

# Økt behov - liten status

Antall eldre i Norge vil øke med over 40 prosent i løpet av de neste 16 årene. Vi vet lite om hvor mange av disse som vil utvikle psykisk sykdom, eller hvem som skal hjelpe dem.

TEKST:

**Per Olav Solberg**

PUBLISERT 4. april 2014



Ordet «eldrebølgen» gjentas til det kjedsommelige. Litt som «klimakrise» eller «oljefond». Ord som gjentas ofte, mister gjerne mening og dermed sin forbindelse med virkeligheten. Da gjelder det å være oppmerksom på begrepenes egentlige innhold.

Derfor litt fakta: Antallet personer over 67 år i Norge vil vokse fra ca. 700 000 idag til drøyt 1 million i 2030. Dette er en vekst på vel 40 prosent. I 2040 vil det være ca. 1,3 millioner mennesker over 67 år, nesten en dobling sammenliknet med i dag (tall fra Statistisk sentralbyrå).

Flere fakta: En rapport fra Folkehelseinstituttet i 2011 under navnet «Forekomst av psykiske plager og lidelser blant eldre» anslår at mellom 4 og 8 prosent av de over 65 år lider av alvorlig depresjon. Brukt på tallene over betyr det i verste fall at antallet alvorlig deprimerte eldre i Norge øker fra 56 000 til ca. 80 000 i 2030. Lite forskning her til lands på eldre og psykiske lidelser gjør tallene usikre, noe den samme rapporten også bemerker:

Hovedkonklusjon [...] er at vi har mangelfull kunnskap om forekomsten av psykiske plager og lidelser blant eldre i Norge over 65 år. Vi har få studier om dette her i landet, og det er heller ingen datakilder per i dag som kan brukes til slike forekomstberegninger. Rapporten er derfor først og fremst basert på en gjennomgang av nordiske vitenskapelige publikasjoner.

Det kan også virke som det er liten status og prestisje forbundet med å jobbe med eldre i terapi. Få psykologer prioriterer det, og en av konsekvensene er utstrakt bruk av psykofarmaka blant eldre. Det kommer fram i en fagartikkel i årets andre utgave av Psykologtidsskriftet, skrevet av Anette Ræder Brunvold og Linn-Heidi Lunde. I deres undersøkelse svarer 28 fastleger på spørsmål knyttet til henvisningspraksis. Av 245 eldre pasienter fastlegene mente trengte psykologhjelp, fikk kun – av dem henvisning til psykolog. Årsak: Det var for få psykologer å henvise til.

Artikkelforfatterne ser også på hvor mange psykologspesialister det er som har spesialkompetanse i klinisk eldrepsykologi. Kun 1,5 prosent (29 personer) har denne fordypningen. Den manglende interessen har bidratt til at Norsk Psykologforening avviker denne spesialiteten i dens nåværende form. Det er fortsatt mulig å fordype seg i eldrepsykologi/geriatri, men nå under paraplyen «spesialist klinisk voksen».

## **Alarm?**

Det er på dette tidspunktet i denne saken det er fristende å spørre: Er det krise i eldrepsykologien? En god kilde til å besvare dette spørsmålet bør være Inger Hilde Nordhus. Hun er professor i både eldrepsykologi og samfunnspsykologi ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, og har arbeidet innenfor feltet fra hun tok doktorgraden i 1993.

– Spørsmålet er vanskelig å svare enkelt på, det er avhengig av mange faktorer vi ikke helt kan overskue. Ikke minst av hvordan eldrebefolkningens helse vil utvikle seg over tid. Her er det mye usikkerhet. Fram til nå har folkehelsen generelt bedret seg, og man kan leve lenger og bedre med en rekke kroniske sykdommer og plager. Bedre kunnskap om og håndtering av kroppslige plager kan også bidra til mindre psykisk sykdom. Det er også undersøkelser som viser at eldre rapporterer bedre helse enn tidligere kohorter, sier hun.

Om denne trenden vedvarer, er imidlertid også usikkert:

– Også eldre blir fanget av iPad-en og andre digitale verktøy. Mye tyder på at tiden foran skjerm øker også blant dem, og at de blir mindre fysisk aktive. Vi kjenner ikke de helsemessige konsekvensene av dette. Det er imidlertid et faktum at budskapet om å være fysisk aktiv også har nådd de eldre. Media forteller om en markert økning i antall eldre som besøker treningssentre eller driver andre former for fysisk aktivitet. Det er likevel grunn til å spørre seg om de som har økt risiko for dårlig psykisk og fysisk helse, tilhører gruppen aktive eldre.

– *29 spesialister i eldrepsykologi og en massivt voksende eldre masse. For en journalist høres det kritisk ut.*

– I land som blant annet USA og Australia er det også svært få spesialister i eldrepsykologi, men der ser man en bevegelse i retning av at psykologer som jobber med voksne, også tar flere og flere eldre i terapi. Psykiske problemer som depresjon og angst hos en eldre person vil jo ofte være del av et problem som har fulgt personen fra yngre år, og dermed ha lite med alder å gjøre. Det er problemer som kan inntre i alle livets faser og hvor en psykolog ikke trenger spesialkompetanse innenfor alderspsykologi for å kunne hjelpe. Jeg tenker at det er viktig å se det allmenne over livsløpet. Å være redd når du er 18 år, er ikke nødvendigvis forskjellig fra å være redd når du er 70. Men hos 70-åringen kan det ha oppstått andre helseproblemer eller livhendelser som setter nye og skremmende skranker i livet, sier Nordhus.

– *Du kommer egentlig med en oppfordring til «vanlige» psykologer om å ha flere eldre i terapi?*



**FLERE ELDRE:** Antall personer over 67 år i Norge vil vokse fra ca. 700 000 idag til drøyt 1 million i 2030.

Illustrasjonsfoto: Alan Turkus / Flickr

– Vi vet at det er få eldre som får hjelp ved vanlige DPS-er, og det finnes nok fortsatt fordommer blant psykologer om å ha eldre i terapi. Som at endring er vanskelig å få til. Mye har altså med holdninger å gjøre. Når psykologistudenter er ute i praksis, bør det legges mer til rette for å kunne jobbe med eldre. Det kan bidra til å endre holdninger. Jeg tenker at grunnutdanningene i psykologi bør ha både spesialkunnskap og praksiselementer inn mot helseproblemer som særlig opptrer i eldre år. I tillegg trenger vi å sikre at studentene får klinisk erfaring gjennom å møte blant annet angst, depresjon og søvnproblemer hos eldre som lever aktive liv i familien og samfunnet, sier Nordhus.

**Mer forskning**

Det er heller ikke bare de eldre som blir flere. Også psykologer som har autorisasjon til å drive klinisk praksis, blir flere. I de siste årene har økningen vært på i overkant av 300 nye psykologer pr. år. Hvis denne økningen holder seg stabil, vil det i 2024 være rundt 10 300 psykologer med klinisk autorisasjon, mot dagens 7 300. Antall psykologer per capita vil da øke fra 1,4 i dag til 1,9 i 2024. Det kan være godt nytt for den voksende eldrepopulasjonen, men betinger at holdningene til eldre endres.

– Det er underlig hvordan alder plutselig blir sett på som en egenskap når mennesker runder 65 år. Som om det komplekse mennesket trer tilbake og kun alderen står igjen. Det er interessant å snakke med psykologer om hvilke forventninger de har til å ha eldre i terapi. Mange tror det handler mest om emner som død, tap og glemsel. Men virkeligheten er så mye mer nyansert. Som terapeuter må vi passe oss for å ikke gi de eldre en dagsorden som de ikke nødvendigvis har. Da går vi i aldersfellen.

– *Det forskes lite på eldre og mental helse. Hvorfor det?*

– Jeg tror forskningsfeltet også bærer preg av et noe fordomsfullt syn på eldre. I terapiforskning er det for eksempel vanlig at utvalget i de ulike studiene består av mennesker i aldersspennet 18–60 år. Hvorfor stopper man her? Jeg tror nok det kommer av at eldre blir sett på i et ensrettet lys, som at de først og fremst har behov for omsorg og pleie, som at de er ensomme, syke og hjelpeløse og derfor lager trøbbel for forskningsdesignen. Men dette synet er i ferd med å endre seg. Eldrebølgen er ikke bare et norsk fenomen, det er globalt. EU har i det siste utlyst flere forskningsprogrammer med særlig fokus på eldre og har vektlagt behovet for å styrke eldres muligheter til å klare seg lengst mulig i egne hjem, sier Nordhus.



ENSOMT: Eldre med mye alenetid kan ha økt risiko for utvikling av demens og kognitiv svikt, ifølge nederlandsk studie.

Illustrasjonsfoto: Walter Wolf / Flickr

Professoren i Bergen er også opptatt av hvordan eldrepopulasjonen endrer seg over tid. Framover er det 68-erne som trer inn i pensjonistenes rekke, med helt andre holdninger og liveserfaringer enn de som for eksempel var unge på 40- og 50-tallet. Dette har betydning både for egen helsesituasjon og hvilke forventninger man har til det å få helsehjelp.

– De som blir gamle nå, vet hva en psykolog er. De vil helt sikkert ha andre krav og forventninger enn dagens eldre til behandling og tilgang til ulike hjelpetilbud. Dette er en generasjon som er vant til å si fra, og som har skapt sterke fotavtrykk i samfunnet. Et skremmebilde for psykologene, hvis ikke holdningen til å ha eldre i terapi endres, er at andre yrkesgrupper og behandlere kan ta over dette markedet. Som coacher og andre terapeuter uten psykologisk fagbakgrunn. I jungelen av behandlingstilbud må psykologene få fram og være tydelige på hvorfor deres fagkunnskap er viktig.

*– Kan det tenkes at psykologers holdninger til å ha eldre i terapi faktisk kan endre seg i kraft av at det er 68-erne som nå blir gamle?*

– Det er et godt spørsmål, og det skal man ikke se bort ifra. Kanskje man ikke så lett plasserer denne generasjonen i den ensrettede «eldrekategorien», sier Nordhus.

Ulike eldre-kohorter har ulik helse. Den har bedret seg betraktelig over tid. Tall fra SSB underbygger dette. Blant annet levekårsundersøkelsen fra 2012. Den viser at personer som er 67 år eller eldre, vurderer sin egen helse som stadig bedre. I 2008 mente 68 prosent av de eldre at de hadde meget god eller god helse, mot bare 57 prosent i 1985. Tallet gikk imidlertid ned til 63 prosent i 2012, uten at årsaken forklares. Kan det være mer skjermtid og mindre fysisk aktivitet som her slår inn, som Nordhus har vært inne på?

Antallet eldre mellom 67 og 80 år som trenger pleie og omsorg, går også ned. Mellom 1998 og 2011 har de som mottar hjemmetjenester i denne aldersgruppen, falt med 30 prosent, ifølge SSB. I en artikkel på byråets nettside oppsummeres eldres helseforbedring over tid med to relevante spørsmål:

Vil trenden fortsette, og vil de eldre bli friskere og ha mindre behov for helsetjenester? Eller er det slik at bedre livsstil øker livslengden, men at livets siste fase likevel vil inneholde like mange år med dårligere helse og behov for pleie og hjelp?

Hva tenker Inger Hilde Nordhus om disse to spørsmålene?

– Igjen så er dette svært komplekst. Eldre-kohortene har jevnt over blitt friskere, det er riktig. Målt mot noen typer sykdommer, relatert til for eksempel røyking, blir helsen uten tvil bedre. Målt mot livsstilssykdommer som diabetes er det vanskeligere å si hvordan det vil gå på sikt, sier hun.

**«– Jeg tenker at det er viktig å se det allmene i livsløpet. Å være**

redd når du er 18 år er ikke nødvendigvis forskjellig fra å være redd når du er 70»

### **Inger Hilde Nordhus**

Nordhus er også opptatt av hvordan kunnskap om egen helse blir en stadig viktigere faktor:

– Flere og flere eldre er friske og lever et innholdsrikt liv helt til de forlater jorden. Andre får en del alvorlige aldersrelaterte sykdommer, som ulike typer demens. Så har du hele spekteret mellom disse to ytterpunktene hvor behovet for hjelp vil variere. De eldres oppfatning og kunnskap om helse spiller her en stor rolle. Mye kan forebygges. Adelsmerket hos det moderne mennesket handler ikke så entydig om å være rik eller fattig i tradisjonell betydning, men snarere om hvilke kunnskapsressurser man har tilgang til. De som har god kunnskap om egen helse, har et annet utgangspunkt for å holde seg frisk enn de med dårlig kunnskap. Samfunnet må nok ta innover seg at forskjellen mellom eldre som har god og dårlig helse blir større på grunn av kunnskapsforskjeller, tror Nordhus.

– *Hva bekymrer deg mest når du tenker på eldres psykiske helse?*

– Jeg tenker mye på helsesituasjonen til gamle som bor på sykehjem. Forekomstene av angst og depresjon er underrapportert, og bruk av psykofarmaka som symptomlindring er svært utbredt. Psykologhjelp er det derimot lite av. Jeg kan også være bekymret for eldre som sliter med ensomhet. En fersk studie fra Nederland avdekker hvordan ensomhet kan være en risikofaktor inn mot utvikling av demens og kognitiv svikt. Betydningen av sosiale møteplasser for eldre kan ikke kommuniseres sterkt nok. Det er en utfordring, ikke bare til psykologer, men til samfunnsplanleggere, arkitekter og – ikke minst – politikerne, avslutter Inger Hilde Nordhus.

### **Lettere tilgang til hjelp**

Fra et mer overordnet samfunnsperspektiv, skal vi nå bevege oss ned i materien, til eldrepsykologi i praksis og kommunehelsetjenesten. Helt konkret til Askøy kommune utenfor Bergen. Her jobber Fredrik Hansen til vanlig som eldrepsykolog, som den eneste [sic] i Norge. Akkurat nå har han permisjon herfra og er isteden tilknyttet Napha (Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid), hvor han blant annet jobber med nettverkssamlingene for landets kommunepsykologer. Disse er knyttet til den nasjonale satsningen på psykologer i kommunene. Helsedirektoratet har satt av 100 millioner kroner i inneværende år til dette formålet, som en del av opptrappingsplanen for psykisk helse. Per i dag har kun ca. – av kommunene egen psykolog, ifølge Norsk Psykologforening.

– *Hvor stort er behovet for kommunepsykologer som jobber spesifikt mot eldre?*



– Jeg tenker at behovet er stort og økende siden det blir flere i eldrepopulasjonen. Kommunepsykologen er et lavterskeltilbud. De som har behov kan kontakte oss direkte, uten å gå via fastlegen. Selv om det ikke skjer ofte i praksis, er det et viktig prinsipp. Det er pleie- og omsorgstjenestene i kommunene som tradisjonelt har hatt et helseansvar for eldrepopulasjonen. Men flere og flere eldre klarer seg lenger uten pleie- og omsorgstjenester og bor hjemme. Spørsmålet er hvem de skal forholde seg til i forbindelse med psykiske plager. Her opplever jeg at samfunnet har en del justeringer å gjøre for å møte noen behov. Jeg mener det kan være fornuftig å bygge ut et bedre lavterskeltilbud i kommunene rettet mot eldre. Opptrappingsplanen inkluderte i liten grad denne målgruppen, og få psykologer i kommunene har arbeidet mye mot denne delen av befolkningen, sier Hansen.

– *Det er omfattende bruk av psykofarmaka blant eldre. Er årsaken først og fremst dårlig tilbud om terapeutisk behandling, eller mer sammensatt?*

– Det er nok en blanding av mange årsaker, hvor dårlig behandlingstilbud er én av dem. Jeg opplever for eksempel at mange eldre har et problematisk forhold til begrepet «alderspsykiatri». En del av dem forbinder psykiatri-begrepet med lobotomi på 50-tallet eller filmen *Gjøkeredet* fra 70-tallet for å ta to eksempler. Poenget er at ordet er forbundet med noe skummelt for en del mennesker, og det er uheldig med tanke på å oppsøke hjelp. Vi bør finne mindre belastende begreper for å ufarliggjøre hva vi snakker om. I spesialisthelsetjenesten heter det nå psykisk helsevern når en refererer til BUP og DPS, mens tilbudet til psykisk syke eldre fortsatt refereres til som alderspsykiatri, påpeker Hansen.

**«- Jeg tror både kommuner og spesialisthelsetjenesten har mye å lære av alderspsykiatriske sykehus. De er gode til å tenke på tvers, å se hele pasienten og sammenhengen mellom fysiske plager og mentale tilstander»**

**Fredrik Hansen, eldrepsykolog**

– *Hva innebærer jobben som eldrepsykolog? Hvilke pasienter får du?*

– På lik linje med andre lavterskeltilbud er det viktig å være tilgjengelig og yte rask hjelp, uten lang ventetid. Jeg tilbyr korttids oppfølging inntil 10 samtaler. Pasientene jeg får, er vanligvis henvist fra fastlegen, eller fastlegen har bedt dem om å kontakte meg. Jeg drar også på hjemmebesøk til mennesker som sliter med å komme seg ut. Mange av pasientene sliter med lettere depresjon og angst, andre har behov for samtaler i forbindelse med tap eller belastende pårørende-roller. Noen har også mer alvorlige

plager. I slike tilfeller kobler jeg pasientene til andre tjenester og henviser videre til spesialisthelsetjenesten.

## **Savner helhetstenkning**

En annen vanlig problemstilling Fredrik Hansen møter, er utfordringer knyttet til fysiske funksjonstap, som svekket hørsel eller bevegelsesproblematikk. En konsekvens er at mange eldre blir sittende mye alene, isolert. De blir ensomme og sårbare for å utvikle depresjon og angstelse.

– Jeg spør meg ofte om hvordan man kan legge til rette for systemer som er sosialt inkluderende for de som har fått ulike typer fysiske funksjonshemninger på grunn av høy alder. Vi har ganske gode pleie- og omsorgstjenester i kommunene. Men disse er for temmelig syke mennesker hvor demens er utbredt. Dagsentrene har for eksempel ofte lite å tilby de som er kognitivt velfungerende. Det er behov for møteplasser som ikke finnes i dag og som kan virke forebyggende. Vi må se på hvilke tilbud vi gir til ulike grupper i eldrepopulasjonen, mener Hansen.

I tillegg til å gi individuell hjelp bruker Hansen mye tid på undervisning, konsultasjon og veiledning.

– Jeg forsøker å utnytte min kunnskap mest mulig effektivt og har brukt en del tid på å gi ansatte i sykehjem mer kompetanse i eldrepsykologi. Jeg bidrar også i tverrfaglige team i sykehjemmet, for å bistå i ulike saker. Hjemmesykepleien er en annen gruppe jeg jobber med, og som kan komme til meg hvis de har spørsmål om brukere. I tillegg holder jeg foredrag om aldring og psykisk helse i ulike fora for eldre rundt om i kommunen.

– *Hvorfor ble du selv interessert i eldrepsykologi?*

– Det begynte i studietiden da jeg var vikar i en trygghetsavdeling på et sykehjem. Mens jeg arbeidet der, ble jeg ferdig utdannet psykolog. Jeg la merke til at psykologhjelp ikke var en del av tilbudet til de eldre her, selv om behovet åpenbart var til stede. Jeg opplevde det som svært pussig da jeg som ferdig psykologutdannet spurte om å få lønn som miljøterapeut, og ble møtt med at jeg ikke hadde relevant utdanning

– *Hvor har kommunehelsetjenesten mest å gå på i tenkningen om eldre og psykisk helse?*

– Jeg tror både kommuner og spesialisthelsetjenesten har mye å lære av alderspsykiatriske sykehus. De er gode til å tenke på tvers, å se hele pasienten og sammenhengen mellom fysiske plager og mentale tilstander. Eldre mennesker har ofte kompliserte sykdomsbilder som både handler om psyke og soma.

Spesialisthelsetjenesten er gode på avgrensede områder, det ligger jo i navnet. Når eldre pasienter blir utskrevet fra sykehus og kanskje skal overføres til sykehjem, blir de ansatte informert om den somatiske helsesituasjonen. Men sykehjemmet får i liten grad vite noe om den psykiske helsen til pasienten. Er dette en engstelig pasient? Er det tegn til depresjon her? Dette er svært viktig informasjon for å kunne møte disse menneskene på en best mulig måte fra starten av sykehjemsoppholdet, avslutter Fredrik Hansen.



#### I NESTE UTGAVE:

Psykologtidsskriftet har snakket med tre psykologer på NKS Grefsenlia i Oslo, hvor alderspsykiatrien er høyt prioritert. Hvordan jobbes og tenkes det rundt Eldres psykiske helse på en alderspsykiatrisk sengepost?

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 51, nummer 4, 2014, side 298-304*

#### TEKST:

**Per Olav Solberg**, redaksjonssjef