen

Inger Hilde Nordhus, professor, Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, og professor II, Institutt for medisinske basalfag, Universitetet i Oslo

KONTAKT

Anders.hovland@uib.no

ILLUSTRASJON

» Åge Peterson

dette forholdstallet gjelder også om man har flere somatiske tilstander som må behandles (Naylor et al., 2012). Disse forholdene er særlig viktige når vi retter fokus mot eldre. Bruk av helsetjenester for somatiske tilstander øker med alderen, og helseutgiftene er høyest i de eldste aldersgruppene (Parker & Thorslund, 2007; Ramm, 2013). Norge og store deler av resten av verden står overfor et omfattende demografisk skifte, der gjennomsnittsalderen i samfunnet øker. Vi blir både relativt flere eldre, og vi lever lenger. Dette er del av bakgrunnen for at EU de senere årene har hatt en omfattende satsning på forskning som kan møte de sosioøkonomiske utfordringene knyttet til et slikt demografisk skifte (Horizon, 2020). Fokus i denne satsningen har blant annet vært å sikre bedre kunnskap om eldre og aldring. Den har også hatt fokus på utvikling av tilgjengelig og god behandling for psykiske lidelser i en aldrende befolkning for å øke antall friske år og forebygge utvikling av alvorlige aldersrelaterte sykdommer som demens og kognitiv svikt. Denne satsningen har derfor høy relevans for både forskning og klinisk praksis innenfor psykologprofesjonen.

Artikkelen presenterer status for behandling og forskning på eldre og psykiske lidelser, med særlig fokus på angst, som er svært vanlig blant eldre. Det gis også en nærmere beskrivelse av generalisert angst og bakgrunnen for at denne lidelsen ser ut til å ha økende forekomst ved økende alder. Avslutningsvis presenteres en konkret klinisk og forskningsmessig satsning innenfor psykisk helsevern som søker å imøtekomme noen av disse utfordringene.

TILGANG TIL RIKTIG BEHANDLING

Fra et etisk perspektiv er det avgjørende å sikre god og rettferdig tilgang til helsetjenester for alle aldersgrupper i samfunnet. Undersøkelser her i landet og i andre land viser imidlertid at eldre mennesker i mindre grad mottar behandling innenfor psykisk helsevern (Anderson, Connelly, Meier, & Mccracken, 2013; Clark, 2011; Klap, Unroe, & Unützer, 2003; Pedersen, Sitter, Lilleeng, & Bremnes, 2011). Forskningen peker på flere grunner til at det er slik. Studier fra USA viser at dette til dels henger sammen med noe lavere forekomst av psykiske lidelser blant eldre, men også mindre opplevd behov for eller ønske om å motta behandling for sin psykiske lidelse

(Klap et al., 2003). Redusert ønske om behandling hos eldre har blant annet blitt sett i sammenheng med stigma knyttet til psykiske lidelser (Sirey et al., 2001). Studien til Klap med flere (2003) viser imidlertid også at eldre sjeldnere blir informert om ulike behandlingstilbud. De blir også oftere tilbudt medikamentell behandling, selv om forskning viser at eldre foretrekker psykologisk behandling (Mohlman, 2012). Erfaringene fra Storbritannia viser også at eldre i mindre grad blir henvist videre til behandling for sin psykiske lidelse (Anderson et al., 2013; Bodington, 2011). Slike forhold er sannsynligvis en del av grunnen til at eldre også i Norge er og har vært underrepresenterte innenfor psykisk helsevern (Pedersen et al., 2011). I Norge har det dessuten inntil nylig vært eksplisitt angitt i prioriteringsveilederen som var gjeldende fra 2008 til 2015 for psykisk helsevern for voksne, at «Alder kan også være et argument for høyere prioritering av unge» (Helsedirektoratet, 2008, s. 30). I setningen som følger, står det imidlertid: «Men tiltak som kan bedre livskvaliteten til de eldste bør ikke begrenses pga høy alder.» Innenfor et psykisk helsevern for voksne hvor det har vært vedvarende mangel på kapasitet, kan en slik veiledning fort innebære en nedprioritering av eldre pasienter, slik tallene fra Helsedirektoratet tyder på (Pedersen et al., 2011). I «Rapport fra kartlegging av tilbud ved alderspsykiatriske avdelinger og DPSer», som ble utarbeidet i 2012 på oppdrag fra Helsedirektoratet, fremgår det at *ikke rett til helsehjelp* er den hyppigst forekommende hovedavvisningsgrunnen som oppgis. Av andre hovedavvisningsgrunner nevnes først og fremst *ikke egnet tilbud*. Noen få DPSer nevner også *pasientens alder og mangel på kompetanse* (s. 5). Anderson med flere (2013) hevder at skjevfordelingen i behandlingstilbud for eldre i Storbritannia er et resultat av politiske prioriteringer, med fokus på den arbeidende delen av befolkningen (18–64 år). Det fremgår ikke av den norske prioriteringsveilederen om dette har vært begrunnelsen for høyere prioritering av yngre mennesker. Men skjevfordelingen av eldre innenfor spesialisthelsetjenesten, samt de grunnene som er blitt gitt for å avvise eldre pasienter, viser at man ikke nødvendigvis har tenkt at eldre skal få behandlingen sin innenfor spesialisthelsetjenesten.

ANGST OG GENERALISERT ANGST HOS ELDRE

Studier og rapporter viser altså at eldre ikke får den nødvendige tilgangen til spesialisert og anbefalt behandling for sine psykiske lidelser. Eldre har også vært underrepresentert innenfor forskning på psykiske lidelser (Mcmurdo, Witham, & Gillespie, 2005). Selv om forskning har vist at eldre kan ha like god effekt av behandling for depresjon som yngre (Cuijpers, Karyotaki, Pot, Park, & Reynolds, 2014; Cuijpers, Van Straten, & Smit, 2006), ser det også ut til at visse endringer knyttet til aldring kan være relevante for så vel behandling av som for utvikling og opprettholdelse av psykiske lidelser. Ett område hvor eldre kan se ut til å skille seg relevant fra yngre, er ved angstlidelser. Angstlidelser er svært utbredt, også blant eldre. En stor amerikansk befolkningsundersøkelse viste at livstidsforekomst for personer over 60 år var 15,3 % (Kessler et al., 2005). Den store aldringsstudien (Longitudinal Aging Study Amsterdam; LASA) fra Nederland viste en seksmåneders forekomst på henholdsvis 13,9 % og 10,4 % for personer mellom 65–74 år og 75–84 år (Beekman et al., 1998). I LASA-studien var generalisert angstlidelse mest utbredt. Henholdsvis 11,5 % og 6,9 % av eldre mennesker mellom 65–74 år og 75–84 år hadde GAD til enhver tid (Beekman et al., 1998). I den amerikanske studien var spesifikk fobi vanligst for personer over 60 år, med en forekomst på 7,5 %, etterfulgt av sosial fobi og GAD med henholdsvis 6,6 % og 3,6% (Kessler et al., 2005). Prevalensen på GAD varierer over studier, noe som til dels kan henge sammen ulike diagnostiske kriterier, samt at GAD er en eksklusjonsdiagnose i diagnosemanualen som ikke skal stilles om man tilfredsstiller kriteriene til andre diagnoser (American Psychiatric Association, 2000). Nyere forskning og prospektive studier antyder imidlertid at det er forekomsten fra LASA-studien som best beskriver forekomsten blant eldre. To relativt nye tverrsnittstudier indikerer at GAD utvikles både sent og tidlig i livet, med en økning i prevalens rundt 50 års alder (Chou, 2009; Le Roux, Gatz, & Wetherell, 2005). I en nylig publisert studie ble personer over 65 år fulgt opp over 12 år. I løpet av denne perioden utviklet 8,4 % GAD, hvorav 80 % av disse var første episode med GAD (Zhang et al., 2015). GAD innebærer en stor påvirkning på hverdagen til dem som rammes. Personer som lider av GAD, opplever ukontrollerbar bekymring for en rekke situasjoner og aktiviteter, i den grad at det medfører uro, utmattelse, irritabilitet, konsentrasjonsproblemer, muskelspenninger og søvnforstyrrelser (American Psychiatric Association, 2013). Depresjon er en svært vanlig komorbid tilstand ved GAD, noe som øker funksjonsnedsettelsen både i arbeidssammenheng og sosialt (Wittchen, 2002), men også «ren» GAD viser seg å bidra til en funksjonsnedsettelse som tilsvarer konsekvensene av depresjon. Wittchen (2002) konkluderer med at byrden av GAD på samfunnet er like stor som byrden av depresjon. For den eldre delen av befolkningen ser konsekvensene av GAD ut til å være enda større, blant annet fordi eldre oftere får behandling i form av benzodiazepiner, noe som igjen øker risikoen for ulykker og fall (Klap et al., 2003; Le Roux et al., 2005; Wolitzky-Taylor, Castriotta, Lenze, Stanley, & Craske, 2010). Studier har også antydnet at bruk av benzodiazepiner kan øke risikoen for kognitiv svikt og demens (Bil-lioti De Gage et al., 2014), men dette er ikke endelig avklart (Gray et al., 2016). I en undersøkelse der 1500 personer over 65 år ble spurt om hva de angret mest på i livet sitt, var et av de vanligste svarene at de hadde bekymret seg så mye (Pillemer, 2011).



Kostnadene ved behandling av somatiske lidelser øker når man samtidig har en psykisk lidelse





Eldre har vært underrepresentert innenfor forskning på psykiske lidelser



Som det fremgår av studiene som er beskrevet over, er forekomsten av GAD forskjøvet mot høyere alder. Dette fremgår også tydelig i resultatene fra den amerikanske befolkningsstudien, som viser at GAD generelt utvikles ved en betydelig høyere alder enn andre angstlidelser (Kessler et al., 2005). Samtidig viser forskning at behandlingsresponsen for GAD, i motsetning til ved depresjon, er noe lavere enn hos yngre personer (Wolitzky-Taylor et al., 2010). Nyere studier tyder på at redusert behandlingsrespons delvis skyldes aldersrelaterte endringer i kognitiv fungering (Johnco, Wuthrich, & Rapee, 2013; Mohlman, 2013; Mohlman & Gorman, 2005). Dette betyr at de endringene som naturlig kan forekomme med alderen, kan gjøre det vanskeligere å bli frisk av generalisert angst. Den nevnte prospektive studien til Zhang med flere (2015) bekrefter at nettopp disse aldersrelaterte endringene også øker sannsynligheten for å utvikle GAD. Hvorfor aldersrelaterte endringer i kognisjon øker risikoen for å utvikle GAD, er foreløpig ikke helt avklart, men det ser ut til at bakgrunnen for at effekten av behandling fremstår dårligere ved GAD, er at disse kognitive endringene reduserer evnen til kognitiv restrukturering. Kognitiv restrukturering er en sentral del av kognitiv atferdsterapi (CBT; Johnco et al., 2013), som er førstevalget for behandling av GAD (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011).

Det er gjort flere studier på å forsøke å bedre effekten av behandlingen av CBT for GAD, blant annet ved å styrke behandlingsinnholdet gjennom repetisjon eller ved å kombinere behandlingen med medikamentell behandling (Mohlman et al., 2003; Wetherell et al., 2013). Nyere forskning peker på at redusert effekt av behandling henger sammen med endret kognitiv fungering. Derfor anbefales det å bedre effekten av behandling gjennom å kombinere behandlingen for GAD med intervensjoner som også bedrer nettopp kognitiv fungering (Yochim, Mueller, & Segal, 2013), slik som kognitiv eller fysisk trening (Fabre, Chamari, Mucci, Masse-Biron, & Prefaut, 2002; Hillman, Erickson, & Kramer, 2008). Å forbedre effekten og effektiviteten av behandling for psykiske lidelser er et kontinuerlig fokus i behandlingsforskning og blir særlig tydelig ved GAD hos eldre, siden man her ikke oppnår god nok effekt sammenliknet med befolkningen for øvrig. Samtidig gir dette feltet også en mulighet til å utvikle ny kunnskap om angst og generalisert angst som kan ha implikasjoner også for den yngre populasjonen.

VEIEN VIDERE - FORSKNING I KLINIKK

Status i dag er at vi har en aldrende befolkning, både i Norge og store deler av verden for øvrig. Samtidig fremgår det at eldre har mindre tilgang til behandling for sine psykiske lidelser enn befolkningen for øvrig. Vi har også foreløpig et betydelig underskudd på forskning på eldre, og særlig innenfor psykiske lidelser. Dette er problematisk, da konsekvensene av å ha psykiske lidelser er store både for personen selv, pårørende og for samfunnet. Dersom målsettingen om flere friske år skal oppnås, er det avgjørende at eldre får god behandling for sine psykiske lidelser, på linje med befolkningen for øvrig. En del av den forskningen som gjennom årene er gjort for yngre personer, kan generaliseres til deler av den eldre populasjonen, men langt ifra alt. Forskningen tyder på at konsekvensene av psykiske lidelser er større for eldre mennesker enn yngre i forhold til helsen for øvrig, eksempelvis med GAD. Behovet for mer forskning på vanlige psykiske lidelser hos eldre er stort. Skal vi møte disse pasientene,

gjør vi dette best der de skal få behandling for disse lidelsene, altså på DPS-ene, hvor de så langt ikke har vært tilstrekkelig representert. Undersøkelsen fra Helsedirektoratet fra 2012 viste at en god del av DPS-ene opplevde at de ikke hadde den nødvendige kompetansen til å behandle eldre, noe som i seg selv er bemerkelsesverdig. En måte å endre dette på er å sikre at også eldre får den anbefalte behandlingen for sine psykiske lidelser. For at dette skal kunne skje, må eldre henvises til DPS-ene og tas imot der med et egnet tilbud.

Et eksempel på en praksis som kan imøtekomme noen av disse utfordringene, er en nylig etablert satsning ved Solli DPS for å sikre at eldre med psykiske lidelser skal motta den behandlingen de trenger. Arbeidet implementeres i forbindelse med en større behandlingsstudie rettet nettopp mot GAD. Målsettingen er å utvikle forbedret behandling av denne lidelsen, basert på den nyeste forskningen på behandling og mekanismer knyttet til GAD og behandlingseffekten hos eldre med angst. I denne satsningen forenes forskning og klinikk. Ved å implementere satsningen på eldre gjennom en behandlingsstudie, sikrer man at den nødvendige spisskompetansen innenfor den aktuelle behandlingen kommer på plass, samt at diagnostisering og kartlegging kvalitetssikres. DPS-et har ansatt to nyutdannede psykologer som vil oppnå dobbelkompetanse gjennom forskning og klinisk praksis knyttet til prosjektet. Samtidig implementeres prosjektet med samarbeid på tvers av samtlige enheter på DPS-et for å sikre at kompetansen utvikles lokalt. Når prosjektet er ferdig, skal behandlingstilbudet bestå. Gjennom arbeidet med å rekruttere deltakere til prosjektet må det samarbeides spesifikt med fastleger og andre sentrale aktører innenfor førstelinjetjenesten for å formidle informasjon om prosjektet og legge til rette for henvisning og innsøking av aktuelle pasienter. Utviklingen av prosjektet og opparbeidingen av kompetanse på GAD vil også innebære at det utvikles bedre kompetanse på behandling av GAD generelt, noe som i seg selv er viktig, da det er vår erfaring at denne pasientgruppen ikke mottar tilbud om anbefalt behandling i tilstrekkelig grad. Samtidig legger gjennomføringen av et slikt prosjekt grunnlaget for å kunne gjennomføre god forskning og tette noen av de mange kunnskapshullene vi har på dette området. En forutsetning for å kunne lykkes med å gjennomføre god og relevant forskning er et tett og godt samarbeid med den vitenskapelige fagkompetansen. Solli DPS har over tid utviklet et godt samarbeid med Det psykologiske fakultetet i Bergen, samt andre gode vitenskapelige samarbeidspartnere både regionalt, nasjonalt og internasjonalt. Dette har gitt grunnlaget for å kunne igangsette et slikt prosjekt både med et godt klinisk og vitenskapelig utgangspunkt.

Det aktuelle prosjektet utgjør en stor og offensiv satsning, både som forskningsprosjekt og som klinisk satsning for et DPS. Rapporten fra Helsedirektoratet viser at våre helsemyndigheter har vært klar over denne utviklingen og viktigheten av å møte den. Rapporten viser dessverre også at vi er langt fra målet på dette området. Ved å legge til rette for forskning i klinikk oppnår man forhåpentlig ikke bare å utvikle bedre behandling, men også å legge til rette for en struktur hvor man kan forske på denne gruppen pasienter der hvor de naturlig skal få sin hjelp: ved DPS-ene. ✕



REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Anderson, David, Connelly, Peter, Meier, Richard, & McCracken, Cherie. (2013). Mental health service discrimination against older people. *The Psychiatrist*, 37, 98–103.
- Becker, Anne E, & Kleinman, Arthur. (2013). Mental health and the global agenda. *New England Journal of Medicine*, 369, 66–73.
- Beekman, Aartjan TF, Bremmer, Marijke A, Deeg, Dorly JH, Van Balkom, AJLM, Smit, Jan H, De Beurs, Edwin, ... Van Tilburg, Willem. (1998). Anxiety disorders in later life: a report from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 717–726.
- Bijl, R. V., Ravelli, A., & van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33, 587–595.
- Billiotti de Gage, Sophie, Moride, Yola, Ducruet, Thierry, Kurth, Tobias, Verdoux, Hélène, Tournier, Marie, ... Bégaud, Bernard. (2014). Benzodiazepine use and risk of Alzheimer's disease: case-control study. *BMJ*, 349.
- Boddington, S. (2011). Where are all the older people? Equality of access to IAPT services. *British Psychological Society PSIGE Newsletter*, 113, 11–13.
- Chou, Kee-Lee. (2009). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 455–464.
- Clark, David M. (2011). Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International Review of Psychiatry*, 23, 318–327.
- Cuijpers, Pim, Karyotaki, Eirini, Pot, Anne Margriet, Park, Mijung, & Reynolds, Charles F. (2014). Managing depression in older age: psychological interventions. *Maturitas*, 79, 160–169.
- Cuijpers, Pim, van Straten, Annemieke, & Smit, Filip. (2006). Psychological treatment of late-life depression: a meta-analysis of randomized controlled trials. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 1139–1149.
- Eysenck, Michael W., Derakshan, Nazanin, Santos, Rita, & Calvo, Manuel G. (2007). Anxiety and cognitive performance: Attentional control theory. *Emotion*, 7, 336–353.
- Fabre, C, Chamari, K, Mucci, P, Masse-Biron, J, & Prefaut, C. (2002). Improvement of cognitive function by mental and/or individualized aerobic training in healthy elderly subjects. *International journal of sports medicine*, 23, 415–421.
- Gray, Shelly L, Dublin, Sascha, Yu, Onchee, Walker, Rod, Anderson, Melissa, Hubbard, Rebecca A, ... Larson, Eric B. (2016). Benzodiazepine use and risk of incident dementia or cognitive decline: prospective population based study. *BMJ*, 352.
- Gunter, Raymond W., & Whittal, Maureen L. (2010). Dissemination of cognitive-behavioral treatments for anxiety disorders: Overcoming barriers and improving patient access. *Clinical Psychology Review*, 30, 194–202.
- Helsedirektoratet. (2008). *Prioriteringsveileder: Psykisk helsevern av voksne. IS-1582*. Oslo: Helsedirektoratet. ISBN 978-82-8081-126-4.
- Hillman, Charles H., Erickson, Kirk I., & Kramer, Arthur F. (2008). Be smart, exercise your heart: exercise effects on brain and cognition. *Nature Review Neuroscience*, 9, 58–65.
- Johnco, C, Wuthrich, VM, & Rapee, RM. (2013). The role of cognitive flexibility in cognitive restructuring skill acquisition among older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 576–584.
- Kessing, Lars Vedel, & Nilsson, Flemming Mørkeberg. (2003). Increased risk of developing dementia in patients with major affective disorders compared to patients with other medical illnesses. *Journal of Affective Disorders*, 73, 261–269.
- Kessler, Ronald C., Berglund, Patricia, Demler, Olga, Jin, Robert, Merikangas, Kathleen R., & Walters, Ellen E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62, 593–602.
- Klap, Ruth, Unroe, Kathleen Tschantz, & Unützer, Jürgen. (2003). Caring for mental illness in the United States: a focus on older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 517–524.
- Knol, MJ, Twisk, JWR, Beekman, ATF, Heine, RJ, Snoek, FJ, & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49, 837–845.
- Layard, Richard. (2006). The depression report: A new deal for depression and anxiety disorders: Centre for Economic Performance, LSE.
- Layard, Richard, & Clark, David M. (2015). Why more psychological therapy would cost nothing. *Frontiers in psychology*, 6: 1713.
- Le Roux, Hillary, Gatz, Margaret, & Wetters, Julie Loebach. (2005). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 23–30.
- McMurdo, Marion E.T., Witham, Miles D., & Gillespie, Neil D. (2005). Including older people in clinical research: Benefits shown in trials in younger people may not apply to older people. *BMJ: British Medical Journal*, 331, 1036–1037.
- Mohlman, Jan (2012). A community based survey of older adults' preferences for treatment of anxiety. *Psychology and aging*, 27, 1182–1190.
- Mohlman, Jan (2013). Executive skills in older adults with GAD: Relations with clinical variables and CBT outcome. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 131–139.
- Mohlman, Jan, Gorenstein, Ethan E, Kleber, Marc, de Jesus, Marybeth, Gorman, Jack M, & Papp, Lazlo A. (2003). Standard and enhanced cognitive-behavior therapy for late-life generalized anxiety disorder: two pilot investigations. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11, 24–32.
- Mohlman, Jan, & Gorman, Jack M. (2005). The role of executive functioning in CBT: a pilot study with anxious older adults. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 447–465.
- Mykletun, A., Knudsen, A.K., & Mathiesen, K.S. (2009). *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- National Institute for Health and Clinical Excellence. (2011). *Generalised anxiety disorder and panic disorder (with or without agoraphobia) in adults. Clinical guideline 113*. London: National Institute for Health and Clinical Excellence. <http://guidance.nice.org.uk/CG113>.
- Naylor, Chris, Parsonage, Michael, McDaid, David, Knapp, Martin, Fossey, Matt, & Galea, Amy. (2012). *Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities*: The King's Fund.
- Palmer, K, Berger, AK, Monastero, R, Winblad, B, Bäckman, L, & Fratiglioni, L. (2007). Predictors of progression from mild cognitive impairment to Alzheimer disease. *Neurology*, 68, 1596–1602.

- Parker, Marti G., & Thorslund, Mats. (2007). Health Trends in the Elderly Population: Getting Better and Getting Worse. *The Gerontologist*, 47, 150–158.
- Pedersen, P.B., Sitter, M., Lilleeng, S.E., & Bremnes, R. (2011). *Pasienter i det psykiske helsevernet 2009. (Samdata-rapport IS – 1908)*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Pillemer, Karl. (2011). 30 Lessons for Living: Tried and True Advice from the Wisest Americans. New York: Penguin.
- Ramm, Jorun. (2013). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Roest, Annelieke M, Martens, Elisabeth J, de Jonge, Peter, & Denollet, Johan. (2010). Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis. *Journal of the American College of Cardiology*, 56, 38–46.
- Shafran, R., Clark, D.M., Fairburn, C.G., Arntz, A., Barlow, D.H., Ehlers, A., ... Willson, G.T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 902–909.
- Sinoff, Gary, & Werner, Perla. (2003). Anxiety disorder and accompanying subjective memory loss in the elderly as a predictor of future cognitive decline. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 18, 951–959.
- Sirey, Jo Anne, Bruce, Martha L., Alexopoulos, George S., Perlick, Deborah A., Raue, Patrick, Friedman, Steven J., & Meyers, Barnett S. (2001). Perceived Stigma as a Predictor of Treatment Discontinuation in Young and Older Outpatients With Depression. *American Journal of Psychiatry*, 158, 479–481.
- Wetherell, Julie Loebach, Petkus, Andrew J, White, Kamila S, Nguyen, Hoang, Kornblith, Sander, Andreescu, Carmen, ... Lenze, Eric J. (2013). Antidepressant medication augmented with cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder in older adults. *American Journal of Psychiatry*, 170, 782–789.
- Whiteford, Harvey A, Degenhardt, Louisa, Rehm, Jürgen, Baxter, Amanda J, Ferrari, Alize J, Erskine, Holly E, ... Johns, Nicole (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382, 1575–1586.
- Wittchen, Hans-Ulrich. (2002). Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. *Depression and anxiety*, 16, 162–171.
- Wolitzky-Taylor, Kate B, Castriotta, Natalie, Lenze, Eric J, Stanley, Melinda A, & Craske, Michelle G. (2010). Anxiety disorders in older adults: a comprehensive review. *Depression and Anxiety*, 27, 190–211.
- Yochim, Brian P, Mueller, Anne E, & Segal, Daniel L. (2013). Late life anxiety is associated with decreased memory and executive functioning in community dwelling older adults. *Journal of Anxiety Disorders*, 27, 567–575.
- Zhang, X, Norton, J, Carrière, I, Ritchie, K, Chaudieu, I, & Ancelin, ML. (2015). Risk factors for late-onset generalized anxiety disorder: results from a 12-year prospective cohort (The ESPRIT study). *Translational psychiatry*, 5, e536.

Fra arkivet: 1998

Aldring og eldre

Større endringer i befolkningens alderssammensetning vil stille det offentlige overfor en rekke nye og utfordrende oppgaver. For eksempel vil den alminnelige folkehelsen påvirkes – ikke bare når det gjelder total sykkelighet, men også mht. sykdomsmønster. Dette vil i sin tur har konsekvenser for planlegging og organisering av helsetjenester, for utdanning av helsepersonell og for størrelsen på helse- og sosialbudsjetter. Kort sagt: for hele vår samfunnsøkonomi.

Samtidig er det viktig å ha in mente at vi aldri tidligere har hatt så mange fysisk og mentalt funksjonsfriske eldre som nå. De fleste eldre klarer seg selv uten eller med minimal hjelp fra det offentlige. Mange er produktive innenfor sine særlige kompetanseområder i mange år etter oppnådd pensjonsalder. (...) Bildet av stokken og gebisset – det ensidige og krumbøyde eldrebildet – må derfor ikke bare nyanseres, men langt på vei erstattes med ny viten om alderdommens muligheter og ressurser. Et sitat fra den danske forfatteren Jørgen Knudsen kan illustrere noe av det vi her sikter til. I en åpenhjertig kronikk med tittel *Alderdommen er bagtalt* («Politiken», 09.08.97) sier han blant annet:

«For mig har det at blive gammel været en glædelig overraskelse. Bøvelsen har ikke været den frygtede bevægelse fra kondiløb mot hofteoperation, fra styrke mot svagheid, men helt modsat en bevægelse fra tvang til frihed. En glad, en frigjørende bevægelse fra utilstrækkelighed og meningsløse magtkampe, fra præstation og prestige til glæde og skamløs nydelse. (...) Samtidig har det været en bevægelse fra forventning om trist uundgåelig fysisk, erotisk og psykisk nedtur til en oplevelse af en tindrende Indian summer.»

Men alderdommen er selvfølgelig heller ikke bare en dans på roser, eller en livsfase som arter seg likt for alle. Fornektelse av alderdommens mer tragiske realiteter er dårlig problemløsning, både på individ- og samfunnsnivå. Et ensidig glansbilde er like lite representativt som et bilde hvor bare den krumbøyde trer frem.

Fra Geir Høstmark Nielsen og Inger Hilde Nordhus' redaksjonelt til tema-nummeret «Eldrepsykologi», august 1998

Øre til Alderdommen

Som psykolog for de gamle er jeg den heldige. Det er jeg som får høre hvordan det gikk etter hvert, hva som faktisk skjedde. Det er jeg som får høre den lange historien.

TEKST

Elisabeth Tuft Sand,
Seniorklinikken

KONTAKT

seniorklinikken
@gmail.com

DET ER 20 år siden jeg valgte å møte Alderdommen som klient, gjorde den til mitt nedslagsfelt som psykolog. Jeg har aldri angret, men jeg skal villig innrømme at jeg til å begynne med hadde antagelser om at selvsagte problemområder ville dominere; ensomhet, funksjonstap og omsorgsbehov. Jeg var sikker på at det var dette de gamle ville snakke om; en hverdag med lite livsinnhold, fysiske smerter og om mange dystre tanker i livets siste fase. Men det gikk ikke slik.

Mine arbeidsdager er fulle av levd liv. Som psykolog for de overlevende, de gamle, er jeg den heldige. Det er jeg som får høre hvordan det gikk etter hvert, hva som faktisk skjedde, også i de senere kapitlene. Det er jeg som får høre den lange historien, ikke bare gløtte inn på begynnelsen eller gjøre et tilfeldig besøk i midten, akkurat da bølgen traff, depresjonen rammet eller skilsmissen var et faktum. Mine arbeidsdager kunne derfor ikke ha vært rikere, mer mangfoldige eller overraskende. Her er noe av det jeg nesten har hørt eller kommer til å høre.

103 ÅR

Jeg var den eneste i familien som ikke fikk spanskesyken. Hele familien lå til sengs. Det var bare jeg som var på beina og prøvde å hjelpe alle sammen. Jeg var vel ikke mer enn 4 eller 5, strevde fælt. Da julaften kom, klarte jeg å dra ei lita buske opp trappa og inn i stua, rista snø av den. Jeg dro buska rundt fra seng til seng for å vise den frem, så de kunne se at vi hadde fått oss juletre. Jeg husker den jula veldig godt. Ja, nå er jeg så gammel at det er nesten ikke så jeg skjønner det selv. Jeg hører lite, fingrene er stive som pinner, bare å gi opp å bruke dem til noe, men det er liv i meg. Rart. Jeg har mange ganger tenkt på at jeg må få slippe snart, bedt om det, men jeg våkner opp hver morgen, så er jeg her igjen.

Etter at jeg fikk byttet til meg større rom, er utsikten bedre. Fuglene er fine å se på, skyene og TV når det er tekst under bildet. Det er ikke mange å snakke med her. De fleste surrer så mye. De vet ikke hvilket rom de har, og kommer inn hit til meg i stedet. Da må jeg prøve å

få dem til å snu, på en høflig måte, men det er ikke alltid så lett når de tror de bor her.

Sønnen min kommer på besøk. Han har med bilder fra jeg var ung. Bilder fra skolen, julefeiring og bursdager. Han viser meg og spør. Han vil vite hva alle heter, sier det er bare jeg som vet det nå. Jeg husker navnene, så klart, det er ikke noe problem. Vi er så strunke i klasserommet, ser så stive ut, nesten litt redde der vi står i rekker bak læreren. Jeg i annen rekke, nummer to. Jeg husker lukta fra tavla, fra ovnen i klasserommet. Vi er så fine når vi feirer, hvite kjoler om sommeren, vi ler, er sammen.

Når han har gått, føler jeg meg så ensom. Alle som var på bildene er borte. Alle sammen, bare ikke jeg. Jeg føler meg som den eneste gjenlevende, den eneste i klasserommet, den eneste i barneselskapet. Den eneste igjen i verden på en måte. Det er rart.

91 ÅR

Oi, oi, jeg skal si deg at barna mine var sinte på meg etter den forrige bussturen til Frankrike. Jeg måtte love dem å aldri dra på tur igjen. De lekset opp for meg alt som kunne gå galt, og hvor farlig det var for meg. De fortalte meg hvor skrøpelig og hjelpeløs jeg var, og de påpekte hvor uansvarlig jeg var som dro på utenlandstur alene i min forfatning. Jeg vil ikke kran- gles med barna mine. Men jeg skjønner ikke hva som er problemet. De kommer jo ikke for

Oi, oi, jeg skal si deg at barna mine var sinte på meg etter den forrige bussturen til Frankrike. Jeg måtte love dem å aldri dra på tur igjen. De lekset opp for meg alt som kunne gå galt, og hvor farlig det var for meg.

91-åring forteller

Alle som var på bildene er borte. Alle sammen, bare ikke jeg. Jeg føler meg som den eneste gjenlevende, den eneste i klasserommet, den eneste i barneselskapet. Den eneste igjen i verden på en måte. Det er rart.

103-åring forteller

å besøke meg, og ringer gjør de knapt på fødselsdagen min, men de krever at jeg skal holde liv i meg og ikke foreta meg noe som helst. Er det noe liv? Skal jeg bare sitte her i leiligheten min og leve? Det er mye jeg vil se, og de kaller meg ukritisk og uten innsikt i egen sykdom. Ja, jeg har hatt er par slag, jeg innrømmer det, men det er da ingen forbrytelse. Jeg har ikke sidesyn på høyre side, men hvor mye sidesyn trenger man? Jeg er vant til ikke å se noe der. Og det en ikke ser, ser en jo ikke.

Ren uflaks at jeg falt i Paris. Jeg går jo brukbart når jeg tar det med ro, men jeg måtte skynde meg for å holde tritt med guiden foran Triumfbuen. Da snublet jeg. Antagelig så jeg mer på henne enn på fortauskanten. En nett kropp i mørk blå uniform. Jeg raspa opp skinnleggen skikkelig. Hun hjalp meg med såret. Hun bøyde seg ned for å rense og plastre. Jeg kjente varmen hennes, den søte parfymelukten. Det er lenge siden en så vakker kvinne har tatt i meg. Jeg sa det til henne at jeg skulle vært noen år yngre, da hadde jeg bedt henne ut på middag. Hun lo, og jeg tror hun likte meg. Kanskje hun tenkte at jeg er en gammel tulling. Det spiller ingen rolle. Jeg har alltid likt franske kvinner.

Da jeg kom hjem etter en ukes tid, begynte hjemmesykepleier å snakke om blodforgiftning. Det ble sykehusopphold på meg, med telefon til den nærmeste pårørende. Da de ringte den eldste sønnen min, begynte moroa, og det var da jeg fikk mitt pass påskrevet. La meg helt flat og bare nikket og nikket da de formante meg til husarrest. Jeg skulle visst få gå på butikken alene.

»



LEVD LIV Mine arbeidsdager er fulle av levd liv, skriver eldrepsykolog Elisabeth Tufte Sand. Illustrasjon: Malcom C. Salaman (1930).

Elevecruiset på Donau om to uker har jeg ikke sagt noe om. Med litt flaks så oppdager de ikke at jeg er borte, for det pleier de ikke å gjøre.

82 ÅR

Tror du jeg overlever en jul til? Allerede i januar begynner jeg å grue meg til neste jul. Det er bare hos oss det blir skikkelig jul, det sier både sønnen og datteren min. Jeg tror de glemmer hvor gamle vi er, at vi ikke orker så mye lenger. Begge er skilt, sønnen to ganger. Han er singel nå, hun har ny samboer. Jeg har fem barnebarn, to eks-svigerdøtre og en eks-svigersønn. Jeg vet ikke om jeg skal hilse eller hva når jeg treffer dem i byen. Eks-svigersønnen min savner jeg, men jeg tør ikke å si at jeg traff ham tilfeldig, for dattera mi tåler knapt at navnet nevnes.

Hvis de ikke feira jul her, hadde de vel sittet hver for seg, og det synes jeg hadde vært trist, spesielt for barnebarna. Ikke har de så god plass heller, det er liksom bare vi som har et skikkelig hjem. «Du tenker for mye», sier mannen min. Ja, etter at sønnen ble skilt, tenkte jeg at det må være min feil at barna ikke klarer å holde familiene sine sammen og leve som vanlige folk. Alt kommer jo fra barndommen, og at mor er skyld i det som skjer senere i livet, det har jeg både lest og sett på TV. Da sønnen min ble skilt en gang til og dattera mi også ble skilt, var jeg overbevist. Det er skummelt å tenke på, at alt begynte med meg. Jeg sier ikke dette til mannen min. Han ser at jeg ikke har det så greit, men jeg vil ikke plage ham. Det var jeg som var hjemme med barna. Han jobba hele tiden tidlig og seint, var knapt innom, så det er jo klart at dette er min feil og ikke hans.

Det er litt forskjellig hvor mange som kommer til jul. Alle setter seg ned foran TV-en, med et blad, dataspill eller med nesa i mobilen. Så snakker de om hvor godt det er å ha fri, og om hvor slitne de er. Ingen spør om de skal hjelpe til.

82-åring forteller

Det er litt forskjellig hvor mange som kommer til jul. Barnebarna bytter jo litt på hvor de er hen. Annenhver jul er samboer til datter med, da er barna hans hos hans eks-kone. Alle setter seg ned foran TV-en, med et blad, dataspill eller med nesa i mobilen. Så snakker de om hvor godt det er å ha fri, og om hvor slitne de er. Ingen spør om de skal hjelpe til. Mannen min gjør det, men han har så dårlig balanse at jeg skulle ønske at han holdt seg mer i ro. Vi kjøper inn mat i god tid, får det i hus når vi tar litt av gangen. Han bærer ved og flasker. Jeg baker kaker, pynter. Jeg setter frem julekrybben vi alltid har på bordet ved peisen. Finner frem den strikkede nissen med topplua, henger opp stjerna i vinduet, lager ribbe og karamellpudding. Vasker opp, rydder papir og oppvask, lang frokost 1. juledag. Etterpå rydder jeg og vasker igjen. Det er her julefølelsen bor, sier de. Jeg lå til sengs i nesten to uker etterpå. Mannen min falt ikke, det er jeg glad for.

73 ÅR

Jeg tenker så mye på hvordan det er å bli dement. Jeg synes det er så skremmende. Hva gjør demente? Kan de gå løs på deg? Er demens noe du har, eller noe du blir? Skjønner de ingenting? Hva kan du si til sånne? Jeg

synes det er så ubehagelig å tenke på demens, men tankene kommer hele tiden. Jeg skjønner ikke hvorfor jeg tenker sånn. Det er plagsomt, og jeg blir redd. Jeg kjenner kloa i magen. Vi snakket ikke noe om det, kona og jeg, at jeg begynte å glemme, rote litt, ja, du vet. Alle gjør det, pleide hun å si, alle glemmer. Hånda hennes var så god å holde i. Jeg har holdt i den i 50 år, og jeg skulle gjerne ha holdt i den i 50 år til. Hun trøstet meg når jeg hadde mareritt om natten. Det var hun som overtok som sjåfør på langtur med bilen og ble økonomisjefen. Nettbank, koder og bankkort floka seg til for meg. Hun ordna opp.

Hun døde i vår eller i fjor. Det går ikke så bra med meg. Jeg fant ikke fram til kirkegården da jeg skulle besøke grava hennes. Blomstene jeg hadde med til henne, satt jeg i en melkekartong på nattbordet hennes. Blomstervaser tror jeg aldri vi har hatt, jeg fant ingen. Jeg får prøve å finne grava en annen dag. Jeg har prøvd flere ganger, men jeg klarer det nok til slutt.

69 ÅR

Vi jentene holder oss bedre enn gutta. Se på dem, store, dissende mager som henger over beltet, gamle gubber med grå skjeggstubber, sitter der med drinkene sine. Hva gir du meg? Prostata har jo nesten alle. Jeg tror du må være vant til en sånn en for å orke det der. Jeg har jo prøvd en gang i tida, har hatt kjæresten. Jeg har til og med vært gift i 5 år. Jeg møtte ham på sjøen da jeg arbeidet som telegrafist, men han var ikke snill mot meg. Han gikk i land i havnene med de andre sjøfolkene, mens jeg »

Vi snakket ikke noe om det, kona og jeg, at jeg begynte å glemme, rote litt, ja, du vet. Alle gjør det, pleide hun å si, alle glemmer. Hånda hennes var så god å holde i. Jeg har holdt i den i 50 år, og jeg skulle gjerne ha holdt i den i 50 år til.

73-åring forteller

Vi jentene holder oss bedre enn gutta. Se på dem, store, dissende mager som henger over beltet, gamle gubber med grå skjeggstubber, sitter der med drinkene sine. Hva gir du meg?

69-åring forteller

måtte sitte igjen på båten, så du kan tro jeg har sett mye av verden! Sånt fant jeg meg i den gangen! Når han kom tilbake, var han pengeless og fyllesjuk, han hadde vært på de verste kneipene. Til og med svigermor advarte meg mot å gifte meg med ham. Bare bra det ikke ble barn av det. Katt er akkurat passe for meg. Jeg er ikke en sånn dikke-dikk-dame. Det genet mangler jeg.

Glad jeg slipper mannfolk. Kunne ikke tenke meg å få meg en sånn nå, ikke frivillig. Vi, jentene, prøver å gjøre noe med det. Ingen tror jeg er en dag over 59, men det koster. Jeg har et hvitt, fint smil. Bare se! Blir du slunken i kjakene, så bruker du filler, da er du på plass igjen! Så må du jobbe bra med kroppen din og være fiks i klærne. Det er ikke nødvendig å se ut som ei gammel kråke, det blir du bare deprimert av. Noen sier at alderdommen sitter mellom øra, at du ikke er eldre enn du føler at du er. Det er godt mulig. Jeg er i hvert fall helt sikker på at hvis ungdommen sitter noe sted, så sitter den i lommeboka.

Ikke har jeg gjeld, kan gjøre som jeg vil og reise dit jeg vil. Jeg har til og med dratt tilbake til havner vi var i den gangen, for å se meg om. Nå vet jeg hvordan det ser ut i Shanghai. Jeg har aldri hatt det så bra som nå, jeg, så nå tror jeg bare det blir bare bedre.

65 ÅR

Her er det krig hver dag, men han sover heldigvis godt om natten. Dette er straffen for å gifte seg med en mann som er 16 år eldre enn meg. Demensteamet anbefalte meg å sende ham på sykehjem, men det er nok lettere å si hvis det ikke handler om dine egne. Han er

jo mannen min, kjæresten min, jeg vet han hadde stilt opp for meg hvis det var jeg som var syk. Når han sover, stryker jeg ham over håret, det hender jeg gråter. Da er han helt rolig, og er slik han var.

Om dagen må jeg hele tiden være i forkant for å forhindre at noe går galt, eller at han får for mange skuffelser, da blir han irritert. Dagen starter med at han beskylder meg for å ha gjemt tannbørsten. Det er jo bare vi to her hjemme, så jeg er hele tiden den eneste mistenkte. Han overser tannbørsten selv om den står der den pleier. Han blir sint når jeg prøver å hjelpe til. Han blir sint når han ikke får satt på radioen på kjøkkenet, da er det jeg som har sabotert den. Når jeg kjører ham til dagsenteret, sier han: «Du kjører som ei ku, la meg få rattet!» På dagsenteret trives han ikke, der mener han at alle er så bortreiste at han ikke kan snakke med noen. De som arbeider der, sier at han er den mest demente av hele gjengen. Når jeg henter ham, drar vi innom butikken for å handle. Han blir med inn, for jeg vil ikke forlate ham i bilen, er han alene, kan han blir forvirret. Han vil gjerne bestemme hva vi skal ha, så jeg prøver å jenke meg så godt det går. Jeg orker ikke noen scener når vi er ute blant folk.

I det siste har han begynt med noe nytt. Jeg har sett at han putter varer i andre folks handlevogner. Kanskje husker han ikke hvilken handlevogn vi har. En dag vi stod og pakket ned varene, hørte jeg mannen bak meg forklarte kassadamen at han ikke visste hvor de to kålhodene kom fra som han hadde i handlevogna. Kassadamen kommenterte at folk flest visste jo hva de hadde tenkt å kjøpe. En pinlig stillhet fulgte, mannen sa ikke noe. Jeg tidde, huket meg skamrød ned i våre egne bæreposer.

Da vi kom hjem, lo jeg. Det er første gang på lenge, det var deilig. Der går grensen! Jeg begynner ikke å rydde opp i andre folks handlevogner. Folk får heller leve med et kålhode for mye, jeg ser en annen vei.

ALLIANSE MED ALDERDOMMEN

Jeg vet jeg tenkte mye på hvordan det ville bli å arbeide som psykolog for eldre før jeg startet, kjente på mye tvil. Hva kunne jeg bidra med, gjøre til eller fra? Mennesket eldes, svekkes og dør. Psykologi kan ikke oppheve biologien. Fiffige reformuleringer og støttetanker virket meningsløse, ja, til og med støtende.

Jeg ante medfølelse blikk fra gode kollegaer som hadde sikret seg Voksen, Barn eller Rus som klient. Jeg var dømt til å tape. Don Quixotes odds var misunnelsesverdige sammenlignet med mine, vindmøller klart bedre enn avgrunnen.

Jeg kan til en viss grad unnskyldte min egen uvitenhet og forutinntatte holdning med at jeg nok også kjente på en slags kollektiv aldersfobi: Vi lever i et samfunn hvor vi alle vil leve lenge, men ingen vil eldes. Heller ikke jeg. I media møter vi Alderdommen hovedsakelig gjennom tre tema: antall sykehjemsplasser, gjerne for få, pensjonsordninger, gjerne for dårlige, og oppslag om at Alzheimer-gåten løses, flere ganger i året. Selvsagt snur vi oss bort. Ikke er det vakert, ikke oppløftende, dit vil vi ikke. Da varmer vi oss heller på de foreløpige, forbigående seiere som vinnes ved tannbleking, optimalt kosthold og hårfarge med garanti om 100 prosent dekning av grå hår. Vi kjemper imot så lenge det går.

Det er vel heller ikke så merkelig om denne aldersfobien også gjør seg gjeldende på utdanningsinstitusjoner. Studentene på tannlegehøyskolen slåss neppe om plassene hvis det er tannrøkt blant eldre som er tema. Geriatri og eldrepsykologi er ikke de mest populære fordypningstemaene i medisin og psykolog. Mellom oss psykologer som arbeider med Alderdommen, er det god faglig kontakt, men jeg aner også en slags delt hemmelighet: Vi vet at dette er spennende, men vi vet også at mange kollegaer ikke tror det.

Alderdommen har mye å by på, både faglig og personlig. Jeg har helt sluttet med å tenke på Don Quixote. Der tenkte jeg feil, for jeg blir stadig like besnæret av Alderdommens mestrings-evne og livsvilje. Jeg forundres, røres og overraskes over hva folk forteller meg. Og hvis mitt bidrag kan gjøre at de siste kapitlene i historien om livet kan fortelles på en annen måte, med et lykkeligere utfall eller med mindre smerte, ja, da er jeg glad.

Jeg har fått et stadig mer fortrolig forhold til Alderdommen etter hvert som min egen faglige og personlige sikkerhet som psykolog har økt og årene har gått. For 20 år siden fikk jeg høre: «Du er for ung til å skjønne», jeg svarte noen ganger «hvor gammel burde jeg ha vært?», mitt svar ble møtt med et smil, kontakten kom etter hvert. Den gangen hadde jeg ingen rynker som kunne kvittere ut at jeg

Her er det krig hver dag, men han sover heldigvis godt om natten. Dette er straffen for å gifte seg med en mann som er 16 år eldre enn meg. Demensteamet anbefalt meg å sende ham på sykehjem. Men han er jo mannen min, kjæresten min. Når han sover, stryker jeg ham over håret, det hender jeg gråter. Da er han helt rolig, og er slik han var.

65-åring forteller

hadde ledd eller bekymret meg tilstrekkelig for å skjønne hva Alderdommen ville fortelle meg. Det er mange år siden noen har sagt det til meg. Nå kan jeg også by på mer levd liv og kan selv fortelle en ganske lang historie. Alderdommen fester nok mer tillit til meg i dag enn for 20 år siden. Jeg skjønner forhåpentligvis stadig mer og kan være en bedre hjelper.

Arbeidet med eldre, også døende, har klart påvirket meg. Jeg er blitt mer opptatt av å bruke dagen på en god måte, gjøre noe jeg liker, øve på noe jeg vil bli bedre til. Er jeg heldig, får jeg leve lenge og oppleve mer. Jeg frykter ikke å ha mange gjenværende år av livet mitt, om enn i skrøpeligere forfatning. Jeg er villig til å ta den risikoen det er å være i live. Inspirert av egne erfaringer fra psykologvirke håper jeg på mulighetene til å få flere gode opplevelser, nye venner og kunne le riktig godt av mye, også i fremtiden.

Det jeg frykter, er å ikke få den hjelpen jeg vil komme til å trenge etter hvert som jeg svekkes, får fysiske eller psykiske problemer. Det jeg frykter, er å ikke bli sett eller hørt. Jeg frykter også at jeg underveis mot resten av livet kan miste noe av selvtiliten og selvrespekten, påvirket av aldersfobien, ikke insisterer på å kreve det jeg i dag ser på som en selvfølge. Det jeg frykter, er å bli avskrevet og avskrive meg selv som gammel. ❖

Den grå skilsmisse-revolusjonen

Samliv i eldre år kan by på store utfordringer. Men eldre oppsøker svært sjelden profesjonell hjelp for samlivsproblemer. Det bør vi som psykologer prøve å gjøre noe med.

TEKST

Frode Thuen, Senter for kunnskapsbasert praksis, Høgskolen i Bergen

De senere årene har vi sett en klar nedgang i skilsmissetallene i Norge. Det gjelder imidlertid ikke for eldre aldersgrupper, der det tvert imot har vært en økning. Hvis vi for eksempel ser på menn i aldersgruppen 40 til 44 år og sammenligner dem med menn mellom 60 og 64 år, tegner det seg et tydelig bilde bare i løpet av de siste fem årene: I perioden mellom 2009 og 2014 sank skilsmisseraten blant 40-åringene fra 20,2 til 17,2 per 1000 gifte menn, mens den økte for 60-åringene fra 5,0 til 6,1. Lignende tall har vi også sett i andre vestlige land, blant annet i USA. Her har trenden med økende skilsmissetall blant middelaldrende og eldre blitt kalt den *grå skilsmisseriesevolusjonen*. Om det er en dekkende benevnelse, kan diskuteres, men de demografiske endringene i skilsmissemønstret gjør det uansett viktig å sette søkelyset på samliv i eldre år. Ikke minst fordi samlivsbrudd ofte er spesielt belastende når det skjer sent i livet. For da har man gjerne levd sammen i flere tiår, og identiteten og selvoppfatningen er som regel sterkt knyttet til det familiefelles-

skapet man har utviklet sammen med partneren og eventuelle barn og barnebarn. Samtidig vil mange oppleve at utsiktene – og gjerne også ønsket og motivasjonen – til å etablere et nytt samliv, er sterkt begrenset. Til forskjell fra hva som oftest er tilfelle ved samlivsbrudd i yngre alder.

LYKKELIG ALLE SINE DAGER?

Mer fokus på Eldres samliv er viktig også av en annen grunn. For dagens eldre er tilsynelatende mindre tilfreds med sine samliv, sammenlignet med forrige generasjon. I alle fall hvis vi skal legge til grunn funnene fra en studie fra University of Chicago, der man har kartlagt blant annet ekteskapelig tilfredshet i ulike aldersgrupper gjentatte ganger helt siden tidlig på 1970-tallet. Så langt jeg kjenner til, er dette den eneste studien i verden som har målt ekteskapelig tilfredshet på nøyaktig samme vis gjennom en periode på mer enn fire tiår. Den gir følgelig unik innsikt i hvorvidt folks vurdering av samlivet har endret seg i løpet av denne perioden. Og bildet er sammensatt: Selv om de fleste eldre



oppgir at de er lykkelig gift, har andelen som er svært lykkelig i sitt ekteskap, falt markant – fra gjennomsnittlig 71 prosent på 1970-tallet til 63 prosent det siste tiåret. Blant de yngre og middelaldrende gruppene har det derimot vært liten eller ingen endring i løpet av disse årene.

Vi vet selvsagt ikke om disse resultatene kan overføres til andre kontekster og andre land, men vi kan på ingen måte utelukke det. Tvert imot bør vi i mangel av tilsvarende norske studier ta høyde for at dette også kan gjelde for eldre mennesker her til lands. I så fall har det vært en utvikling de siste tiårene hvor de eldre har blitt stadig mindre tilfredse i sine samliv, parallelt med at de stadig oftere skiller seg. På denne bakgrunn er det tankevekkende at eldre aldersgrupper i svært liten grad benytter seg av familieverntjenestens tilbud om parrådgivning. Tall fra SSB fra 2007 viser at bare seks prosent av brukerne var over 55 år. En mulig forklaring på denne underrepresentasjonen av de eldste aldersgruppene kan være at de i større grad enn yngre aldersgrupper benytter seg av private parterapeuter og familierådgivere.

Men det er tvilsomt, all den tid eldre er underforbrukere av psykologiske tjenester generelt. Det ser jeg også i min egen deltidspraksis som parterapeut; bare en svært liten andel av henvendelsene kommer fra par i 60-årene, og bare helt unntaksvis fra par hvor en av partene eller begge har passert 70 år.

ELDRE TREFF

Hva kan vi som profesjon gjøre for å nå bedre ut til eldre par som sliter i sine samliv? Det finnes nok ingen enkle svar på det, men vi trenger i alle fall å sette fokus på eldre som en viktig målgruppe for parterapi og samlivsstyrkende tiltak. Og vi trenger – ikke minst – bedre kunnskaper om hva som er spesielle utfordringer for eldre par, og hvordan vi best kan hjelpe parene til å håndtere slike utfordringer. For i tillegg til tema og problemstillinger som kan gjøre seg gjeldende for par i alle aldre og i alle livssituasjoner, så er det noen utfordringer som er mer eller mindre unike for eldre par, og andre som er spesielt vanlige og gjerne også spesielt utfordrende for denne gruppen.

MISFORNØYDE

Dagens eldre er tilsynelatende mindre tilfreds med sine samliv, sammenlignet med forrige generasjon, skriver Frode Thuen. Foto: spazbot29/Flickr.com





Det er tankevekkende at eldre aldersgrupper i svært liten grad benytter seg av familieverntjenestens tilbud om parrådgivning

Overgangen til pensjonisttilværelsen er den mest typiske av de førstnevnte utfordringene. For noen par fremstår dette som en etterlenget mulighet til å reise mer eller bruke mer tid på hobbyer, interesser og fritidsaktiviteter, eller være mer sammen med barn og barnebarn. For andre vil tapet av en jobb og karriere mest av alt føles tomt, uten at man klarer å erstatte tomheten med positive verdier og aktiviteter. All fritiden som må fylles, kan tvert imot bli en belastning både for egen livskvalitet og for parforholdet. I Japan har man uttrykket *Shujin Zaitaku Sutoresu Shoukougun*, som kan oversettes med «Pensjonert ektefelle-syndrom». Det beskriver en stress-tilstand som er utbredt blant japanske kvinner i forbindelse med at ektemannen – som i mange tilfeller har hatt lange arbeidsdager – plutselig begynner å være hjemme mesteparten av tiden, samtidig som hun må leve opp til de kulturelle forventningene om å være en oppofrende og omsorgsfull ektefelle. Kjønnsforskjellene er tradisjonelt ikke like tydelige i vårt land, og norske kvinner møter nok ikke det samme forventningspresset som japanske kvinner om å stille opp for sin pensjonerte ektemann. Vi kan likevel se noe av det samme også i mer likestilte og vestlige kulturer, slik som i Norge – særlig blant par som har relativt tradisjonelle kjønnsroller. I vår kultur er det for øvrig en annen situasjon som er vel så vanlig, og som lett kan gi opphav til utfordringer, nemlig at mannen går av med pensjon flere år før kvinnen. En slik situasjon vil i mange tilfeller rokke ved kjønnsrollemønsteret og arbeidsdelingen i parforholdet, og dersom partene ikke klarer å kommunisere om dette og justere sine forventninger til seg selv og hverandre, og heller ikke finner nye måter å organisere familie- og samlivet på, vil det fort kunne oppstå frustrasjoner og konflikter.

Andre typiske utfordringer ved samlivet i eldre år er helseproblemer og funksjonsnedsettelse. For etter hvert som man blir eldre, øker forekomsten av en lang rekke mer eller mindre kroniske symptomer og sykdommer som kan påvirke fysisk, sosial og kognitiv utfoldelse og fungering, og disse vil ofte ha direkte eller indirekte effekt på samlivet. Særlig utfordrende er det med tilstander som på grunnleggende vis undergraver sentrale dimensjoner ved parforholdet – som det å ha en nær og fortlølig kommunikasjon, eller et aktivt liv sammen, eller et fungerende sexliv. Også i møtet med slike utfordringer er det avgjørende at begge parter klarer å justere forventningene til hva som er realistisk, og hva som er mulig. Det vil kunne kreve stor vilje til optimalisering og kompensering, og minst like stor evne til emosjonsregulering og mentalisering – ferdigheter som i mange tilfeller aldri har blitt stilt på lignende prøver tidligere i livet.

JUSTERTE FORVENTNINGER

Når de fleste eldre likevel synes å være tilfredse med sitt samliv, reflekterer det kanskje et generelt funn fra gerontopsykologisk forskning, nemlig at eldre mennesker i forbausende stor grad har evnen til å justere sine forventninger og standarder i tråd med livsbetingelsene de lever under. Men vi vet lite om hvorvidt, og eventuelt hvordan, vi som terapeuter kan styrke denne evnen for par som møter helsemessige eller andre utfordringer i alderdommen – kanskje nettopp fordi de eldre så sjelden oppsøker oss med sine samlivsproblemer. Og kanskje også fordi samliv i eldre år har vært et lite utforsket område. Her har vi en jobb å gjøre som profesjon – både med å bli bedre til å nå ut til de eldre, og til å utvikle mer forskning på hvordan vi best kan hjelpe dem i sine samliv. ✕

Meninger



FOTO: SENUJU/FLICKR.COM



«Du jobber vel mye med dødsangst og demens, du da»

Tidligere eldrepsykolog Fredrik Hansen ble møtt med mange myter om eldre blant andre psykologer.

Les hovedinnlegget på de neste sidene.

Send innlegg til meninger@psykologtidsskriftet.no. Frist er den 8. i hver måned.

DELTA I DEBATTEN

Spaltene er åpne for alle aktører i samfunnsdebatten. Vi ønsker debatt om aktuelle samfunnstemaer, om behandlingsmetoder, ideologi, fagetikk, utdanning, helsepolitikk og lønns- og fagpolitiske spørsmål. Her kan du starte viktige debatter eller svare på innlegg i tidligere utgaver.

Forfattere må opplyse om teksten er publisert tidligere andre steder.

KRONIKK

Debattinnlegg om en aktuell problemstilling eller et tema. Kronikken er ikke et svar på et annet innlegg. Lengde: 4000 eller 8000 tegn inkludert mellomrom.

DEBATTINNLEGG

Maks 3000 tegn inkludert mellomrom

REPLIKK/KORTINNLEGG

Maks 1500 tegn inkludert mellomrom.

Redaksjonen kan redigere og forkorte innsendte bidrag. Psykologtidsskriftet er ansvarlige for titler, ingress og mellomtitler. Alle bidrag kan publiseres på nett. Innlegg kan også bli publisert i andre medier Psykologtidsskriftet inngår avtale med.



Å ikke se mennesket for bare alder

Ingen er for gammel for psykisk helsehjelp.

SOM FERDIG UTDANNET psykolog i 2006 spurte jeg om jeg kunne få endret stillingskoden min til miljøterapeut hvis jeg fortsatte å ta ekstravakter ved en trygghetsavdeling for eldre i hjembyen min. Svaret jeg fikk var: «Dessverre, du har ikke relevant utdanning.» Det ble tydelig at det å se psykisk helse som en del av eldres liv er en samfunnsutfordring som ligger dypt forankret i både individuelle holdninger og organisasjonsstrukturer. Disse utfordringene er fortsatt høyst aktuelle.

Etter å ha jobbet som kommunalt ansatt psykolog for eldre i fem år, lurte jeg fortsatt på hvilken fagkunnskap som ligger til grunn når eldre ikke inkluderes i utviklingen av psykisk helsehjelpstilbudene. Jeg opplever at systemene har en tendens til å definere målgruppen eldre basert på aldersgrenser for pensjon og utgang fra arbeidslivet. Dette samstemmer ikke med faglige vurderinger av behov og anbefalt behandling.

Da vi i 2010 vurderte å opprette en ny stilling i Askøy kommune, ble eldre som målgruppe foreslått. Dette valget kom opp som en konsekvens av mine egne erfaringer med vikararbeid i eldreomsorgen og samarbeidende fastlegers stadige hjertesukk om avslag på henvisninger til DPS. Som en del av forarbeidet vårt undersøkte vi i hvor stor grad eldre var å finne både i spesialisthelsetjenestens poliklinikker og hos de private psykologene. Representasjonen av personer over 65 år i behandlingsapparatet var svært liten. Dette samsvarte godt med blant annet rapporter fra Riksrevisjonen og kritikk mot blant annet Opptappingsplan for psykisk helse, der det har vært argumentert at eldre i liten grad får tilgang til psykisk helsehjelp.

HVEM TRENGER PSYKISK HELSEHJELP?

Etter fem års erfaring er det fremdeles vanskelig å gi en tydelig definisjon eller beskrivelse av hvem den typiske eldre er. Fellesnevneren »

TEKST

Fredrik Hansen, tidligere eldrepsykolog i Askøy kommune

ILLUSTRASJON

Åshild Irgens

ELDREPSYKOLOGI

eldre er vanskelig i seg selv, med et spenn på 30 år fra yngste til eldste pasient. Variasjonene i utfordringer er minst like stor i eldrepopulasjonen som i en hvilken som helst annen målgruppe. Pensjonisten med angst knyttet til sin somatiske grunnsykdom, den eldre helgevikaeren med søvnproblemer som ønsker å komme tilbake til helgevaktene sine, og bestemoren som er i tidsklemma fordi omsorgsoppgavene for familien er blitt for store og for mange, er noen eksempler.

Av utfordringer jeg har møtt gjennom mitt arbeid, kan jeg nevne: ulike typer konflikt i nær familie, vold, mange typer engstelighet, grubling og depressive tanker, tvang, sorg, søvnvaner, mobbing, smerteutfordringer og traume-problematikk. Dette er altså ikke en ensartet gruppe med like behov.

Da lavterskeltilbudet i Askøy først ble etablert, var det, som sikkert i de aller fleste andre oppstartene av lavterskeltilbud, litt tregt å komme i gang. Noen få ble henvist fra fastlegene, men ellers var det ganske stille. Var det egentlig behov for en eldrepsykolog? Men etter hvert økte henvisningene i antall. Det var ikke bare legene som henviste. Hjemmesykepleien formidlet kontakt til sine brukere, barn tok kontakt med bekymringer for sine foreldre, og folk begynte å henvende seg direkte: «Jeg har ei venninne som har hatt noen timer hos deg. Kan jeg også få bestille en time?»

FAVNER MANGE NIVÅ

Samtidig som lavterskeltilbudet tok form, tegnet det seg også et bilde av andre områder der behovet for psykologisk kunnskap var stort. Forvaltningskontoret trengte bistand. Der var de vant til oppfølging av somatiske sykdom, mens eldre mennesker som også hadde psykiske lidelser, var mer utfordrende. Sykehjemsavdelinger begynte å henvende seg angående utfordringer både med pasienter i ordinære plasser og i korttidsopphold, og hjemmesykepleien trengte hjelp med å løse fastlåste situasjoner knyttet til sine oppdrag.

Det er grunn til bekymring når man ser hvor variabel kunnskapen i helse- og omsorgstjenestene kan være i møte med mennesker med psykiske lidelser og atferdsutfordringer. I dag fungerer det slik at det forventes at selv de som er alvorligst psykisk syke blir tatt hånd om av de med minst kompetanse på feltet.

En av de mest spennende oppgavene ved systemarbeidet var nettopp å bli synlig på de arenaene der de eldre er. Foredragsoppgaver tikket stadig inn, fra lokale lag og foreninger. En kommentar på vei ut fra et foredrag i en av de lokale menighetene, husker jeg godt: «Det har aldri vært så mange menn på våre arrangement før, de må visst være mer opptatt av psykisk helse enn vi trodde.»

MYTENE

Jeg tror ikke det er mulig å ta innover seg hvor sterke mytene om eldre er før man erfarer dem i eget arbeid. Som en del av storsamfunnet har jeg møtt meg selv i døren oftere enn jeg liker å innrømme. Det er kanskje den viktigste læringen jeg har tatt med meg i dette arbeidet.

Noen av de vanligste mytene om eldre handler om at de mangler endringsmulighet/-vilje (en kan ikke lære gamle hunder nye triks), vi ser psykiske plager og lidelser som en del av aldringen (tilbaketrekking er naturlig), og kanskje det mest sentrale: ensidige antagelser om det å bli eldre (de fleste eldre er ensomme, de vil som oftest ha piller og ikke tilbud om samtalebehandling, alle eldre ser frem til å bli pensjonister).

Underveis har nysgjerrige og oppriktig interesserte kolleger ofte spurt – litt konkluderende – om hva jeg driver med. En klassiker har vært: «Du jobber vel mye med dødsangst og demens, du da?» Etter hvert som erfaringsgrunnlaget har vokst, har jeg tenkt at den som har hatt mest dødsangst i terapeutiske relasjoner, har vært terapeuten i midten av 30-årene i møtet med alderdommen, og ikke pasientene over 65. Eldre lavterskelbrukere som kommer med bekymringer for demensutvikling, får ofte motbevist sine antakelser. Selv om fastlegen har gjennomført sine standardundersøkelser uten funn, og de i utgangspunktet har høyt funksjonsnivå, kan uroen fortsatt være der. Når de i samtaler blir spurt om de tidligere i livet har fått tilbakemeldinger om at de er distré, har samtlige raskt bekreftet dette, og uroen for demens har avtatt. I lavterskeltilbudet har jeg ofte jobbet med integrerte myter (alle eldre får hukommelsesproblemer) og selvoppfyllende profetier, heller enn faktisk demens. Det betyr selvsagt ikke at demens ikke er en viktig del av sykdomsbildet hos en del eldre, men i et helt annen omfang enn det vi antar. Vi trenger en nyansering av diskusjonen som favner

et helhetlig blikk på eldre; fra psykiske plager og lidelser som normale reaksjoner på belastning til utvikling av alvorlig aldersrelatert sykdom.

Det menes mye om eldre menneskers evne til å endre seg. Ideen om endring i hjernens plastisitet med økende alder, eller at vi som mennesker rett og slett blir mindre fleksible, ligger ofte til grunn. Ideen skinner også igjennom når fagfolk stiller spørsmål ved om eldre kan nyttiggjøre seg psykologisk hjelp. Jeg har i økende grad begynt å stille motspørsmål: Skal vi endre? Eller skal vi gjennom dialog og læring hjelpe til å mestre? Hvis vi som terapeut og hjelper ikke tror på resultatet, hvordan kan vi forvente at pasienten gjør det? Min erfaring er at eldre pasienter er svært motiverte: De har nesten uten unntak møtt opp til alle samtaler, de har så langt det har latt seg gjøre, vært tydelige i sine bestillinger eller velvillig bidratt til å formulere dem – og viktigst av alt – de har ønsket hjelp. Noen har vært i overkant pliktoppfyllende, som da det ramlet inn følgende SMS: «Jeg kommer ikke i dag. Ligger på sykehus etter hjerteinfarkt. Kan vi utsette til neste uke?»

Jeg har opplevd og hørt at alder legges til grunn når en argumenterer for behandlingspreferanse eller beslutning om behandlingsunnlattelse. Utsagn som «det gjør vel ikke noe om de får avhengighetsskapende piller nå, de er jo så gamle» og «vedkommende er for gammel for behandling, derfor har vi heller ikke prøvd», er typiske eksempler.

Men mytene handler ikke bare om pasientene. De handler også om terapeutene. Da jeg for første gang skulle presentere arbeidet mitt på et seminar, ble det blant annet konkludert med at det å jobbe med eldre var noe som ble viktig når man selv begynte å kjenne alderdommen på kroppen, og at eldre pasienter trivdes best med eldre terapeuter. Lettere desillusjonert ble åpningsreplikken i mitt innlegg: «Hvis jeg i lys av min egen alder skal tro på det som er sagt her i dag, bør jeg vel egentlig slutte mens leken er god.» Da var jeg 34 og hadde mange gode pasientrelasjoner med meg i erfaringsbanken.

I takt med min egen erfaring som eldrepsykolog har jeg tenkt mye på hvordan både fagfeltet og de folkevalgte kan styrke arbeidet med psykisk helse i den øvre delen av livsløpet. Stikkord her inkluderer økt tilgjengelighet, forebygging, mer kompetanse og større fokus på forskning også på eldre.

FRA PILLER TIL SAMTALE

Myndighetene skal ha ros for sin satsning på å bygge ut det kommunale psykiske helsetilbudet. I dag er lett tilgjengelige psykisk helsetjenester etter hvert blitt en naturlig del av diskusjonene om gode kommunale helsetilbud. Et stadig økende antall kommuner bygger ut tilbudet til barn og unge. Tiltak for å hjelpe voksne med å komme raskere tilbake til arbeidslivet er også i økende grad prioritert. Mulighetene for å søke midler for å opprette stillinger gjelder arbeid med mennesker i hele livsløpet. Det er imidlertid slik at antall psykologer som jobber med eldre som målgruppe, har vært tilnærmet null siden Helsedirektoratet startet satsningen på psykologer i kommunene i 2009. Samtidig ser vi at den eldre befolkningen generelt har bedre helse og bedre fungering enn tidligere generasjoner, og opprettholder dermed tilsvarende livsstil som yngre mennesker. De reiser, går på kurs, passer barnebarn, en del står lengre i arbeidslivet, og de bidrar i frivillige lag og organisasjoner. Diskusjonene om fremtidens helsetjenester tar utgangspunkt i denne utviklingen, men glemmer å inkludere viktige premisser for opprettholdelse av god helse når det but-



Selv de alvorligst psykisk syke blir tatt hånd om av de med minst kompetanse på feltet





Jeg tror ikke det er mulig å ta innover seg hvor sterke mytene om eldre er før man erfarer dem i eget arbeid

ter. Den eldre delen av befolkningen er spesielt sårbar for å oppleve tap, kronisk sykdom hos seg selv eller partner og fysisk funksjonsfall. Hvis slike opplevelser kun blir møtt med medikamenter, som en konsekvens av det mangler tilgjengelig tilbud om psykisk helsehjelp, vil alle disse utfordringene også bli risikofaktorer for å utvikle avhengighet.

FREMTIDENS HELSETJENESTER

Det er problematisk at diskusjonene om å rigge fremtidens helsetjenester i liten grad peker på behovet for forebyggende psykisk helsearbeid og tidlig innsats også for eldre. Jeg vil argumentere for at fokus på psykisk helsearbeid for eldrebefolkningen bør være en helt sentral brikke i fremtidens helsetjenester. Jeg er bekymret for at det å ikke se en slik satsning som en del av det totale hjelpesystemet, vil kunne ha store samfunnsøkonomiske og organisatoriske konsekvenser. Hvis eldre med psykiske lidelser ikke har andre å gå til enn fastlege og psykisk helsevern for eldre, står vi i fare for å skape systemer som fremmer psykisk uhelse. Istedenfor å komme tidlig inn med litt hjelp når et behov oppstår, vil systemene tillate sykdomsutvikling som gir store lidelsestrykk. Konsekvensen er unødvendig belastning for enkeltmennesker, økt trykk på hjemmetjenester og fastlegekontor, og lengre køer i psykisk helsevern for eldre. Sistnevnte bør ha fokus på alvorlige aldersrelaterede sykdommer som må utredes og behandles av spesialistene.

FRA ORD TIL HANDLING

Selvfølgelig handler styrkingen av psykisk helsehjelp i den øvre delen av livsløpet om politisk vilje. Jeg håper og ønsker at tematikken får plass i helsedebattene mot årets stortingsvalg. Kjære politikere: Ta oppfordringen og bring inn tematikken! Men ansvaret ligger ikke bare hos politikerne. Det ligger også i vår egen stand. Mange har fortalt meg at de kjenner igjen bruk av alder som prioriteringskriterier i spesialisthelsetjenesten når inntaksteam bestemmer hvem som skal få behandling og ikke. Ikke tillat at det skjer! De som allikevel har «våget» å ta inn eldre, enten det er enkeltpersoner eller par, har overrasket formidlet hvor fint det gikk. Fortsett å tørre, de fleste eldre har akkurat de samme behovene som andre.

Psykologisk forskning må begynne å inkludere arbeid med mennesker over 60 år. Noen få personers erfaringer er ikke nok til å endre samfunnsforholdninger, nasjonal tjenesteutvikling eller økonomiske debatter. Vi trenger et bedre kunnskapsgrunnlag! På lokalt plan trenger vi å utfordre kommunale tjenesters integrering av psykisk helsehjelp til eldre, både som en del av ordinære lavterskeltilbud og som en del av de tradisjonelle helse- og omsorgstjenestene. Vi trenger en styrking av denne kompetansen, gjennom tettere samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjeneste og en økning av andelen psykologer og andre med relevante videreutdanninger. En slik styrking vil være bra for enkeltmennesker, men vil også gjøre hele helse- og omsorgsfeltet til et bedre sted å jobbe.

Myndighetene har et stadig tydeligere fokus på livskvalitet og god psykisk helse i eldre alder, og samfunnsmessig fremheves helsehjelp oftere som noe mer enn bare medisiner. Min erfaring er at kompetanse på Eldres psykiske helse ønskes velkommen av alt fra fastleger og fysio-/ergoterapeuter til sykehjems-personale og hjemmesykepleie. En stor del av eldrepopulasjonen er heller ikke fremmed for psykisk helsehjelp som et alternativ til medikamentell behandling. Det er gode utgangspunkt for å bygge videre mot helhetlige og gode helsetjenester, også for de over 65 år. ✕



Krystallkulen finnes ikke

Ingen – heller ikke psykologer – har krystallkulen som kan forutsi våre handlinger.

TERJE GALTUNG, psykolog

BARNEVERN

PSYKOLOG THORE LANGFELDT skal overfor barneverntjenesten i en kommune ha garantert at en klient ikke ville komme til å forgripe seg på sin samboers datter så lenge han ikke ble utsatt for stress. (Aftenposten, 22. november.) Barneverntjenesten var før dette blitt alarmert om mannens overgrepshistorie, og hadde sørget for at han midlertidig flyttet ut fra hjemmet. Han var til samtale med barneverntjenesten og møtte opp med Langfeldt og advokat. I tillegg til sin garanti uttrykte Langfeldt også at det ville påføre mannen et traume dersom han ikke fikk feire jul sammen med familien sin. Dette må oppfattes som at et slikt «traume» ville være et stressmoment som kunne medføre fare for seksuelle overgrep. Barneverntjenesten stolte på Langfeldts garanti, tillot at mannen flyttet tilbake til kvinnen, og etterkom anmodningen om ikke å informere henne om hans overgrepshistorie. Konsekvensen var at barnet ble utsatt for seksuelle overgrep i de følgende to årene. Langfeldt har ikke korrigert Aftenpostens versjon av saken.

EKSPERTVELDE

Barneverntjenesten hadde et selvstendig ansvar for å ta standpunkt til om moren skulle informeres om mannens tidligere seksuelle overgrep, og kan ikke fraskrive seg dette ansvaret. I mange saker må barneverntjenesten støtte seg på ekstern ekspertise på vesentlige områder for sine beslutninger om tiltak. Selv om det var galt, var det forståelig at Langfeldts garanti virket overbevisende / overtalende for barnevernslederen. Garantien virker enda sterkere når den kommer fra den i landet med lengst erfaring med behandling av seksuelle overgrepere, og anses å være vår ypperste ekspert på området.

Kanskje burde barneverntjenesten fattet mistanke da Langfeldt karakteriserte manglende julefeiring sammen med en samboer som et traume for mannen.

Selv om dette er en ekstrem sak, har jeg gjennom mange år erfart at barneverntjenesten har fattet vedtak som de selv tviler på er riktige, men som er anbefalt av en ekstern sakkyndig psykolog. Jeg har sett flere tilfeller av hvordan slike anbefalinger har fått svært uheldige konsekvenser for barn. Så lenge den kommunale barneverntjeneste ikke har den nødvendige kompetanse selv, er dette både forståelig og svært uheldig.

Jeg mener konklusjonen landets barneverntjenester må trekke, er å skaffe seg sin egen ekspertise. I mellomtiden må de sørge for å være seg sitt selvstendige ansvar bevisst ved kritisk å vurdere slike eksterne ekspertråd fra fagfolk som ofte har minimal kunnskap innen barnevernfaget. ✘

Debattert

Eldrearbeid

Gir lite Vi er altså i den pussige situasjon at de eldre er dyrest i drift, men gir minst tilbake til arbeidsgiver.

Elin Ørjasæter i Morgenbladet 2. desember

Ramaskrik Hvis noen hadde skrevet en kommentar om at for eksempel kvinner eller innvandrere på generelt grunnlag var mindre intelligente, dyre i drift og ga minst tilbake til sine arbeidsgivere, ville det av gode grunner blitt ramaskrik. Av en eller annen grunn aksepterer vi slike beskrivelser så lenge det er snakk om eldre arbeidstakere.

Kari Østerud svarer Elin Ørjasæter i Morgenbladet 9. desember

Utkastere - Det kjøres en hard arbeidslinje overfor sprøytenarkomane, innvandrere og elever som har droppet ut av videregående fordi det er så viktig å få dem i jobb. Samtidig kastes folk ut i andre enden av arbeidslivet, folk som både kan og vil jobbe, bare fordi de er blitt 70, og som blir en belastning for velferdssamfunnet i mange år.

Frank Aarebrot til iFinmark 11. desember

Heilt med Lågare stillingsprosent har lite å seie for om eldre arbeidstakarar står lengre i jobben. Fridagar og bonusar derimot: «Redusert stilling kan virke mindre attraktivt enn same stillingsprosent med noko ekstra fri, fordi risikoen ved å miste status, oppgåver og prosjekt kan vere større. Anten er ein heilt med, eller så er det like greitt å slutte heilt.»

Åsmund Hermansen til Nynorsk pressekontor, 13. desember

Arbeidsliste for Psykologforeningens nye sentralstyre

Den gammeldagse måten å drive Psykologforeningen på skaper avstand, illojalitet og styrker pampe-imaget til foreningen sentralt. Det er derfor helt nødvendig med endringer.



ARNE HOLEN,

spesialist i klinisk nevropsykologi. Holen er medlem i Psykologforeningens testpolitiske utvalg, fondsstyret og valgkomiteen i Akershus lokalavdeling.

PSYKOLOG- FORENINGEN

LANDSMØTET 2016 er overstått, og i januar 2017 samles det nye sentralstyret for et tre dagers seminar der de begynner arbeidet med å planlegge den neste landsmøte-perioden. I løpet av disse tre årene må Psykologforeningen endre seg.

MANGLENDE INFORMASJON

Psykologforeningen tilbyr ingen enkel inngang til informasjon om den politiske ledelsens og sekretariatets gjøren og laden. Rett nok kan foreningens medlemmer logge seg inn på foreningens hjemmeside og se på gamle møtereferater. Men sakspapirene som legges ut *før* møter, er vanligvis tynne, og finner man at det skal behandles saker av interesse, kan man lese at saksvedlegg ettersendes, deles ut i møtet, eller lignende. Åpner man referatet *fra* møtet, er fortsatt ikke vedleggene å finne – akkurat som de obligatoriske referatene ikke finnes: Kun tre referater fra vårsemesterets møter i sentralstyret er tilgjengelige, de andre møtene finnes det ikke referat fra. Slik har det vært i mange år. Heller ikke Testpolitisk utvalg, som jeg selv sitter i, har noen god tradisjon for referat: Siste referat herfra er datert 11. februar 2016. Dette står i sterk kontrast til informasjonsstrategien vår sittende president fulgte da han ble valgt som president første gang. Da tok det ikke mange minutter fra han var valgt til nettsiden hans var oppdatert.

Etter at Psykologtidsskriftet endret kurs og kuttet ut «foreningsstoff», har ikke foreningen klart å opparbeide en god informasjonsflyt til det jevne medlem. Et eksempel: Vi har hatt fire streiker med visepresident Rune Frøyland som leder av Akademikerne Helse, og jeg vil hevde de alle har vært nødvendige og en suksess. Men medlemmene i helseforetakene vet ikke om eller når lønnsoppgjøret for 2016 blir effektivt. En slik mangel på informasjonsflyt kan ikke foreningen være bekjent av.

VALG OG GJENVALG

Valgkomiteen utpekte nylig det nye sentralstyret. Hvem utpeker valgkomiteen? Dagens ordning er at avdankede sentralstyremedlemmer kommer inn i valgkomiteen. Hele prosessen knyttet til valg på Landsmøtet fremstår som relativt lukket. Hva skjedde i 2016, da innstillingen fra valgkomiteen ble fremskyndet til å bli presentert i juni før lederkonferansen, og ikke i september, som er formell prosedyre og etablert praksis? Var grunnen at man ønsket å kvele en debatt om valg av visepresident? Eller var det andre årsaker?

Foreningen bør også spørre seg hvor mange perioder man både bør og kan sitte i sentralstyret og være president i foreningen. De senere årene har en håndfull kvinnelige visepresidenter blitt byttet ut på rekke og rad, både under



og utenfor Landsmøtet. Hva er valgkomiteens videre plan? I Legeforeningen velger de hele bølgeballetten en gang i året.

Heller ikke oppnevning av medlemmer til råd og utvalg preges av innsyn. I første kvartal 2017 begynner dette arbeidet, og selv om alle kan foreslå kandidater, vet vi lite om hvordan ting foregår etter at forslagene kommer inn og frem til sentralstyret vedtar kandidatene. Er det noen kjente og relevante kriterier for utvelgelse? Hvem er det som velger mellom «jevne» kandidater? Er det sekretariatet eller tillitsvalgte som gjør vurderingene? Så vidt jeg vet, skal jeg selv fortsette i TPU og i fondsstyret.

MANGLENDE KONTROLL

Psykologforeningen har landsmøte hvert tredje år, og det er her medlemmene og lokalavdelingene «vedtar» budsjetter for de neste tre årene. Det gir liten grad av kontroll, for ved Landsmøtet tre år senere, er det ingen som verken husker eller spør hva som har skjedd med pengene. Budsjettets vekst er alltid «nøkternt», og det uforutsette overskuddet disponeres av sentralstyret i treårsperioden. Sekretariatet er snart dobbelt så stort som for 10 år siden. Et eksempel på en dårlig beslutning var når man sist gang ikke lyste ut stillingen som fagsjef, men besatte den ved intern overføring. Dårlig økonomi var begrunnelsen. Psykologforeningen og den som ble tilsatt, hadde antagelig stått seg på en ryddig prosess med ekstern utlysning, der det viktigste er at denne type stillinger bør besettes av den som er best kvalifisert blant flere søkere.

Vi finner også en demokratisk lausunge i Psykologforeningen som kalles Lederkonferansen. Denne holdes hvert år og gir et inntrykk av medbestemmelse og informasjonsflyt. Men det gjøres ingen vedtak, og det skrives ikke noe formelt referat. Det gjør at medbestemmelsene er fraværende og informasjonsflyten er begrenset. Jeg vil hevde at i 2016 fikk også Lederkonferansen en ny funksjon: satellitt-møte til landsmøtevalgset. Siden innstillingen fra valgkomiteen ble fremskyndet med flere

UDEMOKRATISK Det er udemokratiske tendenser i måten Psykologforeningen er organisert på, mener Arne Holen i dette debattinnlegget. På dette bildet stemmer delegater på foreningens landsmøte i november i fjor. Foto: Psykologforeningen



Er det medlemmene og de tillitsvalgte som er til for sekretariatet, eller er det sekretariatet som er til for medlemmene og de tillitsvalgte?

måneder, ble lederkonferansen et sted der de fleste viktige tillitsvalgte og fremtidige landsmøtedelegater for første gang kunne diskutere valget. Lufta gikk ut av ballongen.

For noen år siden ble disse udemokratiske tendensene ytterligere utvidet. Det ble introdusert et eget møte for lederne av lokallagene. Jeg var med på de første møtene som leder i lokallaget i Akershus. Disse møtene har den samme uformelle formen som lederkonferansen, bare i mindre skala. Hele formatet er udemokratisk fordi sakspapirene bestod av (mange) slides på veggen og ikke noe referat.

MANGLENDE LEGITIMITET

Den offentlige diskusjonen om statusen til de som har studert i utlandet og søker norsk autorisasjon som psykolog, forteller også sitt om manglende bakkekontakt sentralt i foreningen. Helt uavhengig av realitetene i saken viser diskusjonene både på ulike Facebook-grupper og andre steder at det er liten lojalitet til foreningen og lav profesjonsbevissthet hos mange vanlige psykologer. Det haglet i ukesvis med ukvemsord og mishagsyttringer mot foreningen, og det virker som det er ganske mange psykologer som ikke har særlig mye til overs for hvordan ting gjøres i Psykologforeningen.

SEKRETARIAT OG TILLITSVALGTE

I Psykologforeningen har de sekretariatsansatte for mye makt. I mange sammenhenger oppfører de seg som om de har samme rolle som medlemmer som er tillitsvalgte. Vi kan se det i møter der ansatte er med på diskusjonene og fører an. Videre at de anser egne argumenter og synspunkter for å ha samme vekt eller relevans som de som kommer fra tillitsvalgte. Utenfor Psykologforeningens egne møter kan vi se den samme skjevheten ved at ansatte agerer på vegne av foreningen og anser seg for å ha et naturlig mandat selv om det ikke er formelt forankret. I Norsk psykologforening må vi stille oss spørsmålet: Er det medlemmene og de tillitsvalgte som er til for sekretariatet, eller er det sekretariatet som er til for medlemmene og de tillitsvalgte?

Det må endring til. Den gammeldagse måten å drive foreningen på skaper avstand, illojalitet og styrker pampe-imaget til foreningen sentralt. Vi lever i en tid med økende avstand fra eliten og til vanlige folk. Så også i Psykologforeningen. Det er en farlig kurs. ❌



Fejlsitat om delt omsorg

Furuholmen bør gå i sig selv.

MAI HEIDE OTTOSEN, seniorforsker, ph.d., Det Nationale Center for Velfærdsforskning

OMSORGSRETT

I ET DEBATINDLÆG om delt omsorg (Psykologtidsskriftet, vol. 53, nr. 12, 2016), citerer Dag Furuholmen mig for at bekræfte, at delt bosted skulle føre til en række positive outcomes for skilsmissebørn. Han refererer til et interview med mig, der blev bragt i dagbladet Politiken.¹ Der er tale om fejl-citering. I det pågældende interview gør jeg omvendt gældende, at jeg (på grundlag af multivariate statistiske analyser) ikke har været i stand til at eftervise, at samværsordningens omfang i sig selv har nogen betydning for børns trivsel. Derimod har bl.a. forældrenes samarbejds-kvalitet betydning for, om skilsmissebørn trives.

Der har gennem de sidste år været en intens og til tider giftig debat om det delte forældreskab i flere internationale akademiske tidsskrifter. Debatten er opsummeret i to artikler, som Furuholmen selv refererer til.^{2,3} De handler begge om, hvordan man kan forebygge, at forskningsresultater bliver misbrugt eller gjort til gidsler for en politiseret dagsorden. Disse artikler burde have ført til selvansagelse hos Furuholmen. ❌

.....

1. Politiken, 18. juni 2016
2. Emery, R.E., Holtzworth-Munroe, A., Johnston, J.R., Pedro-Carroll, J.L., Pruett, M.K., Saini, M. & Sandler, I. (2016), «Bending» Evidence for a Cause: Scholar-Advocacy Bias in Family Law. *Family Court Review*, 54: 134–149. doi:10.1111/fcre.12210
3. Sandler, I., Saini, M., Pruett, M.K., Pedro-Carroll, J.L., Johnston, J.R., Holtzworth-Munroe, A. & Emery, R.E. (2016), Convenient and Inconvenient Truths in Family Law: Preventing Scholar-Advocacy Bias in the Use of Social Science Research for Public Policy. *Family Court Review*, 54: 150–166. doi:10.1111/fcre.12211

Usikkert kunnskapsgrunnlag

Dag Furuholmen tar feil når han hevder at forskning med sikkerhet kan si noe om effekten av delt bosted for de minste barna.

I TIDSSKRIFT FOR Norsk psykologforening nr. 12/2016 hevder Dag Furuholmen at Bufdir er av den oppfatning at delt omsorg ikke er det beste for barna, til tross for at omfattende forskning viser det motsatte. Dette er ikke riktig. Vi ønsker derfor å få komme med noen presiseringer.

Kunnskap viser at det er best for barn at foreldrene i størst mulig grad samarbeider om og er like deltagende i utøvelsen av omsorgen for sine barn. Delt omsorg er ofte til barnas beste.

Dag Furuholmen henviser trolig til brosjyren «Barns beste ved samlivsbrudd», der vi gir uttrykk for at det bør utvises varsomhet med å etablere hyppige overnattings-samvær for de aller minste barna (0-3 år). I debatten om delt bosted som har versert det siste året, er det helt betimelig satt spørsmålstegn ved kunnskapsgrunnlaget knyttet til vår anbefaling for de aller minste barna (0-3).

I den sammenheng har vi vist til en svensk kunnskapsoppsummering fra 2015,¹ som kon-

kluderer med at det ikke finnes forskning som direkte og med sikkerhet kan fortelle oss noe om effekten av delt bosted for de minste barna. Det er derfor ikke riktig som Dag Furuholmen hevder, at det foreligger empirisk forskning som med sikkerhet kan fortelle oss noe om effekten av delt bosted for *de minste barna*.

Grunnen til at vi legger vekt på kunnskapsoppsummeringer, og da særlig systematiske oversikter, er at de er en syntese av alle relevante studier, basert på strenge inklusjonskriterier. Siden en systematisk oversikt stiller strenge krav til enkeltstudienes kvalitet og er en sammenfatning av disse, kan man, i motsetning til der det kun vises til enkeltstudier, trekke slutninger. Basert på en systematisk oversikt kan vi enten konkludere med at et tiltak har positiv eller negativ effekt, eller at det ikke finnes tilstrekkelig forskning til å konkludere i det hele tatt. Og det er det siste som er tilfellet her.

Det vil si at vi per i dag verken har tilstrekkelig kunnskap til å si at de minste barna tar skade av hyppige overnattings-samvær, eller til-



WENCHE MOBRÅTEN,

avdelingsdirektør i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet

OMSORGSRETT

1. Fransson, Bergström og Hjern (2015): Barn i växelvis boende – en forskningsöversikt



DELT OMSORG Per i dag har vi verken tilstrekkelig kunnskap til å si noe om de minste barna tar skade av hyppige overnattingsamvær, eller om de ikke gjør det, skriver Wenche Mobråten, avdelingsdirektør i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Foto: SchilderSchool/Pixabay.com



strekkelig kunnskap til å si at de ikke gjør det. Poenget er at vi ikke vet. Derfor bygger våre anbefalinger på det vi vet i henhold til generell utviklingspsykologisk kunnskap om de minste barnas behov. Og det vi vet, er at de aller minste barnas psykologiske kapasitet til å tåle stress er begrenset sammenlignet med de eldre barna. Både nervesystemet og kognitive funksjoner er langt fra ferdig utviklet, og behovet for stabilitet og kontinuitet er da særlig viktig.²

Brosjyren bygger nettopp på denne kunnskapen, som vi mener er tilstrekkelig til å gi generelle råd til foreldre om å *utvise varsomhet* når de skal lage en plan for overnattingsamvær for de aller minste. Det handler ikke om hvorvidt det er mor eller far som er best for barnet, men om barnets kapasitet til å skifte miljø og rutiner.

Det betyr ikke at ikke begge foreldrene skal være like deltagende og til stede i de aller minste barnas liv. Tvert imot. Vi mener det er mulig både å ta hensyn til de minste barnas begrensede kapasitet til skiftende miljø og deres behov

.....

2. Brandtzæg, Smith og Torsteinson (2012): Mikroseparasjoner, tilknytning og behandling

for faste rutiner, og å sikre at begge foreldre er involvert i den daglige omsorgen av barnet. Begge foreldrene bør være en del av barnets daglig rutiner, og det er begge foreldrenes ansvar å sikre dette. Det handler om å utarbeide gode samværløsninger som er til det beste for barnet.

For å styrke kunnskapsgrunnlaget ytterligere, og eventuelt avdekke kunnskapshull, har vi gitt Kunnskapssenteret for helsetjenesten i oppdrag å utarbeide en systematisk oversikt om effekten av delt bosted på barns utvikling og psykiske helse. Vi vil derfor vente til rapporten foreligger før vi vil vurdere behovet for ytterligere forskning.

Om vi noensinne vil få et entydig svar på at en bestemt samværsordning er til det beste for de aller minste barna, er tvilsomt. Hva som passer det enkelte barn og den enkelte familie, vil avhenge av ulike faktorer hos barnet og familien. Vi vil uansett fortsette å arbeide med å utvikle et best mulig kunnskapsgrunnlag for våre anbefalinger. I den sammenheng vil vi konsultere fagfolk og forskere på feltet og søke å enes/samles om hva de aller minste barna trenger når foreldre ikke bor sammen.✘

For kort og uforutsigbar overgangsordning

Overgangsordningen bør utvides, og psykologer som rammes, bør få en forhåndsgodkjenning av planlagt spesialiseringsforløp.



1. JANUAR 2015 lanserte Psykologforeningen nye regler for spesialistutdanningen med en overgangsperiode på fem år. Psykologer som ønsker å søke om godkjenning etter gammelt reglement, må fullføre innen utgangen av 2019. Frem til 1. januar 2020 er det også mulig å søke om spesialistgodkjenning med kombinasjoner av nye og gamle krav. På papiret ser dette greit ut, men fem års overgangsperiode viser seg i praksis å være for kort.

Informasjonen fra Psykologforeningen om overgangsordningen har ikke vært tilfredsstillende. Ved starten av overgangsperioden var det lite informasjon å finne på nettsidene, og få opplysninger ble gitt på samlinger i obligatorisk program. Ved direkte kontakt gir dessuten foreningen uklare svar. Vi i Yngre psykologers utvalg (Ypu) har fått flere henvendelser fra medlemmer som opplever utfordringer knyttet til den nye ordningen. Vi har formidlet våre bekymringer til foreningen gjentatte ganger gjennom ulike kanaler, men opplever manglende forståelse for konsekvensene disse endringene har for psykologer i spesialisering.

I teorien er det mulig å fullføre spesialistutdanningen innen overgangsperioden utløper, men kun med relevant og perfekt overlappende arbeidspraksis, slik at man jobber nøyaktig så lenge som påkrevd for hvert praksiskrav. Skulle man dessuten bli forelder i overgangsperioden, vil en foreldrepermisjon kunne ødelegge muligheten for å bli spesialist innen fristen.

FORENINGSANSVAR

I overgangsperioden etter oppstart av ny spesialistutdanning har det i de fleste spesialitetene

ikke vært mulig å velge et gammelt obligatorisk program. Dette fører til at en del psykologer må kombinere gamle praksiskrav og nye kurs. Disse vil oppnå for få kurstimer. Psykologforeningen kan per i dag ikke svare på hvilke ekstra kurs man må ta, og overlater det til hver enkelt psykolog å finne ut av. De forsøker videre å berolige gjennom å nevne at det vil være mulig å søke om spesialistgodkjenning etter en helhetsvurdering. Ypu mener dette er for vagt og skaper unødvendig usikkerhet. Ansvaret for å tilrettelegge for overgangen ligger hos foreningen.

Gjennomsnittlig tid brukt fra autorisasjon til spesialistgodkjenning har de siste årene ligget på omtrent syv år. Det er underlig at overgangsperioden er hele to år kortere. Om foreningen kategorisk forholder seg til overgangsperioden på fem år, vil noen i verste tilfelle risikere å måtte jobbe flere år ekstra for å oppfylle nye praksiskrav i spesialiteten eller ta et nytt obligatorisk program. Ypu mener at overgangsperioden må forlenges for å unngå at psykologer blir skadelidende som følge av foreldrepermisjoner og den tiden det tar å skaffe seg nødvendig arbeidspraksis. Videre mener vi foreningen må legge frem tydelige løsninger for hvordan psykologer som rammes av overgangsordningen, kan tilfredsstille krav til kombinasjoner av kurs, praksis og veiledning. Disse psykologene bør kunne få forhåndsgodkjent sin plan for spesialiseringsløp slik at ikke unødvendig tid og penger brukes på spesialistutdanningen. ✕

TEKST

Ingvild Rattsø Fasting og Ingvill Engvik Øvsthus, på vegne av Yngre psykologers utvalg (Ypu)

SPECIALIST- UTDANNING



KERSTIN SÖDERSTRÖM er barnepsykolog ved BUP Lillehammer og postdoktor ved Høgskolen i Lillehammer. Sammen med Tor Levin Hofgaard, Gerd Kristiansen og Saths Cooper er hun fast kronikør.

Tusen turer til gamlehjemmet

Et 91-årig hjerte slo de siste slag mens barnebarnet sang bestemor ut av livet.

- NÅ ER VI FRONTLINJEN for alvor, sa min mann etter begravelsen.

Egentlig hadde vi vært det operative leddet i tolv år, men nå var vi definitivt fremst i generasjonsrekken.

– Ja, nå skal vi ikke arrangere flere begravelser, svarer jeg og banker i bordet idet tanken på barna driver forbi.

– Nei, i hvert fall ikke sammen, smiler han.

Den siste av våre foreldre gikk bort i fjor. Et 91-årig hjerte slo de siste slag mens barnebarnet sang bestemor ut av livet. Det var vuggesangen hun selv pleide å synge, en kjent stemme, en rytme å slutte å puste i. Vi holdt rundt henne og lot henne dra. Det var vakkert og vemodig. Vi dvelte ved stunden i stille alvor og takknemlighet. Personalet kom inn og viste medfølelse og respekt. Det var blitt sent på kvelden da vi forlot sykehjemmet. Ute var det både mørkt og lyst, slik det også var i mitt sinn. På vei mot bilen snudde jeg meg og kikket opp mot den svære institusjonen, Norges største, med 186 plasser. Det hadde vært både min svigermors og min fars hjem i årevis. Generasjonshjulet tikket et hakk fram.

Noen ganger skjer det brått, andre ganger langsomt i høyst forskjellige forløp, men det skjer. Vi blir barn av foreldre som mister sin livspartner, som mister helsen. Min far ble enkemann samme år som den etterlengtede, frie pensjonisttilværelsen skulle ta til. «Før var min verden rund, den var en komplett kule. Nå er halvparten borte», sa han, med en uforglemmelig mine av tristhet mens armene laget en sirkel i luften. «Hvordan skal jeg noensinne kunne fylle det?» Han flyttet nærmere barn og barnebarn.

MED FORELDRE SOM HOBBY

Denne novemberkvelden hadde vi minst tusen turer til gamlehjemmet bak oss. Før det var vi hjemmehjelpere – med ansvar for tre husholdninger med full oversikt over Fjordlandsortimentet, kommunens tildelingskontor, vergemålsordninger og hjemmesykepleiens rutiner. Vi hadde ryddet

ut av to barndomshjem, flyttet de gamle inn i omsorgsboliger før de endte i det store sykehjemmet. Vi var fysioterapeutenes assistenter for å holde slagrammede kroppsdeler myke, og håndterte tidlige tegn på demens. Jeg måtte si til den stolte faren min at han burde gå til legen, og at jeg skulle være med.

Vi befant oss i episeneteret av fikse- og ordnegenasjonen med ansvar for tre barn og to gamle. Vi var omsorgspersoner i alle slektsposisjonene: barn, foreldre og, de siste årene, besteforeldre. Vi visste det ville komme, men ikke hva det innebar. I et ironisk øyeblikk i en slitsom periode fabulerte min mann og jeg om at det burde finnes en håndbok for denne livsfasen. Kanskje skulle vi samle våre erfaringer for de som kommer etter oss, i en slags hakke-spettbok, *Med foreldre som hobby*.

SNUOPERASJONER

Vi var parentifiserte førtiåringer. Det var jeg som pleide å be pappa om hjelp til barnepass og snekkeroppgaver. Så måtte jeg passe på han. Det var svigermor som beordret meg på sofaen med et varmt pledd når hun så jeg var sliten. Så var det vi som pakket pleddet rundt henne.

Parentifisering er et rollebytte som ikke er bra for mindreårige barn. For oss voksne er det bare uvant og krevende, og livets gang. Men når den sterke blir svak og foreldre får barnebehov, er det flere rollebytter å passe på. For den andre siden av parentifisering er infantilisering. Noen har vondt for å akseptere foreldres alderssvikselser, og kjefter, krenker eller overkjører. På omsorgsinstitusjoner risikerer den gamle å bli strippet for funksjoner og verdighet. Når bestemor som alltid har hatt et prikkfritt hjem, og vært pen i tøyet og på håret sitter som et bustehode og drikker av plastkopp med en stor papirmekke under haken, er det et verdighetsfall. Når de gamle parkeres foran TV-en for at pleierne skal få unna det høyst nødvendige, da er det verken verdighet, fellesskap eller noe som kan kalles et hjem.

ET HJEM?

Det startet med dobbeltrom og fortsatte i et lite enkeltrom med forheng foran dø, men med peis i stua, et koselig kjøkken, ti beboere og et stabilt personale, der den beste av de beste var på samme alder som beboerne. Det var det siste hjemmet før bestemor havnet på stort enerom på en effektiv avdeling med stordriftsfordeler.

Det kalles et Helsehus, en språklig piruett fra gamle hjem, via alders- og sykehjem. Så bare sykehjem, og nå «helsehus». Hva er det med denne overdrevne troen på språkets makt til å forme virkeligheten? For virkeligheten er at de 186 plassene er bebodd av svært syke eldre, uten utsikter til å bli friske. At dette er siste holdeplass før døden. At beboerne jevnt over er overmedisinert og legedekningen er ustabil, mens pleiepersonalet springer beina av seg. Jeg grøsser ved tanken på å havne der selv.

MED STØVLENE PÅ

Som research til denne teksten spurte jeg min datter om hva hun tenker om at nå er det vi som er eldst og snart svekkes og har behov for hjelp.

– Det er et lurespørsmål, svarte hun.

– Neida, jeg vil bare høre hva du tenker om det.

– Ja, nettopp, det er et lurespørsmål. Du spør om hvilken datter jeg kommer til å være når du blir gammel.

Hun hadde rett, selv om jeg ikke tenkte det akkurat da. Men i våre gjerninger overfor våre foreldre har vi hatt en sidetanke om at vi også er modeller for våre barn, at det vi gjør, får vi selv smake når det er vår tur. Men svaret kom. Det blir vanskelig å se at vi reduseres fysisk eller mentalt eller havner på et sted hvor omsorgen ikke er god nok, og at hun ikke er i stand til å gjøre noe med det. «en skikkelig skvis». Svigersønnen føyde til at han er bekymret for ensomhet. «Selv om det sikkert var et godt valg å skille seg den gang da, virker det så meningsløst at de til slutt skal sitte i hvert sitt hus og være ensomme.» Det slår meg at skilsmissebarna vil få ansvar for enda flere kjøleskap som skal fylles med mat som kan varmes i mikroen, mer dårlig samvittighet for at de ikke klarer å holde både mor og far med selskap i julen.

Vi var skjønt enige. Ønskesituasjonen er at vi foreldre skal være friske, leve lenge, hjelpe til og passe barnebarn, til vi plutselig en dag dør med støvlene på. Datteren min får innoverblikk før hun sier: «Det blir ikke noe hjertelungeredning etter 85!» ✕



Jeg måtte si til den stolte faren min at han burde gå til legen, og at jeg skulle være med

Kerstin Sæderström

Inntrykk

ANMELDT BOK

35 år med demens

Man kan ha det brukbart selv med demens.



KNUT ENGEDAL

En bok om demens. Husk meg når jeg glemmer. Pax, 2016. 236 sider

ANMELDT AV

Elisabeth Tuft Sand, spesialist i klinisk eldrepsykologi og organisasjonspsykologi, og arbeider ved Senioriklinikken, Asker

KNUT ENGEDAL innleder med å påpeke hvilken tragedie det er for den som rammes av demens. Han viser også til hvilke store samfunnsmessige utfordringer vi har i vente i de industrialiserte land, der andelen eldre vil øke og stadig flere vil få en demenssykdom på slutten av livet. Det at Engedal selv som lege har levd 35 år med demenssykdommer, må imidlertid være et ubetinget gode, både på individ- og samfunnsnivå. Nå har han skrevet en bok med folk flest som målgruppe, for å øke kunnskapen om demens generelt. Det tror jeg han har lyktes godt med. Som eldrepsykolog ønsker jeg denne boken hjertelig velkommen.

INSPIRATOR OG PÅDRIVER

Engedal beskriver på slutten av boken hvordan han som ung lege kom til geriatrisk avdeling på Ullevål sykehus. Det var nødvendig å gjennomføre et halvt års praksis for godkjenning som spesialist i allmennmedisin, «men det halve året ble til 35». Han ble slått av mangelen på fagbøker og kunnskap, og av hvor liten interesse det var for demenssykdommer. I tillegg var det stor mangel på tilbud både for pasienter og pårørende. Heldigvis er situasjonen en annen i dag, noe han dokumenterer i denne boken.

Selv har Engedal vært en inspirator og pådriver for hele demensfeltet gjennom år med sin spisskompetanse på demenssykdommer, kombinert med et blikk for praktiske tiltak og utvikling av nødvendige tjenester.

En bok om demens preges nettopp av dette tvisynet, der han først redegjør for ulike demenssykdommer, diagnostiseringsprosesser og behandling, for deretter å skrive om pårørende, omsorgstilbud, rettigheter og informasjon. Ustanselig dukker eksemplene opp, det han har sett og opplevd gjennom alle disse årene, er vevd inn i teksten.

Dette bidrar uten tvil til å gjøre boken lettlest.

Med glede konstaterer jeg at Engedal også går inn på temaer og problemstillinger som er høyaktuelle i møte med en som har fått en demensdiagnose. Eller for vedkommendes familie, med råd for eksempel når det gjelder bilkjøring, informasjon om økonomiske støtteordninger og tilbud i kommunene. Gjennom å være såpass konkret og formidle gode råd og erfaringer får han også anskueliggjort hvor store konsekvenser det har for et menneske å bli kognitivt og fysisk svekket, og hvordan det berører hele familien. I neste instans også samfunnet. Nærbutikken med den kjente butikkdamen er forsvunnet, togstasjonen er ubetjent, og

du henvises til en automat for billett kjøp, bankfilialen er nedlagt. Det mennesket som kunne ha vært der og støttet deg, er borte. Du er hjelpeløs. Det er et demensuvennlig samfunn vi er i ferd med å utvikle, i en tid med økende andel mennesker som får demens. Dette er et problem nå, og et enda større problem i fremtiden.

GRUNNLEGGENDE KUNNSKAP

Engedal gir en ryddig og lett forståelig fremstilling av forskjellene mellom normal aldring og demens. Deretter beskriver han særtrekk ved de vanligste demensformene: Alzheimers sykdom, lewylegeme-sykdom, pannelappdemens og vaskulær demens. Han har også laget skjematisk fremstillinger av symptombilder og progresjon. Boka formidler basiskunnskap om alderdom og demens som jeg mener folk flest vil ha nytte av. Jeg mener også at dette er såpass grunnleggende at helsearbeidere, inklusive psykologer, bør vite noe om feltet. Da er denne boka grei å starte med. Den tar heller ikke stor plass i bokhylla, så den lar seg presse inn med sine 21 x 15 cm, 2 cm tykk. Jeg har prøvd, og det gikk fint!

PESSIMISTISK OM PSYKOLOGISK HJELP

Jeg arbeider selv med eldre som målgruppe, og har følgelig kontakt både med mennesker som har demens, og ikke minst deres pårørende. Da jeg kom til overskriften «Psykologisk behandling», var jeg spent på hva som ble formidlet. Jeg håpet på noen gode, inspirerende ord som kanskje kunne lokke flere kollegaer ut i feltet. Men her møtte jeg ingen oppmuntrende formuleringer. Praktikerne Engedal kjenner virkeligheten. Han slår raskt fast at psykologisk behandling kan være til stor hjelp, men at det dessverre er vanskelig å få time hos psykolog. Han fortsetter deretter å skrive om andre gode sosiale tiltak som kan oppleves som givende. Der var den parkert. Men jeg tar det ikke personlig. Dessverre har han fullstendig rett. Verken han som er i krise etter å ha fått en Alzheimer-diagnose, eller en fortvilt ektefelle som har problemer med å håndtere utagerende atferd, vil ha noen spesiell nytte av en kvittering på at henvisning er mottatt, og at man nå er satt på en venteliste hos psykolog. Jeg legger imidlertid til her at det kanskje ville være mulig å få hjelp fra en psykolog i det offentlige helsevesenet, ved DPS eller ved alderspsykiatrisk poliklinikk. Dette kunne ha vært nevnt i boka.

SKAM OG FRYKT

Engedal påpeker gjentatte ganger at det er bemerkelsesverdig hvor mye skam og mangel på åpenhet som er knyttet til demens. Jeg har mange ganger reflektert over det samme, og jeg har lurt på om det har bidratt til at psykologer har vegret seg for å arbeide med demens. Selv har jeg erfart at mye kan gjøres, at det er meningsfullt. Engedal innleder boka ved å påpeke tragedien for dem som rammes, og deres pårørende. Han avslutter med å påpeke at det også er mulig å ha det brukbart, selv med en demensdiagnose. Nettopp i dette spenningsfeltet har jeg en oppgave som eldrepsykolog. Det er mulig å tenke annerledes om livet og dagen, legge færre planer, sette mer pris på det du fremdeles klarer. Og det er mulig å få til et bedre samspill mellom mennesker, støtte og gi råd. Det er mulig å arbeide med å forholde seg til uvisheten som alltid følger en slik diagnose.

Frykten for demens omtales også, og den møter jeg i hverdagen. Mange eldre er svært redde for å bli demente selv om det ikke foreligger symptomer på svikt. Noen har katastrofetanker om hvordan det blir å avslutte livet på sykehjemmet, innesperret og lidende. Andre har opplevd at foreldre fikk demens og har skremmende minner fra besøk hos mor eller far på sykehjemmet. Noe slikt vil de spare både seg selv og andre for. Tanken om å ta sitt liv ligger snublende nær. Også her har vi en jobb å gjøre, vi psykologer.

EN VISJON

Jeg håper på en radikal endring. Flere psykologer i kommunene åpner eksempelvis for et samarbeid med demensteamet, som gjerne har oversikt over behov, og som er sentrale i å organisere pårørendeundervisning. Kanskje bør sykehjemmene få regelmessige besøk? Kanskje kan pårørende få et gruppetilbud?

Knut Engedal er en skrivende mann som forteller at han fortsatt brenner for demens. Skulle han om noen år komme til å skrive enda en bok om demens, så håper jeg absolutt at «psykologisk behandling» beskrives med en rekke gode, konkrete tilbud, lett tilgjengelige og uten ventetid. Godt dekket opp av mange dyktige psykologer som brenner for demens like sterkt som Engedal selv. Eller vi får kanskje se boka *Psykologisk behandling ved demens*, selv sagt skrevet av en psykolog, og kanskje anmeldt av Knut Engedal? ❌



Det er et demensuvennlig samfunn vi er i ferd med å utvikle

Musikkens unike evne

Boken er et viktig tilskudd til det miljøterapeutiske arbeidet med skrøpelige eldre.



**Brynjulf Stige og
Hanne Mette Ridder
(red.)**

*Musikterapi
og eldre helse,*
Universitetsforlaget
2016, 280 sider

MUSIKK SOM ET terapeutisk virkemiddel har i løpet av de seinere år fått stadig større innpass i helsevesenet, men også i andre deler av hjelpeapparatet. Musikterapi anvendes blant annet innenfor psykisk helsevern, i rusbehandling, i rehabilitering av nevrologiske lidelser, i barnevernsinstitusjoner, i kriminalomsorgen, i omsorgen for psykisk utviklingshemmede og i omsorgen for personer med demens. At musikk og musikkaktiviteter har en helsebringende effekt uavhengig av kronologisk alder og funksjonsnivå, er det vel få som bestrider.

I boken *Musikterapi og eldre helse* får vi innblikk i hvordan musikk anvendt på en målrettet måte kan stimulere til kommunikasjon og samspill med skrøpelige eldre. Lindre symptomer, aktivisere, bevare restfunksjoner, dempe uro og bidra til helsefremmende fellesskap. Effekten av musikterapi ved ulike tilstander, slik som for eksempel ved hjerneorganiske lidelser, er også dokumentert i studier. Man har blant annet funnet at musikterapi kan bedre kommunikasjons-evne og redusere uro og bruk av beroligende medisiner hos personer som er rammet av demens.

GRUNNLEGGENDE MENNESKELIG

Boken har mange bidragsytere og er et samarbeid mellom norske og danske fagmiljøer innenfor musikterapi, med professor Brynjulf Stige, en av pionerene innenfor musikterapiet i Norge, og hans danske kollega Hanne Mette Ridder som redaktører. De øvrige bidragsyterne er først og fremst musikktapeuter som jobber med musikterapi i arbeid med eldre i ulike deler av helsevesenet, men også andre helseprofesjoner er representert.

Forfatterne av bokens kapittel 2, som omhandler musikk og hjerne i et nevrobiologisk perspektiv, er begge nevrologer og musikere. De peker på at musikk er en grunnleggende menneskelig aktivitet, og at musikalitet er en grunnleggende menneskelig egenskap. De viser til at musikk har en unik evne til å inducere nevroplastisitet, hjernens endrings-

evne, som innebærer at vi kan lære nye ting hele livet. For meg som leser er dette en svært viktig påpekning og påminning, ikke minst med tanke på at dette er en bok om eldre helse.

PRAKSISNÆR OG NYTTIG

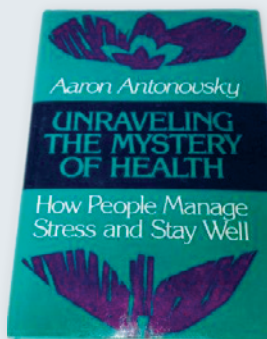
Boken er delt inn i fire hoveddeler med til sammen 21 kapitler. I del I gis et slags teoretisk bakteppe for hvorfor musikk anvendes som et terapeutisk redskap i møte med skrøpelige eldre. I del II er det fokus på musikk som samvær og hverdagspraksis, for eksempel i møte mellom generasjoner (babysang i demensomsorg). Del III tar for seg musikktapeutisk praksis, og er den delen av boken jeg opplever som mest praksisnær og nyttig. Her gis blant annet eksempler på musikterapi som et tiltak ved utredning og behandling i en alderspsykiatrisk institusjon, i behandling av personer med kronisk obstruktiv lungesykdom, i nevrorehabilitering og i palliativ omsorg. Alle kapitlene i denne delen har med kasusvignetter som er gjenkjennbare, og som har stor overføringsverdi. Del IV av boken omhandler samarbeid og fagutvikling, og plasserer musikktapeuten som en del av det tverrfaglige teamet i eldreomsorgen, med de utfordringene tverrfaglig samarbeid innebærer.

I det store og hele opplever jeg boken som et nyttig og viktig tilskudd til det miljøterapeutiske arbeidet med skrøpelige eldre, både hjemmeboende og de som bor i institusjon. En innvending er likevel manglende nyansering av hva det innebærer å bli eldre. Jeg opplever dessverre at denne boken, i likhet med svært mye av faglitteraturen om aldring og alderdom, har et overdrevent negativt syn på aldring. Jeg savner en introduksjon der aldringens mangfold og de store individuelle variasjonene i helse, funksjon, interesser og preferanser blir fremhevet. Dersom ikke dette perspektivet kommer frem, står vi alltid i fare for, utilsiktet, å presentere aldring og alderdom på en stakkarsliggjørende og litt nedlatende måte. ❌

ANMELDT AV

Linn-Heidi Lunde,
førsteamanuensis
i psykologi ved
Universitetet i Bergen

KLASSIKEREN



Aaron Antonovsky, *Unraveling the mystery of health* (1987)

Eg og Antonovsky sitt tankegods møttes ein mørk haustkveld i 2005 medan eg jobba med hovudoppgåva mi om familar i Noreg som hadde opplevd at vener og familie på Sri Lanka vart råka av tsunamien 26.12.04.

Eg hadde alt vandra i traumelandskapet nokre år, skogar av empiri på etterverknader, risiko og effekt av kumulative traume. Men eg var på leit etter teori – noko som kunne knyte saman og gi mening til all empirien eg kjende til. Det var Nora Sveaass som introduserte oss. Det var eit lukkeleg treff. «Kjensle av samanheng». Det gav umiddelbart mening. Gjennom å synleggjere helse og uhelse som delar av eit kontinuum opna Antonovsky opp landskapet og pirra nysgjerrigheita mi kring kva som gjorde bevegelse på dette kontinuumet mogleg. Boka gav optimisme – menneske klarer seg ofte godt, til tross for vonde opplevingar. Boka gav forståing – av kva som skjer om ein ikkje har med seg ei stabil oppleving av at ting er skjönelege, handterbare og meningsfulle. Men ikkje minst: Boka gav håp – om at bevegelse i retning helse-enden av kontinuumet er mogleg gjennom nye mønster av livserfaringar – uansett utgangspunkt. Etter dette første møtet har Antonovsky vore med meg, som ein gamal ven. Vissa om tankegodset har lege der, som noko å kvile i, og gjensynsgleda ved anledningar til djupdykk er alltid like stor.

*Signe Hjelen Stige utfordrar Malin Fors
til å ta stafettpinnen vidare*

Ferskvare



Motivererte eldre

Motiverende samtaler er en evidensbasert samtalemetode som passer i alle sammenhenger der man ønsker å få god kontakt, forstå og samarbeide med en person, eller å stimulere personen til å endre sin atferd, skriver Gyldendal Akademisk, som har utgitt boka *Motiverende samtaler – En praktisk håndbok for eldreomsorgen* av Barbro Holm Ivarsson og Liria Ortiz. Forfatterne mener metoden kan engasjere den eldre i løsningen av problemer i eget liv gjennom å lokke fram motivasjon og ressurser.



Beauvoir om alderdommen

Simone de Beauvoirs essay *Alderdommen* kom ut i 1970. I 2016, 46 år etter utgivelsen, har Vidarforlaget sørget for at den også finnes på norsk. Her viser Beauvoir hvordan ulike samfunn til ulike tider har marginalisert eldre mennesker og behandlet dem på en uverdigg måte. Selv om eksemplene er fra andre tider og andre samfunn enn Norge i 2016, er mange av de problemstillingene hun tar opp like aktuelle nå som da, ifølge forlaget. Boka tar tak i våre stereotyper, den inviterer til refleksjon, og den tilbyr nye synspunkter for alle som er engasjert i et av de betydeligste spørsmål i vår tid.



Hukommelse

I *Å dykke etter sjøhester* utgitt på Cappelen Damm, drar nevropsykolog Ylva Østby og søsteren hennes, journalist og forfatter Hilde Østby, ut på en rundreise i hukommelsen. De intervjuer ledende forskere på feltet, og skriver om falske minner, glemmel, hukommelsesteknikker og minnehoper. Forfatterne snakker blant annet med en mann som har mistet all hukommelse, en Utøya-overlevende, ti dykkere, fire stormestre i sjakk, en kriminaletterforsker og en operasanger.



Kurskalenderen

Oppføring i kurskalenderen gir mulighet for å forhåndsannonsere med henvisning til kursannonse som trykkes i en kommende utgave og/eller påminnelse om allerede annonsert kurs. Begrenset tekstmengde.

Pris eks. mva. for innrykk i tillegg til annonse i Psykologtidsskriftet:
1 innrykk kr 2 000,
2 innrykk kr 3 000,
3 innrykk kr 3 500,
4 innrykk kr 4 500.

Ønsker du mer informasjon eller bestille annonse på kurskalenderen kontakt oss på tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

MARS 2017

Destruktiv ledelse og mulige mottiltak

8.–9. mars

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs
og utdanning

Psykologforeningens toårige veilederutdanning for psykologer

Påmeldingsfrist 25. januar

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs
og utdanning

Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

16.–17. mars

Påmeldingsfrist 9. februar
For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs
og utdanning

NEPSY-II

23.–24. mars

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs
og utdanning

APRIL 2017

Rus- og avhengighetspsykologi

6.–7. april

For mer informasjon og påmelding
www.psykologforeningen.no/kurs
og utdanning

JUNI 2017

Psyk meg opp i ledelse!

Kurset består av tre samlinger med start
7. og 8. juni

Søknad om deltakelse sendes innen 8. februar
til tovema28@me.com

SEPTEMBER 2017

Modum Bad tilbyr spesialiseringkurs i psykoterapi

Toårig program med 10 samlinger som har
oppstart 25. september

For mer informasjon og påmelding se
www.kildehuset.no

NYHET!
Nå på norsk!



Leiter-3

– En nonverbal evnetest for barn og voksne

Leiter-3 (Leiter International Performance Scale, 3. utgave) er en nonverbal test for vurdering av kognitiv funksjon hos barn og voksne i alderen 3 til 75+ år.

Testen er helt nonverbal. Det gjør den spesielt egnet for vurdering av personer med vansker knyttet til språk og kommunikasjon, som f.eks. autisme, språkforstyrrelser eller de som ikke har norsk som førstespråk.

Leiter-3 består av 10 deltester, fordelt på et kognitiv testbatteri og et oppmerksomhets- og hukommelsesbatteri. Leiter-3 har beholdt det beste fra Leiter-R, men har også fått nytt innhold. Det nye testformatet og stimulusmaterialet gjør testen svært brukervennlig. Leiter-3 tar 75 minutter å administrere.

www.hogrefe.no

 **hogrefe**

- ledende på psykologiske tester i Europa



Kroppen i Psykoterapi

Anne Kristine Bergem (red.)

For å gi god behandling til et menneske med psykiske helseplager, må man se hele mennesket.

9788205497344 | 1. utgave 2016



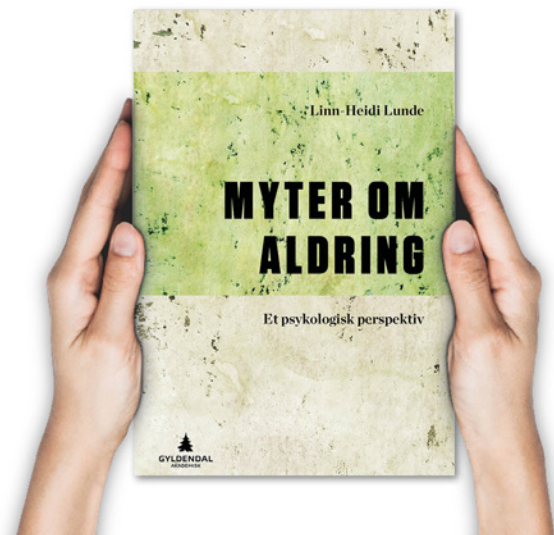
Psykiske lidelser

Hagen og Kennair (red.)

Boken gir en oppdatert kunnskapsbasis til forskere og helsearbeidere på temaet psykiske lidelser og hva dette innebærer, samt en veiviser for behandling.

9788205490260 | 1. utgave 2016

Er eldre mennesker mer ensomme enn andre?
Er eldre mennesker mindre omstillingsdyktige enn andre?
Har eldre mennesker nytte av terapi?



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Ny kontingentsats

Landsmøtet har fastsatt kontingent for 2017 til kr 6 885. Månedlig kontingent øker med kr 14.

Retningslinjer for nedsettelse og betaling av medlemskontingent finner du på våre hjemmesider:
www.psykologforeningen.no/medlem/medlemskap/kontingent

Søknad om nedsatt kontingent sendes til medlemsservice@psykologforeningen.no eller per post til:



Norsk psykologforening
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo



NORSK
PSYKOLOG
FORENING

Stempel med medlemslogo for psykologer

Som medlem av Norsk psykologforening kan du skaffe deg stempel med medlemslogo. Et stempel som viser at du er medlem av Psykologforeningen skal være et kvalitetsstempel, og kan for eksempel brukes til fakturaer, rapporter og innkallingsbrev.

Stempel kan kjøpes hos Aksess & Daylight as for kr 345. Dersom du ønsker egne opplysninger i tillegg til logoen er prisen kr 975. De oppgitte priser er inkl. mva og porto.



For bestilling av standard stempel med kun logo – send «Stempel med medlemslogo Norsk psykologforening» til firmapost@adprofil.no



Ved bestilling av individuelle stempler – kontakt: aage@adprofil.no

Nasjonalt Diabetesforum 2017

Diabetes – mange ansikter

30
AR

Diabetesforbundet inviterer til Norges største diabeteskonferanse for helsepersonell. Konferansen byr på et bredt program, og er en viktig tverrfaglig møteplass.

26.-27.april

 The Qube,
Clarion, Gardermoen

 Spesialpris for medlemmer
ved bestilling før 1. feb.

 Se mer på:
diabetes.no/forum2017

FAGSEMINAR FOR PSYKOLOGER OG PSYKIATERE:

Psykologiske utfordringer ved diabetes type 1 og type 2
- likheter og ulikheter ved de to tilstandene

Paralleller

Diabetes og psykisk helse: Helsepsykologi
«Diamanten» – en modell for mestring av kronisk sykdom v/Elin Fjerstad

Diabetes og psykisk helse: Fenomenet motivasjon
Interaktivt seminar v/Jon Haug

*Norsk psykologforening har godkjent kurset
med 17 poeng som vedlikeholdsaktivitet.*

Plenum

**Spiseforstyrrelser ved diabetes: beskrive
- forstå - å behandle**
v/Fin Skårderud

**Hva får mennesker til å endre atferd
- endringsfokusert rådgivning**
v/Ane Wilhelmsen Langeland



Helsedirektoratet

diabetesforbundet

Etterutdanning i Neuroaffektiv psykoterapi

3x4 dager med oppstart 30. mars 2017

ved Marianne Bentzen

 for mer informasjon om kurset gå inn på
www.kamaklinikken.com

Skal du flytte eller bytte arbeidssted?



Registrer ny adresse på
www.psykologforeningen.no
Min medlemsside
eller send e-post til
medlemsservice@psykologforeningen.no

erfaringskunnskap.org



For deg som er
interessert i
helse og sosial,
menneske og
samfunn

Den gode hjelperen, mennesker som jobber med mennesker

Når du velger et yrke i helse og sosial

Vår behandling av rusmisbrukere

Vi har verdens beste velferdsstat

mail@michaelbrandt.net

Om tvang i rusomsorgen

NAV ansatte og NAVere

Om mani og økonomi

Jobbe i helsevesenet

Er diagnoser bra?

Vold på jobben





Klinisk helsepsykologi i praksis

Psykologisk forståelse og behandling ved somatisk sykdom hos barn og voksne.

Målgruppe:

Konferansen passer for psykologer både i spesialisthelsetjenesten, primærhelsetjenesten og privat praksis. Konferansen er også åpen for andre faggrupper.

Årets konferanse har seks hovedtemaer:

- Sykdommer i mage og tarm
- Barn og unge i sykehus
- Konsekvenser av alvorlig sykdom: smerte, utmattelse og søvnvansker
- Palliasjon
- Kreft
- Psykologrollen i klinisk helsepsykologi

Temaene vil bli fulgt opp i plenumsforedrag og workshops med vekt på kliniske arbeidsmetoder.

Plenumsforelesere:

Robert Zachariae, Brjánn Ljótsson, Trond Diseth, Arnstein Finset, Nina Lang og Borrik Schjødt.

Psykologforeningens fagutvalg i klinisk helsepsykologi er faglig ansvarlig for konferansen. Konferansen søkes godkjent som vedlikeholdskurs til spesialistutdanningen for psykologer.

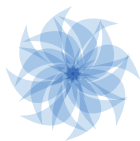
Sted og dato: Oslo, 20.-21. april 2017

Påmeldingsfrist: 16. mars 2017

Konferanseavgift: kr 2 800

Kursnr.: 922-17

Påmelding og fullt program: www.psykologforeningen.no/kurs og utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Utdannelse i psykoanalyse ved Norsk Psykoanalytisk Institutt

Norsk Psykoanalytisk Institutt mottar til enhver tid søknader til den psykoanalytiske utdannelsen.

Utdannelsen kan søkes av psykologer og leger med autorisasjon i Norge. Det forutsettes påbegynt spesialisering i psykologi, psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri.

Utdanningen er godkjent som obligatorisk program for spesialiteten psykoterapi for psykologer etter ny ordning. Godkjenning forutsetter fullført fellesprogram i Psykologforeningen før oppstart på seminar ved instituttet. Relevant klinisk praksis forutsettes.

Utdannelsen består av parallelle og samtidige læringserfaringer gjennom deltagelse i teoretiske samt kliniske seminarer over 4 år, personlig analyse, veiledning og skriftlig arbeid.

Interesserte kan henvende seg til Instituttets sekretariat for ytterligere informasjon. Se også instituttets hjemmeside, www.psykoanalyse.no, hvor det også opplyses om økonomisk støtte.

Søknad med yrkeserfaring (CV), levnetsbeskrivelse og kopi av autorisasjon sendes:
Norsk Psykoanalytisk Institutt, Fr. Nansens vei, 17, 0369 OSLO

Tlf. 22 60 58 20, E-post: post@psykoanalyse.no

Bestillingsfrist for annonser
til februar-utgaven er:

tirsdag 17. januar

Kontakt tidsskrift@psykologtidsskriftet.no,
tlf. 23 10 31 33.



**51 år's
Jubileum**

**PSYKOLOGI I
kommunen**

- Jubileumskonferanse

**“COMPLEX NEEDS
AND AUTISM”**



Barry Carpenter

**Gamle Logen
31. Mai 2017**



Stephen von Tetzchner

Meld deg på her:
<http://aspergerbedriftene.no/pik51>



EMDR Norge Dagskonferanse

Oslo 6. mars 2017

kl. 09.00–16.00 på Scandic Solli

Innleder: Michael Hase MD:

EMDR in the treatment of depression

*EMDR in the treatment of substance abuse
and addiction*

Årsmøte EMDR NORGE

Pris inkl. lunsj medl.: kr 1 300, ikke medl.: kr 1 500

Program og påmelding: www.emdrnorge.no

Følg Tidsskrift for
Norsk psykologforening på

facebook



Nevropsykologisk/nevrokognitiv undersøkelsesmetode for barn og unge

NEPSY-II

Kursnr 108-17. Oslo 23.–24. mars 2017

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister.

Målsetting

Kursdeltakerne vil få kunnskap om utredning med NEPSY-II og det blir anledning til å øve seg og lære hvordan man best administrerer det omfattende materialet. Det vil være fokus på nevropsykologisk tenking og forståelse, samt gjennomgang av mulige utfall på de enkelte deltestene. Dette danner grunnlag for en innføring i tolkning av resultatene.

Innhold og metode

NEPSY-II gjør det mulig å følge barn i alderen 3 år til 16 år med den samme undersøkelsesmetode. Den gir en unik funksjonsprofil for det enkelte barnet. Mentalisering og sosial persepsjon i form av affektgjenkjenning inngår i undersøkelsesmetoden og utgjør et 6. domene i tillegg til områdene oppmerksomhet- eksekutive funksjoner, språkforståelse, sensori-motorikk, visuo-spatial funksjon og hukommelse.

Kurset er et introduksjonskurs rettet mot nybegynnere og lett øvede NEPSY-brukere.

Om kurslederne

Kirsten Møller-Pedersen er spesialist i klinisk psykologi med fordypning innen nevropsykologi og i barn og unge. Hun har arbeidet i barne- og ungdomspsykiatrien med implementering av nevropsykologisk forståelse gjennom mer enn 25 år.

Anne-Siri Øyen er spesialist i klinisk psykologi med fordypning barn og unge og har doktorgrad i klinisk utviklingspsykologi fra Canada.

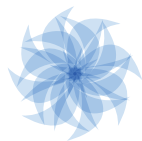
Kirsten Møller-Pedersen og Anne-Siri Øyen har undervist i NEPSY gjennom flere år og var også faglige konsulenter for Pearson i forbindelse med utarbeidelsen av den norske versjonen av NEPSY-II.

Medlemspris: kr 6 900

Avmeldingsfrist: 16. februar 2017

Kurset starter 23. mars kl. 9 og avsluttes 24. mars kl 17.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdskurs med 16 timer.



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Psyk meg opp i ledelse!

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 12 med første samling i juni 2017. Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som behersker verdibasert endringsledelse og som har god kunnskap om den virkelighet tjenesten skal være en del av. Dette omfatter selvinnsikt som leder, en forståelse av økende krav til kunnskapsbasert praksis, av behovet for oppfølgingen av myndighetskrav, innsikt i økt brukermedvirkning, samt krav til samhandling mellom tjenestenivåene.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og psykologspesialist Tove Mathiesen, Akershus universitetssykehus HF. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. I tillegg til forelesninger blir det anledning til å trene på å ta tak i utfordringer i deltakernes egen lederhverdag. Kurset er arbeidsintensivt og forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

7. og 8. juni 2017

6. og 7. september 2017

12. og 13. oktober 2017

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer. Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert.

Det er ingen kursavgift, men deltakerne betaler reise og opphold. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Vil du vite mer, se Tidsskriftet januar 2008 s. 74, februar 2008 s. 198 og mai 2008 s. 608.

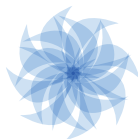
Spørsmål om kurset kan rettes til:

Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post tovema28@me.com

Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post li.ledelse@gmail.com

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, **sendes innen 8. februar 2017** til

Tove Mathiesen på e-post tovema28@me.com



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Valgfritt program – Rus- og avhengighetspsykologi

Programmet skal gi psykologer økte forutsetninger for å arbeide med utredning, behandling og rehabilitering av rus- og avhengighetsproblemer innenfor de ulike psykologtjenestene.

Målgruppe

Det valgfrie programmet i rus- og avhengighetspsykologi er godkjent til disse spesialitetene.

- Spesialiteten i arbeidspsykologi
- Spesialiteten i barne- og ungdomspsykologi
- Spesialiteten i familiepsykologi
- Spesialiteten i samfunns- og allmennpsykologi
- Spesialiteten i voksenpsykologi

Psykologspesialister kan søke opptak på samlingene som vedlikeholdsaktivitet, da stilles ikke krav til praksis og veiledning.

Påmelding

- Valgfrie program og obligatoriske kurs kan ikke gjennomføres samtidig
- For å kunne starte må du ha fullført alle fire samlingene i Fellesprogrammet
- Påmelding gjelder for hele programmet

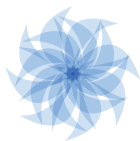
Sted og dato: Oslo, 6.-7. april 2017 (1. samling)

Påmeldingsfrist: 2. mars 2017

Medlemspris: kr 6 700 per samling

Kursnr.: 141-17

For påmelding og ytterligere informasjon,
gå inn på www.psykologforeningen.no/kurs-og-utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Suicidologi og vurdering av selvmordsfare

Målgruppe

Psykologer og psykologspesialister

Innhold

- metodeproblemer i selvmordsforskningen
- selvmord - et lavfrekvent og et multikausalt betinget fenomen
- viktige funn i suicidologisk forskning, som effekter av begrensning i adgang til selvmordsmetoder og spredningseffekter som følge av mediaomtale
- kunnskap om hvordan det går med personer som har utført et alvorlig selvmordsforsøk
- kunnskap om hvorfor det er så vanskelig å predikere selvmord på individnivå, samt den essensielle forskjellen mellom et prospektivt og et retrospektivt perspektiv
- kronisk suicidalitet og selvskading
- profesjonelles reaksjoner på selvmord og depresjon hos pasienter
- egne reaksjoner i møte med suicidalitet, overføring og motoverføring
- etiske dilemma ved selvmordsforebyggende tiltak på individnivå
- det anvendes reelle og anonymiserte eksempler

Det forventes at psykologen vil få økte forutsetninger for å vurdere risiko- og beskyttelsesfaktorer, samt å dokumentere selvmordsrisikovurderinger i journal.

Om kursleder

Psykologspesialist Kim Larsen er tilknyttet Regionalt ressursenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging, Region Øst/Sykehuset Østfold og Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging, Medisinsk fakultet, Universitetet i Oslo.

Kurset godkjennes som fritt spesialkurs og vedlikeholdsaktivitet med 16 timer.

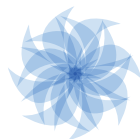
Sted og dato: Oslo, 16.-17. mars 2017

Påmeldingsfrist: 9. februar 2017

Medlemspris: kr 6 900

Kursnr.: 103-17

Påmelding via www.psykologforeningen.no/Kurs og utdanning



Norsk psykologforening – utdanningsavdelingen
Pb 419 Sentrum, N-0103 Oslo
Tlf: 23 10 31 30 | Fax: 22 42 42 92



Psykolog/Psykologspesialist – ledig fast 100 % stilling

Familievernkontoret for Haugalandet er et tilbud til innbyggerne i kommunene på Haugalandet.

- Familie-, par- og individualterapi og rådgivning.
- Mekling, foreldresamarbeid og tilsynsoppgaver.
- Forebyggende utadrettet arbeid (gruppetilbud, veiledning, kurs og undervisning.).

Kvalifikasjoner:

- Krav om relevant spesialitet (familie-, barn/unge og voksen).
- Det er ønskelig med klinisk erfaring fra familievernkontor og par-/familie-arbeid.
- Du må like å formidle fag i ulike utadrettede tiltak.
- Vi vil legge stor vekt på personlig egnethet og gode samarbeidsevner.

Kontaktperson for stillingen

Leder Kari Netland Simonsen tlf. mobil nr. 918 29 299

Lønn etter kvalifikasjoner og medlemskap i SPK. Søknad med CV sendes på epost:

Familievernkontoret.haugalandet@bufetat.no

Søknadsfrist innen 20.01.2017

SKF er en ideell aktør i familievernet som skal yte hjelp til familier, par og enkeltpersoner som opplever vanskeligheter i hverdagen. Hjelpen er uavhengig av trosretning og etnisitet. Tilbudet til brukerne er likeverdig det offentlige tilbudet, alle familievernkontorene har driftsavtale med Bufetat. SKF består i dag av 10 familievernkontorer som har daglig leder og merkantilt ansatte, i tillegg til terapeuter. Verdien respekt – vidsyn – vitalitet – håp etterleves i hele SKFs virksomhet.

PSYKOLOGTIDSSKRIFTETS MATERIELLFRISTER OG ANNONSEPRISER 2017

SPESIALPLASSERING:

1/1 side 4 farger plassert på 3. omslagside kr 19 500.

KURSANNONSER/RUBRIKKANNONSER:

Kurs, utleie av lokaler m.v. kr 24 per sp.mm.

Fargetillegg kr 11,50 per sp.mm.

Priseksempel for en 1/4 sides kursannonse i sort/hvitt kr 2 760, samme format i farger kr 4 083.

SMÅANNONSER:

Kun tekst, maks 4 linjer/170 tegn (sort) kr 1 450.

NETTANNONSER:

Pris for en stillingsannonse kun på nett er kr 10 850, pris for kursannonse kun på nett er kr 5 950. Nettannonsene har ingen frister, kan publiseres i løpet av kort tid, og ligger tilgjengelig i inntil en måned. For et tillegg på kr 4 450 kan kursannonser annonsert i Psykologtidsskriftet også oppføres på www.psykologforeningen.no under «Konferanser og kurs».

Alle stilling ledig-annonser innrykket i Psykologtidsskriftet blir også publisert, som en medlemservice, på www.psykologtidsskriftet.no/stillingsannonser

Nr	Materiellfrist	Utgivelse
2	17.01	01.02
3	15.02	01.03
4	20.03	03.04

ANNONSEFORMATER

1/1 side	1/2 side		1/4 side
Stående	Stående	Liggende	Stående
170x234	82,5x234	170x115	82,5x115

Priser stillingsannonser/profilannonser:

Format	4 farger	Sort
1/1 side	16 950	15 950
1/2 side	12 750	11 750
1/4 side	11 350	9 950

Alle priser er ekskl. mva.

For bestilling eller mer informasjon kontakt oss på e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller tlf. 23 10 31 33.

ALTERNATIV TIL VOLD

Alternativ til Vold (ATV) er en privat stiftelse som organiserer behandlingstilbud til mennesker med voldsproblematikk. Stiftelsen har 3 hovedmålsettinger: a) behandling, b) kunnskapsformidling og c) forskning. ATV driver 11 behandlingssentre i Norge, i tillegg til behandlingssamarbeid med ATV-kontorer i Norden. Klientgruppen er i hovedsak voksne som utøver vold. Noen kontorer arbeider også med voksne og barn som har vært utsatt for vold, og ungdommer som har utøvd vold / har aggresjonsproblemer. Stiftelsen har 56 ansatte, hovedsakelig psykologer.

Alternativ til Vold i Drammen, Tromsø og Stavanger har fått et utvidet familiemandat og søker nye medarbeidere!

Drammen:

1 psykolog/psykologspesialist/terapeut i 100 % fast stilling til å arbeide med barn og familier

Tromsø:

1 psykolog/psykologspesialist/terapeut i 100 % fast stilling til å arbeide med barn og familier

Stavanger:

1 psykolog/psykologspesialist/terapeut i 100 % engasjementsstilling

ATV gir et behandlingstilbud for mennesker som utøver vold i nære relasjoner – både kvinner og menn. Vi arbeider også med voksne og barn som har vært utsatt for vold. Familiemandatet innebærer også å øke utøvere og utsattes foreldrekompetanse. Arbeidet med volden vil ofte innebære samarbeid med andre instanser som barneverntjenesten, familievernkontorer og andre tilbud til barn og familier.

ATV arbeider kontinuerlig med å videreutvikle et familieperspektiv på vold i familien og dette er vårt faglige satsingsområde. Utvikling av god metodikk tilpasset voldsfeltet er derfor sentralt. Vi søker fornyelse og inspirasjon blant annet innenfor kunnskap og behandling av traumer og nyere utviklings- og tilknytningsteori.

For fullstendig utlysningstekst, se www.atv-stiftelsen.no

Tiltredelse: etter avtale.

Søknadsfrist: 16.01.2017

Søknader sendes på e-post til: Kine Blekkerud; jobb@atv-stiftelsen.no.

Adresse: Alternativ til Vold, Lilletorget 1, 0184 Oslo.

Speare AS er et bemanningsselskap med over 130 psykologer i løpende oppdrag. Selskapet er hovedleverandør til SOS International og Prescriba, samt har rammeavtale om psykologbistand til Vest politidistrikt, Trondheim kommune og Sykehusinnkjøp AS (HINAS).



Er du leder eller tillitsvalgt i offentlig psykisk helsevern?

Speare AS er av Sykehusinnkjøp AS (HINAS) tildelt rammeavtale om innleie av psykologspesialister til offentlig psykisk helsevern.

Ved behov for psykologer ved din seksjon kan oppdragsbeskrivelse sendes til Speare AS.

Privatpraktiserende psykologer som ønsker flere klienter eller oppdrag kan også ta kontakt.

Send e-post til speare@speare.no eller ring 92491497 for mer informasjon.

www.speare.no

MODUMBAD 
- en kilde til liv



Modum Bad er en diakonal, ideell stiftelse som skal fremme psykisk helse og livskvalitet, familierelasjoner og samliv ved behandling, forskning og forebygging.

Psykologspesialister/psykologer Avdeling for traumelidelser

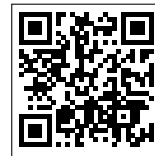
Ved avdelingen blir det ledig en 100 % fast stilling og ett to-års vikariat i 100 % stilling for psykologspesialist/psykolog. Tiltredelse: 1. mai 2017.

Kontakt:

Avd. leder Gun Abrahamsen,
tlf. 32 74 97 00

Søk elektronisk via
www.modum-bad.no

Her finner du også fullstendig utlysningstekst.



Søknadsfrist: 16. januar 2016

www.modum-bad.no



Sykehuset Innlandet HF



Sykehuset Innlandet HF er Innlandets største kompetansebedrift med omlag 8500 ansatte. Hos oss får du arbeide sammen med flinke og engasjerte fagfolk. Vi er alltid på utkikk etter dyktige medarbeidere!

Distriktpsykiatrisk senter Tynset har et opptaksområde på ca 21000 innbyggere. Vi har to behandlingssenheter, døgnettenhet med 10 plasser og voksenpsykiatrisk poliklinikk med integrert TSB/LAR team. Poliklinikken har 14 årsverk, inklusive 2 overleger, lege i utdanningsstilling, psykologspesialist, 4 psykologer, psykiatriske sykepleiere, psykomotorisk fysioterapeut.

Vi trenger din kompetanse

Psykologspesialist/psykolog

Fra 1/3-17 har vi ledig en fast stilling (100%) som psykologspesialist/psykolog ved Avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling - enhet for mottak. (Ref.nr. 3283774074)

Kontaktperson: Enhetsleder Bente Martinsen, tlf. 996 30 548 eller Psykologfaglig rådgiver Kirsti Stavø, tlf. 476 86 124.

Søknadsfrist: 25. januar 2017

Informasjon om våre ledige stillinger, se www.sykehuset-innlandet.no/jobb

HELSE  SØR-ØST

Kronstad DPS, allmennpoliklinikk Bergenhus søker:

Psykologspesialist

Kronstad DPS flytta i 2013 inn i eit nytt, flott og moderne bygg på Danmarks plass. Poliklinikken er organisert i 2 allmennpsykiatriske team og tar imot tilvisingar frå fastlegar, legevakta, sjukehuset eller private spesialistar. Kronstad DPS har også tilbod om dagleg akutt-time for vurdering av pasientar som treng dette. Vi samarbeidar med andre delar av Kronstad DPS som gruppebasert dagavdeling, sengepostane ved DPS og ambulant akuttteam

Vi har eit godt tverrfagleg samarbeidsklima, eit godt arbeidsmiljø og brei kompetanse mellom anna innan gruppepsykoterapi, psykodynamisk psykoterapi, kognitiv terapi, psykoedukasjon og biologisk behandlingmetodar.

Vi søker ein engasjert og positiv fagperson med interesse for poliklinisk arbeid og tverrfagleg samarbeid. Stillinga er fast i 100% med oppstart 01.03.2017.

Interessert?

Ta kontakt med Seksjonsleiar Kristin Johannessen **eller** Psykologspesialist/ teamleiar Guro Ulset på telefon 55956100

Referansnr.: 3288102144

Søknadsfrist: 16.01.2017

 **HELSE BERGEN**
Haukeland universitetssjukehus

Les meir og søk stilling:
www.helse-bergen.no/Jobb

Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Ambulant Akutteam - Salten DPS

Enhetsleder

- 100 % fast stilling.

Arbeidsoppgaver

Enhetsleder er ansvarlig for blant annet:

- å følge opp enhetens og medarbeidernes dokumentasjon iht. gitte retningslinjer
- enhetens drift, herunder økonomi og personalhåndtering og at all virksomhet skjer ihht gjeldende lover, forskrifter og reglementer.
- håndtering av personal-, økonomistyringsverktøy og øvrige lederverktøy som NLSH benytter
- at det utarbeides visjoner og mål for enheten i samarbeid med avdelingsleder og senteret forøvrig

For nærmere opplysninger kontakt Mette Moe, avdelingsleder, tlf. 926 30 459.

Søknadsfrist: 01. februar 2017

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÅNDA SKIPPIJVIESSO



Nordlandssykehuset HF har følgende stillinger ledig:

Salten distriktpsikiatriske senter,

Psykologspesialister

- 2x 100 % fast stilling.

Har du lyst til å bli en del av et spennende og utviklende fagmiljø?

Den ene p.t. med arbeidssted på det polikliniske psykoseteamet, den andre p.t. med arbeidssted i behandlerstab for døgnenhetene, tilknyttet allmennpsykiatrisk enhet D.

Salten distriktpsikiatriske senter (Salten DPS) er lokalsykehus for Salten-regionen med ca 79 000 innbyggere. Senteret omfatter to differensierte allmennpsykiatriske døgnenheter (enhet B og enhet D) og en døgnenhet/korttidsenhet rus.

For nærmere opplysninger kontakt Mette Moe, avdelingsleder, tlf. 926 30 459.

Søknadsfrist: 01. februar 2017

Fullstendig utlysning og elektronisk søknadsskjema:
www.nlsh.no

frantz.no



NORDLANDSSYKEHUSET
NORDLÅNDA SKIPPIJVIESSO



NAV Larvik – Utllysning Psykolog

Har du lyst til å arbeide innenfor spenningsfeltet arbeid og psykisk helse, samtidig som du stadig utfordrer og blir utfordret på HVEM KAN JOBBE? Da har vi stillingen for deg.

Vi må tenke nytt. En stor andel av NAV Larviks brukere har ulike psykiske utfordringer som påvirker deres mulighet til deltagelse i arbeidslivet.

Vi planlegger å ansette en psykolog i et toårig engasjement. Stillingsstørrelsen vil kunne variere fra 50 til 100 % avhengig av hva den som tilsettes ønsker. Ønsket stillingsstørrelse bes oppgitt i søknaden. Stillingen vil være tilknyttet vår fagstøtte, men skal jobbe sammen med ledere og medarbeidere på kontoret.

Denne tilsettingen vil være et prosjekt for å se på hvordan vi som NAV kontor kan nyttiggjøre oss psykologkompetansen. Stillingens innhold og arbeidsform vil derfor utformes i praktisk arbeid i toårs perioden.

Fokusområder i stillingen:

- Muligheter i arbeidslivet og arbeidsrettet aktivitet, til tross for psykiske utfordringer
- Fagstøtte for avdelingsledere innfor fagområdet arbeid og psykisk helse
- Jobbe både på system og individnivå
- Veilede veiledere som følger opp brukere mot arbeid
- Delta i prosjekter for avklaring av brukere
- Sammen med veiledere delta i samtaler for avklaring av brukere

Dine kvalifikasjoner:

- Ønskelig med tilleggsutdanning innenfor arbeid og psykisk helse
- Erfaring fra eller interesse for arbeidspsykologi
- Ønskelig med erfaring fra eller kunnskap om NAV

Vi tilbyr:

- Spennende og meningsfylte arbeidsoppgaver innenfor et viktig samfunnsområde
- Aktive og engasjerte kollegaer
- Lønnstrinn 60 til 65
- God pensjonsordning gjennom Statens pensjonskasse (fra lønnen trekkes 2 %)

NAV er opptatt av mangfold, og vi oppfordrer alle kvalifiserte kandidater til å søke jobb hos oss uansett alder, kjønn, funksjonshemming, nasjonal eller etnisk bakgrunn. NAV er IA-virksomhet, og vi vil legge forholdene til rette for søkere med redusert funksjonsevne.

Spørsmål om stillingen kan rettes til Nav v/leder Ulf Pedersen, tlf. 482 75 315.

Søknadsfrist: 16. januar

Fullstendig utlysning: www.nav.no/

NORSK PSYKOLOGFORENING

SENTRALSTYRET

President

Tor Levin Hofgaard
tor.levin.hofgaard@
psykologforeningen.no
918 65 931

Visepresidenter

Rune Frøyland
rfroey@online.no
450 30 522

Birgit Aanderaa
biraan@ous-hf.no
917 12 983

Medlemmer

Kjetil Kaasin
kjetil.kaasin@sthf.no
35 00 57 00

Geir Skauli
geir.skauli@skien.
kommune.no
907 90 513

Aina Holmén
aina@psykologforeningen.no
986 64 501

Ane Johnsen Lien
ane@bjornson.no
414 02 259

Jarle Refnin
jarref@so-hf.no
916 90 509

Børge Mathiassen
borge.idar.mathiassen@
unn.no
996 29 438

**Britt Randi Hjartnes
Schjødt**
bibihj@gmail.com
922 99 371

Studentrepresentanter

**Tuva Emilie Haugdahl
Røskar**
tuva.roskar@gmail.com
416 61 585

Rikke Pauline Sandvik
rikkepsandvik@gmail.com
905 74 666

Varamedlemmer

Nina Dalen
nina.dalen@
nevropsykolog.no
909 41 650

Joar Øveraas Halvorsen
joar.halvorsen@svt.ntnu.no
922 56 656

**Ragnhild Klingenberg
Stokke**
ragnhildkrokke@gmail.com
414 21 366

Anne Kulseng Berg
akulseng@online.no
928 60 119

LOKALAVDELINGER

Akershus
Trygve A. Sætherskar
tsaetherskar@hotmail.com
472 52 963

Aust-Agder
Maria Dreier Ludiaros
klu045@gmail.com
977 16 288

Buskerud
Aksel Lindstad
aksel.lindstad@gmail.com
984 17 100

Finnmark
Andrew Sak
Andrew.Sak@
tana.kommune.no
464 00 369

Hedmark
Ingvild Rattsø Fasting
ingvildrf@icloud.com
936 50 674

Hordaland
Bjarte Bruntveit
bjarte.bruntveit@helse-
bergen.no
909 98 052

Møre og Romsdal
Magne Storvik
magne.storvik@helse-mr.no
482 82 553

Nord-Trøndelag
Stein Aage Henriksen
stein.aage.henriksen@nav.no
472 37 900

Nordland
Adriana Ochoa
psykolog.adriana.ochoa@
gmail.com
482 40 790

Oppland
Marthe Ø. Nordberg
marthe.nordberg@
sykehuset-innlandet.no
61 14 50 51

Oslo
Inge-Arne Teigset
psykolog.teigset@gmail.com
22 02 92 44

Rogaland
Klara Øverland
klara.overland@uis.no
406 08 818

Sogn og Fjordane
Karen-Merete Bruland
karen-merete.bruland@
bufetat.no
991 08 520

Sør-Trøndelag
Morten Thorsen
morten.thorsen@nav.no
73 43 81 80

Telemark
Birgitte Lindøe
birgitte.lindoe@
borgestadklinikken.no
473 83 123

Troms
Elisabeth Growen Borch
elisabeth@njaal.net
988 75 422

Vest-Agder
Ann Birgithe S. Eikhom
abseikhom@gmail.com
971 29 052

Vestfold
Anne-Kristin Imenes
anne.kristin.imenes@
gmail.com
907 55 410

Østfold
Harald Sandnes
har-sa@online.no
930 94 209

FAGETISK RÅD

Gisken Holst, leder
Rådgivningstelefon
480 58 723, onsdager
kl 1500–1700

ANKEUTVALG FOR FAGETISKE KLAGESAKER

Knut Dalen, leder, e-post
knut.dalen@nevropsykolog.
no, tlf. 958 06 868

LØNNS- OG ARBEIDS- MARKEDSUTVALGET

Rune Frøyland, leder,
tlf. 450 30 522
Birgit Aanderaa, nestleder,
tlf. 917 12 983
Bjarte Bønes Bruntveit,
Spekter-helse, tlf. 909 98 052
Ingvild Gregersen, Spekter-
helse, tlf. 957 27 801
Lone Løvschall, KS,
tlf. 952 28 184
Marianne Sand, Stat,
tlf. 930 56 103
Helene Kindle-Skau, Virke/
HUK, tlf. 924 28 703
Knut Follesø, Privatpraksis,
tlf. 920 37 744
Erik Holand, Helse Nord,
tlf. 958 28 018
Mats Larsen, Helse Sør-Øst,
tlf. 952 80 577

FORHANDLINGS- UTVALG FOR PRIVAT PRAKSIS

Rune Frøyland, leder,
e-post rfroey@online.no,
tlf. 67 92 20 40

SPELIALITETSRÅDET

Birgit Aanderaa, leder,
e-post biraan@ous-hf.no,
tlf. 917 12 983

KVALITETSUTVALGET

Birgit Aanderaa, leder,
e-post biraan@ous-hf.no,
tlf. 917 12 983

FAGUTVALGENE**Felleselementene**

Per-Einar Binder, leder,
e-post per.binder@psykp.uib.no,
tlf. 995 00 313

Barne- og ungdomspsykologi

Krister Westlye Fjermestad, leder,
e-post kjf@frambu.no,
tlf. 942 01 947

Familiepsykologi

Hans Christian Lunder, leder,
e-post hans.chr.lunder@hotmail.com,
tlf. 994 82 181

Psykologisk arbeid med rus og avhengighetsproblemer

Eva Karin Løvaas, leder,
e-post eva.karin.loevaas@bergenclinics.no,
tlf. 55 90 88 00

Eldrepsykologi

Minna Hynninen, leder,
e-post minna.hynninen@psyk.uib.no, tlf. 404 53 564

Psykoterapi

Roar Olsen, leder,
e-post roar9@online.no,
tlf. 920 95 894

Voksenpsykologi

Else-Marie Molund, leder,
e-post else-marie.molund@psykologene.no,
tlf. 481 33 860

Nevropsykologi

Jørgen Sundby, leder,
e-post jorgen.sundby@uit.no,
tlf. 992 68 772

Psykologisk habilitering

Nils-Øivind Offernes, leder,
e-post nils@offernes.com,
tlf. 958 40 362

Arbeidspsykologi

Marit Hannisdal, leder,
e-post marit.hannisdal@diakonsyk.no, tlf. 950 65 234

Samfunn- og allmennpsykologi

Kjersti Hildonen, leder,
e-post kj_hildonen@hotmail.com, tlf. 907 85 288

Organisasjonspsykologi

Rudi Myrvang, leder, e-post rudi.myrvang@cut-e.no, tlf. 906 03 555

Klinisk helsepsykologi

Borrik Schjødt, leder,
e-post borrik.schjodt@helse-bergen.no, tlf. 990 27 309

GODKJENNINGS-UTVALGET

Odd Arne Tjersland, leder,
e-post o.a.tjersland@psykologi.uio.no,
tlf. 977 37 785

ANKEUTVALGET FOR SPESIALISTSAKER

Kim Larsen, leder, e-post kim.larsen@so-hf.no, tlf. 69 32 62 24

FAGUTVALG FOR RETTSPSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET

Kirsten Rasmussen, leder,
e-post kirsten.rasmussen@svt.ntnu.no, tlf. 73 59 78 33

STUDENTPOLITISK UTVALG

Rikke Pauline Sandvik, UiT, leder, e-post rikkepsandvik@gmail.com, tlf. 905 74 666

FORSKNINGSPOLITISK UTVALG

Roger Hagen, leder, e-post roger.hagen@svt.ntnu.no, tlf. 481 09 789

MENNESKERETTIG-HETSUTVALGET

Nora Sveaass, leder, e-post nora.sveaass@psykologi.uio.no, tlf. 958 09 001

TESTPOLITISK UTVALG

Jens Egeland, leder, e-post jens.egeland@piv.no, tlf. 908 91 121

YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG

Henriette Linnea Alsaker, leder, e-post ypu@psykologforeningen.no, tlf. 997 22 725

VALGKOMITEEN I NORSK PSYKOLOGFORENING

Jogeir Sognæs, leder, e-post jogeir61@gmail.com, tlf. 918 16 155

SEKRETARIATET

Tlf. 23 10 31 30
Ole Tunold, generalsekretær
Gøril Wiker, kommunikasjonssjef,
e-post goril.wiker@psykologforeningen.no
Per Halvorsen, webredaktør,
e-post per.halvorsen@psykologforeningen.no

Administrasjonsavdeling

Linda T. Grønås, administrasjonssjef,
e-post linda@psykologforeningen.no

Toril Dyrhovd, nestleder, e-post toril@psykologforeningen.no

Forhandlingsavdeling

Christian Zimmermann, forhandlingssjef
Joakim Solhaug, nestleder
Kontakt
forhandlingsavdelingen@psykologforeningen.no

Fagpolitisk avdeling

Andreas Høstmælingen, fagsjef, e-post andreas@psykologforeningen.no
Aina Fraas Johansen, nestleder, e-post aina.f.j@psykologforeningen.no

Utdanningsavdeling

Bjørnhild Stokvik, utdanningsjef, e-post bjornhild@psykologforeningen.no
Eva Danielsen, nestleder, e-post eva@psykologforeningen.no
Kontakt kurs@psykologforeningen.no

NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
Besøksadresse: Kirkegata 2
Tlf. 23 10 31 30
Faks 22 42 42 92
E-post post@psykologforeningen.no
Hjemmeside
www.psykologforeningen.no

For mer informasjon, se
www.psykologforeningen.no

TIDSSKRIFT FOR NORSK PSYKOLOGFORENING

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo
 Besøksadresse:
 Grev Wedels plass 4

FAGLIGE MED-ARBEIDERE I PSYKOLOG-TIDSSKRIFTET

Trine Anstorp, Regionalt ressurscenter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging
Kjersti Arefjord, Universitetet i Bergen
Eva Dalsgaard Axelsen, Universitetet i Oslo
Henning Bang, Universitetet i Oslo
Per-Einar Binder, Universitetet i Bergen
Anne Inger Helmen Borge, Universitetet i Oslo
Tim Brennen, Universitetet i Oslo
William Brochs-Haukedal, Norges handelshøyskole
Nikolai Czajkowski, Universitetet i Oslo
Knut Dalen, Universitetet i Bergen
Gudrun Dieserud, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Fanny Duckert, Universitetet i Oslo
Atle Dyregrov, Senter for krisepsykologi

Tor-Johan Ekeland, Høgskulen i Volda
Ståle Einarsen, Universitetet i Bergen
Hege R. Eriksen, Universitetsforskning Bergen
Anders Martin Fjell, Universitetet i Oslo
Magne Arve Flaten, Universitetet i Tromsø
Rolf W. Gråwe, St. Olavs hospital
Siri Erika Gullestad, Universitetet i Oslo
Roger Hagen, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Odd E. Havik, Universitetet i Bergen
Anthony Hawke, Familievernkontoret i Stavanger
Asle Hoffart, Modum Bad
Arne Holte, Nasjonalt folkehelseinstitutt
Hanne Haavind, Universitetet i Oslo
Reidun Ingebretsen, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring
Tine K. Jensen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress
Leif Edward Ottesen Kennair, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Stein Knardahl, Statens arbeidsmiljøinstitutt
Gerd Kvale, Universitetet i Bergen

Øyvind Kvello, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Kim Larsen, Sykehuset Østfold
Arild Lian, Bredtvet kompetansesenter
Gro Therese Lie, Universitetet i Bergen
Astri J. Lundervold, Universitetet i Bergen
June Ullevoldsæter Lystad, Oslo Universitetssykehus
Svein Magnussen, Universitetet i Oslo
Øyvind Lund Martinsen, Handelshøyskolen BI
Willy-Tore Mørch, Universitetet i Tromsø
Simon-Peter Neumer, RBUP Øst og Sør, Oslo
Geir Høstmark Nielsen, Universitetet i Bergen
Hans Nordahl, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen
Terje Ogdén, Atferdssenteret – Unirand
Ståle Pallesen, Universitetet i Bergen
Magne Raundalen, Senter for krisepsykologi
Sissel Reichelt, Universitetet i Oslo
Ivar Reinvang, Universitetet i Oslo
Astrid M. Richardsen, Handelshøyskolen BI

Jan H. Rosenvinge, Universitetet i Tromsø
Bjørn Rishovd Rund, Universitetet i Oslo
Frida Gullestad Rø, Universitetet i Oslo
Michael Helge Rønnestad, Universitetet i Oslo
Gro Mjeldheim Sandal, Universitetet i Bergen
Per Øystein Saksvik, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Borrik Schjødt, Haukeland universitetssykehus
Jan Skjerve, Universitetet i Bergen
Ingunn Skre, Universitetet i Tromsø
Arvid Skutle, Stiftelsen Bergensklinikkene
Lars Smith, Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse
Håkan Sundberg, Universitetet i Bergen
Frode Svartdal, Universitetet i Tromsø
Nora Sveaass, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo
Stephen von Tetzchner, Universitetet i Oslo
Odd Arne Tjersland, Universitetet i Oslo
Bente Træen, Universitetet i Oslo
Merete Øie, Sykehuset Innlandet HF
Simon Øverland, Universitetet i Bergen

Til bidragsyterne: Faglige bidrag sendes i redigerbar, elektronisk form (word-format) til sjefredaktør Bjørnar Olsen: bjornar@psykologtidsskriftet.no. Filnavnet skal inkludere navn på førsteforfatter. Bare ferdigstilte tekster blir vurdert. Ved oversendelse må manus være i overensstemmelse med retningslinjer og lengdekrav (psykologtidsskriftet.no, se: *Skriv for oss*). «Faglig bidrag» oppgis som e-postens tittel. E-postens hoveddel skal innholde navn på artikkel og forfattere, sammendrag på inntil 130 ord, og det totale antall tegn i bidraget (inkl. mellomrom). Det bør komme fram om artikkelen passer som f.eks. fagbulletin (maks 12 000 tegn), fagartikkel (18 000–28 000 tegn), fagessay (maks 20 000 tegn), «fra praksis»-bidrag (maks 15 000 tegn), eller «faglig innspill» (7 000–15 000 tegn). Avklar også om artikkelen bygger på en student- eller spesialistoppgave.

Abonnement: Tidsskriftet utkommer den første i hver måned. Medlemskap i Norsk psykologforening inkluderer abonnement. For ikke-medlemmer er abonnementsprisen for privatabonnement kr 1445 per år, bedriftsabonnement kr 2250, portotillegg utland. Løssalg ordinære utgaver kr 150 + porto/eksp.gebyr.

Annonser: Kontakt Unni Sandland, tlf. 23 10 31 33, e-post tidsskrift@psykologtidsskriftet.no eller www.psykologtidsskriftet.no, se: *For annonsører* for informasjon om annonsering.

Frist for innlevering av annonser:
 17.01, 15.02, 20.03, 18.04, 16.05,
 19.06, 17.07, 18.08, 18.09, 18.10, 17.11

