

Särtryck Geropsykologisk forskning

Gästredaktör:
Boo Johansson
professor i geropsykologi
vid Göteborgs Universitet

Artiklar ur nr:
6/10, 7/10, 8/10, 9/10,
10/10 och 1/11

Rätten till ett normalt psykologiskt åldrande

Vi lever allt längre och de äldre blir allt fler. Därmed har intresset för geropsykologisk forskning ökat. Vad som är ett normalt psykologiskt åldrande är en central fråga, skriver Boo Johansson, professor i geropsykologi och gästredaktör för *Psykologtidningens* nya serie, som här presenterar en historisk överblick av forskningsfältet.

Forskning om åldrandets olika aspekter var länge begränsad, men i dag har intresset för geropsykologisk forskning stadigt ökat på landets psykologiska institutioner. Geropsykologin har en lång "förhistoria" med bas i ett allmänt intresse för åldrande och äldre, personliga erfarenheter av åldersrelaterade kognitiva, emotionella och andra funktionella förändringar. Den tidiga forskningen om psykologiskt åldrande var dock inomakademisk med liten bäring på praktiska tillämpningar. I vårt land inrättades dock ett antal psykologtjänster inom äldreomsorgen i slutet av 1970-talet. De psykologer som fick dessa tjänster efterfrågade geropsykologiska kunskaper och mer specifika arbetsmetoder, något som man sällan fått under sin grundutbildning där åldrande och äldre, med få undantag, lyst med sin totala frånvaro. Som någon sade: "Att livet fortsatte efter 20-årsåldern visste man väl, men i psykologiämnet verkade det snarare ta slut då".

Den bristfälliga kunskapsförmedlingen berodde på en då fortfarande tämligen utbredd okunskap parad med ett ointresse för åldrandefrågor. Forskning om åldrandets olika aspekter

var länge begränsad i Sverige. Mycket har dock hänt sedan 1970-talet och i nuläget ses ett ökande intresse vid flera institutioner i landet. Det var dock först 1991 som statsmakterna exempelvis fattade beslut om att inrätta en professur i psykologi med exklusiv inriktning mot äldre. Uppdraget gick till Göteborgs universitet och Psykologiska institutionen. För närvarande innehas denna av undertecknad. (Johansson, 2006; 2009).

Geropsykologins utveckling

Om gerontologins framväxt i Sverige finns viss dokumentation (Johansson & Malmberg, 2004). Däremot är det ingen som dokumenterat den internationella geropsykologiska utvecklingen lika ingående som Birren och Schrotts (2000, 2001). Den förre är en nestor inom området som redan 1959 publicerade den första handboken *Handbook of Aging and the Individual*. Den har följts av flera uppdaterade versioner, den senaste planeras komma ut i år (2010). Intressant nog är fortfarande James Birren en av huvudredaktörerna och detta 50 år efter den första utgåvan som han själv editerade. I dessa handböcker avspeglas de frågor som är och har varit

aktuella inom geropsykologin.

Det har även publicerats många andra böcker under senare tid, ofta med titeln *Adult Development and Aging*. Detta avspeglar det faktum att åldrandet i allt högre utsträckning ses som en fas i ett allt längre vuxenliv med start efter uppnådd biologisk mognad. Innehållet i dessa böcker skiljer sig starkt från den utvecklingspsykologiska litteratur som många tidigare exponerades för under sin utbildning. I den engelskspråkiga litteraturen används beteckningen "life-span" för att förtydliga den livslånga utvecklingen och där åldrandefasen i många avseenden också framhålls som en social konstruktion där pensions-system och liknande kan exkludera individer på grund av ålder.

Den psykologiska åldrandeforskningen var under de tidiga åren inriktad mot att beskriva och förklara de förändringar som uppträder med stigande ålder, vilket man ofta gjorde genom undersökningar av personer som redan uppnått högre åldrar. "Livet måste levas framlänges, men kan endast förstås baklänges", har Kierkegaard sagt. Citatet belyser något som kommit att bli alltmer centralt, nämligen att åldrandet måste betraktas i ett livsloppsperspektiv.



FOTO: MAGNUS GOTANDER

Efterfrågan på geropsykologisk kompetens ökar i takt med att befolkningen lever allt längre, skriver Boo Johansson.

tiv. Forskningen har därför kommit att inriktats mot faktorer tidigare i livet vilka kan ha betydelse för hur vi åldras, alltifrån den genetiska utrustning vi begåvats med till den fysiska, psykiska och sociala påverkan som sker under livet. Ett sådant "individ-historiskt perspektiv" lyfter även fram ett generations- och kohortperspektiv, där skillnader mellan gårdagens, dagens och morgondagens äldre är mer eller mindre framträdande.

En tidig svensk definition av geropsykologi, som jag själv tidigt föreslog, var "forskning om normal-psykologiskt åldrande, psykiska störningar/sjukdomar och andra faktorer som påverkar välbefinnande och bemästringsförmåga under åldrandet samt tillämpning av dessa kunskaper i behandling, omsorg och vård". Denna definition borde i dagsläget kompletteras med att denna forskning och tillämpning även måste inkludera "det livslånga utvecklingsperspektivet", där även tidiga faktorer uppmärksammas och där en ordentlig individanamnes behövs för att vi bättre ska förstå vilka faktorer som påverkar vårt åldrande och som gör att vi åldras olika.

Även om vi numera använder begreppet geropsykologi finns det skäl att påpeka att denna subspecialisering även har en motsvarighet inom gerontologin, som är ett "paraplybegrepp" för forskning om åldrande och äldre, alltifrån basal-biologiska studier till socialgerontologisk forskning om äldres levnadsförhållanden. Det centrala bio-psyko-sociala perspektivet, som är gerontologins signum, innebär att man söker förstå hur den komplexa påverkan av biologiska, psykologiska och sociala processer samspelar för vårt åldrande. I detta avseende erbjuder det 'gerontologiska paraplyet' en sammanhållning över disciplinräns. Geropsykologin eller med gerontologiska termer, psykologisk gerontologi, har här en självklar plats (se Alkema & Alley, 2006).

Ett normalt åldrande

Ett allt längre liv för allt fler och en alltmer åldrande befolkning har gett nya förutsättningar och utmaningar för både

individ och samhälle. Dessutom har det blivit ett påtagligt incitament för psykologisk forskning om åldrande och äldre. Den generella frågan handlar oftast om vad som är uttryck för ett normalt psykologiskt åldrande till skillnad från allmän ohälsa, sjukdom eller andra unika erfarenheter.

I fokus står individens förmåga att hantera både inre och yttre förändringar. Selektion, optimering och kompensation (SOK) är centrala bemästringsstrategier för denna psykologiska anpassning. Den biologiska reservkapaciteten minskar samtidigt som individen genom erfarenhet lärt sig hantera med- och motgångar. Individen har ett gediget underlag för att välja bort och samtidigt fokusera sin aktivitet

 **Den geropsykologiska forskningen står inför fortsatta utmaningar inom en rad olika områden**

mot livsområden där man upplever sig vara kompetent, vilket bidrar till att vidmakthålla funktion ("use it or loose it"). Kompensation refererar till de inre eller yttre anpassningar vi gör för att undvika svårigheter med att upprätthålla funktion.

Livet kan kanske i sin helhet ses som en lång selektionsprocess där vi mer eller mindre medvetet väljer och väljer bort. Frihetsgraderna för denna selektion är dock olika i olika åldrar och beror naturligtvis även på socioekonomiska förhållanden. Pensionärstillvaron innebär för många dock nya möjligheter att göra det man helst vill. Det samlade resultatet av SOK är ett gott, om än mer begränsat leverne som äldre.

I den tidiga psykologiska forskningen inkluderades kronologisk ålder endast som en variabel. Fokus låg på åldersskillnader snarare än på åldrandeförändringar. Efterhand som det livslånga utvecklingsperspektivet har lyfts fram ses nu åldrande som ett resultat av en

mix av biologiska, psykologiska och sociokulturella faktorer, bundna till tidsepok. Vår syn på åldrandeförändringar och åldersrelaterade förändringar har därmed förändrats. Ett skäl för detta är resultat från longitudinella studier, i vilka man följt individer över längre tider i högre åldrar. Dessa studier ger generellt en mer positiv bild av åldrandet än tidigare tvärsnittsstudier. Visserligen hade man tidigt konstaterat stora olikheter i funktionsförmåga bland äldre men de longitudinella studierna visade även en för många förvånande stabilitet långt upp i åldrarna. Kohort- och generationseffekter blev också påtagliga i dessa studier och visade på betydelsen av hälsorelaterade och sociokulturella faktorer betydelse för psykologisk funktion och välbefinnande. Vad som i genomsnitt ("medelvärde") är giltigt för en åldersgrupp kan alltså inte uppfattas som ett lagbundet samband för åldersutvecklingen för andra kohorter eller som ett uttryck för primära åldrandeförändringar.

Longitudinella studier har visat att mer påtagliga kognitiva förändringar framförallt kan relateras till sjukdom och ohälsa. Mest förödande är demenssjukdomarna som direkt slår mot våra högre hjärnfunktioner. Att tidigt kunna urskilja primära åldrandeförändringar från förändringar av annan typ är därför en uppgift som många kliniska geropsykologer ställs inför i sin dagliga gärning där man utreder oklara demens- och konfusionstillstånd och där minne och andra kognitiva funktioner ger tidiga tecken. En neuropsykologisk utredning är numera en självklar del vid en noggrann utredning av sådana tillstånd. Demenssjukdom utgör i dag ett betydande hot mot folkhälsan i hög ålder. Intensiv forskning pågår därför för att förbättra diagnostiken genom mer känsliga testmetoder.

Metodologiska utmaningar

Åldrandeforskningen möter en rad metodologiska utmaningar förutom frågan om undersökningsdesign. Behovet av metoder för flernivåanalys har exempelvis blivit allt mer påtagligt. Genom sådana analyser kan man ta hänsyn till

heterogeniteten inom en grupp (inter-individuella skillnader) samtidigt som man får mått på intra-individuella förändringar till olika tidsaxlar, till exempel kronologisk ålder eller retrospektivt i termer av år till död. Den longitudinella forskningen driver här fram alltmer förfinade analysmetoder. Vi kan numera alltmer framgångsrikt urskilja primära åldrandeförändringar ("naturligt eller normalt åldrande") från effekterna av sekundära förändringar (pålagringar av sjukdom och ohälsa) och de förändringar i psykologiskt välbefinnande och funktionsförmåga som kan relateras till avstånd till död, snarare än till tid från födelse.

Longitudinella undersökningar, främst av kognitiva funktioner, har visat att terminal nedgång är robusta fenomen. Risken för nedgång i funktionsförmåga ökar med närhet till död. Individer som avlider senare uppvisar mindre förändring eller stabil funktion. Eftersom ingen avlider på grund av ålder måste naturligtvis förklaringar till detta fenomen sökas i hälsorelaterade förändringar, vilka dock inte alltid visar sig i diagnostiserbar sjukdom. Flervetenskaplig forskning pågår här för att förstå mekanismerna bakom detta nedgångsfenomen. Kognitiva funktioner är av särskilt intresse då dessa tidigt verkar skvallra om subtila neurobiologiska förändringar som indikerar förestående död.

Äldres välbefinnande och psykiska hälsa är intimt förbunden med hur man klarar att anpassa sig till en alltmer försvagad biologi med ökade risker för sjukdom, ohälsa och funktionsnedsättning. Även förändringar i den sociala miljön ställer stora krav på anpassning, vare sig det handlar om att det sociala nätverket glesnar till följd av att nära och kära avlider eller att lära sig datorn för att inte straffas när man ska betala räkningar. Att känna sig behövd för andra är som i övriga faser viktigt även sent i livet, liksom känslan av att ha kontroll över vad som sker och vara förberedd på förändringar och förluster. Det paradoxala är dock att vi sent i livet med ett generellt försvagat biologiskt och socialt system konfronteras med allt fler utmaningar och förändringar



FOTO: MARIANNE TAN

”Åldrandet måste betraktas i ett livsloppsperspektiv

som hotar vårt psykiska välbefinnande. Detta till trots har forskningen visat att den psykiska hälsan är tämligen god sent i livet för de allra flesta. Äldre uppger att hälsan är god trots en rad olika sjukdomar. Sänkta kravnivåer och jämförelser med andra i samma ålder bidrar till en omdefiniering av hälsa, där den psykologiska dimensionen blir alltmer framträdande på bekostnad av för yngre viktiga dimensioner i hälsobegreppet.

Kunskapsbaserade tillämpningar

Den geropsykologiska forskningen har under de senaste 15 åren i hög utsträckning varit inriktad mot demenssjukdomar. Under senare tid har intresset ökat även för andra sjukdomar och tillstånd där psykologin borde kunna ge väsentliga bidrag. Att exempelvis identifiera och behandla depression och ångesttillstånd hos äldre kan dock vara svårare då det allmänna hälsotillståndet ofta är sämre. Benägenheten att söka hjälp för dessa problem är också mindre hos äldre.

För 50 år sedan förklarade man dock ofta sviktande kognition med ålder. Numera vet den informerade allmänheten att detta är kardinalsymptomen vid demenssjukdom. Den ökade kunskap som forskningen gett har alltså inneburit att vi frikänner det normala åldrandet för dessa förändringar. Med motsvarande ökade kunskaper om förutsättningar för psykisk hälsa under åldrandet kan vi förvänta oss att allt fler kommer att efterfråga professionell bedömning och behandling även vid andra psykiska

tillstånd där vi fortfarande ofta lägger förklaringen i hög ålder snarare än i fakta baserad på en förutsättningslös utredning.

Den geropsykologiska forskningen står inför fortsatta utmaningar inom en rad olika områden. Det är därför en angelägen utmaning att rekrytera nya kolleger till detta spännande forsknings- och tillämpningsområde. Vi har inte bara ett egenintresse av detta utan vi ska även som äldre kunna kräva att forskningsbaserad kompetens om åldrande och äldre ska finnas och erbjudas alla som så behöver. ■

BOO JOHANSSON

professor i geropsykologi vid Göteborgs universitet

REFERENSER:

- Allkema, GE & Alley, DE (2006). *Gerontology's future. An integrative model for disciplinary advancement*. The Gerontologist, 46, 574-582.
- Birren, J E & Schroots, J F (eds) (2000). *A history of geropsychology in autobiography*. American Psychological Association.
- Birren, J & Schrotts, J F (2001). "The history of geropsychology" I Birren, J & Schaie, K (eds) *Handbook of the psychology of aging*. New York: Academic Press, Inc.
- Johansson, B (2006). "Åldrandets psykologi vid en medelålders institution" i Fahlke I. (red): *Ett ämne blir till. Psykologi i Göteborg – en kort historia med ett långt förflutet*. Psykologiska institutionen, 50 årsjubileum.
- Johansson, B (2009). "Geropsykologin i grannlandet Sverige: Perspektiv och erfarenheter" i Nygård, A-M, Utne, T E, Arnfinnsen, E & Eek, A (red). "...d'er ofte godt som dei gamle taler". Gamle under lupen – bidrag till forståelse av aldring. Forlaget Aldring og helse: Tonsberg, Norge.
- Johansson, B & Malmberg, B (2004). *Gerontology in Sweden. A research and institutional perspective*. Contemporary Gerontology, 11, 2, 55-59.

Sorg och ensamhet vid förlust av närstående

I en studie av tusen änkor, ansåg 40 procent att tiden före dödsfallet var den svåraste. Den perioden kan bli så lång och svår att anhöriga behöver stöd även i ett förtida sorgeskede, skriver psykolog och Med dr Agneta Grimby, som är forskningsledare i Änkeprojektet i Göteborg.



Utan dej

*Trehundra sextio dagar
Däribland en skottdag
En sorgedag jag fick på köpet
En extra pålaga*

*Varje dag har tjugofyra timmar
Några för lugn klarsyn
Några för svart förtvivlan
Några för mjuka tårar
Några för skratt och glädje
Varje timma har sextio minuter
Det gör 31 miljoner 622 tusen 4 hundra
sekunder
Utan Dej Din hand Din tanke Dina ögon*

(Utan dej ur diktsamlingen *Bilder i moll* av framlidna Karin Blomqvist)

Förmodligen skulle mitt tilldelade spaltutrymme kunna fyllas enbart med Karin Blomqvists dikter om livet, kärleken, döden och sorgen. Och samtidigt fånga merparten av det som är omöjligt att ge ord för i en forskningsrapport om sörjandereaktioner – hur nära sorgens dignitet jag än försöker komma. Meningarna blir lätt platta, berättade i andra hand och komna ur forskarmun, även om jag också upplevt sorg för egen del. För ingen kommer undan – och ska väl inte det heller för att känna att man lever eller har levat.

Karin blev änka två gånger om innan hon dog över nittio år gammal. Efter att idogt ha försökt hos olika förlag att få sin diktsamling *Bilder i moll* publicerad, skickade hon manuset till mig med budskapet: "Kanske kan du ha nytta av dikterna i din verksamhet med gamla och sörjande". Vilken skatt jag höll i mina händer! En enastående gåva att förvalta för en gerontolog – som dessutom själv

höll på att åldras. Karin är död sedan några år. Tyvärr hann hon inte få uppleva sin diktsamling bli tryckt och läst. Men hon hann se flera dikter citerade i mina artiklar för svensk publik.

Tillfällena att få sorg i olika skepnader ökar förvisso med åren. Sorgen då en närstående går bort har emellertid skiftande innebörd för oss alla. "Hur ska det gå för min mamma nu när pappa är borta. Hon sover inte, går inte ut, magrar och vill helst komma i jorden, hon också". Jag har ofta blivit tillfrågad om en förutsägelse. Att försöka förutspå hur en människa kommer igenom en svår förlust är beroende av så många variabler att det är hart när omöjligt. Vetskap om ålder, kön, personlighet, stödmöjligheter, fysisk och psykisk hälsa, kvalitet i relationen, ekonomi, gudstro, tidigare utsatthet och copingförmåga, plötslig och traumatisk död, med mera, räcker inte för en prognos hur framtiden för änkan eller änkemannen blir. Hon eller han klarar sig kanske bättre – eller sämre – än man kunnat ana. Botten i det svarta hål som många efterlevande berättar om, kan vara både grundare eller djupare än de själva och omgivningen trott. Ibland har förlusten mot förmodan även fått påtagligt positiva konsekvenser; emellanåt går den efterlevande själv i graven.

Oro för ensamhet

Samstämmigheten kring den av förlusten orsakade ensamheten är dock stor. Oro för ensamhet och isolering kan för många närstående till svårt sjuka och döende dock börja långt före dödsfallet. "Redan när Holger fick sin cancerdiagnos, visste jag vad som väntade både honom och mig." I en studie av tusen änkor (i alla åldrar), ansåg 40 procent att tiden före dödsfallet hade varit den svåraste. Det vi kallar den antecipatoris-



FOTO: BIBBIE FRIMAN

Agneta Grimby har sedan 1995 tagit fram flera studier om åldrande och sorg inom det så kallade Änkeprojektet.

ka sorgeperioden, när man genomlever att någon anhörig tynar bort i sjukdom, tär på alla känslomässigt involverade parter. Den tidsperioden kan bli så lång och svår att den kräver, att stödmöjligheter även erbjuds i ett förtida sorgeske-

de (Grimby et al 2009). Vår sorgforskning vid Geriatriken på Sahlgrenska Universitetssjukhuset, det så kallade Änkeprojektet som startade 1995, har antytt att tidigt insatt stöd till efterlevande kan hålla nere sjukvårdssatser och dödlighetstal på samma nivå som gäller för gifta äldre. Kunde man skatta kostnaderna i sorgens spår (till exempel i form av utgifter för vårdkonsumtion, ökad ohälsa, läkemedel, sjukskrivningar för yrkesverksamma, påtvingade flyttningar), skulle måhända sjukvårdshuvudmän och politiker lättare förstå att ett tidigt insatt stöd i sorgen (där sådant behövs) gynnar både samhällsekonomi och den enskildes fortsatta existens. Ty, för fem upp till hela 15 procent av de efterlevande kan livet ta

SERIE: Geropsykologisk forskning

en så abrupt vändning, att den sörjande får uppenbara psykiska svårigheter, depression eller ångestsyndrom (Clayton 1990).

Psykiska och fysiska reaktioner

Ensamhetskänsla, nedstämdhet, ångest, sömn-, minnes- och koncentrationsproblem, oro för framtiden och sänkt självkänsla är vanliga psykologiska reaktioner. De uppträder ofta tillsammans med fysiska reaktioner som allmän sjukdomskänsla, yrsel, ont i huvud, bröst, hjärttrakt, mage och leder, ibland med en intensitet så stark att man tror sig vara allvarligt hotad av sjukdom. Ofta känner man besvären komma från det organ som orsakade makens eller makans död. För många efterlevande medför detta en veritabel rundgång på vårdcentraler, hos allmänläkare och specialister. Detta gräver djupt i både den egna och samhälleliga portmonnän. Oftast får den vårdsökande gå hem med oförrättat ärende, men med ett recept på ytterligare ett läkemedel. Sorg är förvisso ingen sjukdom, men kan ge sådan.

Om man nu över huvud taget har orken och förmågan att mitt i sorg, begravning och andra bestyr hitta utanför hemmets dörr till någon form av assistans! Äldre sörjande blir ofta passiva, stannar upp med sina sociala och fysiska aktiviteter. En del inleder i brist på mat- och livslust en svältperiod som i sin tur kan leda till svaghet och försämrat immunförsvar. Den förlorade stimulans som de tidigare fick av att gå ner i affären, på torget eller i samlingslokalen för en stunds mat och prat eller walk and talk, kan bli början på en hälsovådlig livsföring.

Förlustrelaterad isolering och ned-

stämdhet kan också trigga gamla (o)vanor som exempelvis att försöka döva sorg och ensamhet med alkohol. "Numera blir det dåligt med maten, men desto fler vändor till spritbutiken", är en inte ovanlig kommentar i mötena med sörjande män. Äldre män som fört ett tidigare nyktert liv kan hamna i överbruk och bli alkoholister efter hus-truns frånfälle (Byrne & Raphael 1997). Att det även finns risk att "det går utför" för kvinnor när de blir änkor, visade siffror i vår studie *Tusen änkor*, där var tredje änka (oavsett ålder) sade sig ha sökt mildra sorgen genom alkohol.

Nedslående fynd från samma studie talade också om ett sorgerelaterat ökat intag av både lugnande mediciner och sömnmedel. För en del av ankorna skedde detta även i en oroande kombination med alkohol (Grimby & Johansson 2009). De äldre ankorna som ingick i undersökningen minskade även sin fysiska aktivitet i form av dagliga promenader (Grimby et al 2008). Många, unga som gamla änkor, kände även behov av att byta bostad, vissa för att få ner hyran, andra för att komma bort från minnena eller bosätta sig närmare sina anhöriga (opublicerade fynd).

Behovet av sörjandestöd

Sedan jag startade min sorgforskning i mitten av 1980-talet har samhället (vid sidan av Kyrkans och olika samfund sedan länge existerande och utmärkta sörjandestöd) insett, att en hel del ohälsa skulle kunna motverkas om man erbjöd stödsamtal och rådgivning. Utomlands har sådan hjälp sedan länge funnits tillgänglig i flera former. Vårt Änkeprojekt har gett modeller och redskap för både lekmanastöd och

organiserat sörjandestöd. Ny svensk forskning har styrkt nyttan och behovet av stöd i sorgen (Grimby & Johansson 2008; Andersson 2010).

Vi har sett, att det på många sjukhus nu finns sörjandestöd i anslutning till bland annat onkologiska och palliativa vårdavdelningar, till och med på akutintag. Oftast är det kuratorer eller sjuksköterskor med vidareutbildning i psykoterapi som erbjuder de efterlevande både enskilda samtal och grupp-samtal utan kostnad. Förhoppningsvis har de även snabba remitteringsvägar till psykolog och psykiater i de fall där vidgad behandling är nödvändig.

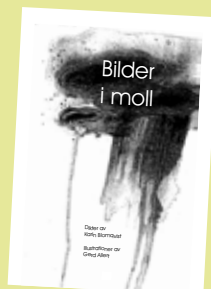
Sörjandestöd och etiskt regelverk

Dessvärre har vi även bevittnat hur lekmän med obetydligt kunnande självutnämner sig till sörjandestödjare, "öppnar eget" och tar bra betalt för sitt stöd. Utanför Socialstyrelsens legitimeringsramar och stävande möjligheter tycks det i dag finnas ett stort antal coacher, vilkas brödföda vinns genom att utge sig för att godhjärtat hjälpa sin nästa till ett bättre liv.

Framträdande sorgforskare, till exempel Colin Murray Parkes vid London Bereavement Network, insåg tidigt faran med kvackare på området sörjandestöd, trots att England har ett utmärkt nätverk för sakkunnig och gratis hjälp vid sorg (www.bereavement.org.uk). Han och hans forskarlag utarbetade 2001 ett etiskt regelverk för utövningen av sörjandestöd. Detta har vi i Änkeprojektet fått och översatt till svenska med förhoppning av lyfta fram sorgens dignitet och det etiskt utformade stödets stora betydelse (Grimby & Johansson 2009). Vi hoppas givetvis att Socialstyrelsen och berörda parter inom samhällsstyre och vård ska inse, att ett etiskt regelverk för stöd i livets erkänt svåraste skeende ska gälla även i Sverige. Med enkla mått kan det engelska regelverket anpassas till svenska förhållanden och bilda norm för trygghet, tillförlitlighet och sakkunskap vad gäller sörjandestöd.

Alla har vi mer eller mindre skyldighet att se till våra medmänniskor som har det svårt. Vi behöver också bryta tabun genom att tala mer om förluster,

Diktsamlingen *Bilder i moll* av Karin Blomqvist och med illustrationer av hennes systerdotter, konstnären Gerd Allert finns utlagd på www.las-en-bok.com. Illustrationerna har nu vävts upp i Gerd Allert ateljé och visas på olika utställningar under hösten 2010, då även diktsamlingen kommer att finnas i pappersversion.



lidande och död. Många sörjande förvånas över hur deras bekanta håller sig på avstånd. Av rädsla för kraftiga känsloutbrott, tror en del, medan andra gissar att kontakten kan antas bli ett åtagande som förpliktigar. Bristande kunskap kan säkert också förklara varför en del forna vänner och bekanta ryggas i sorgens närhet.

Behov av forskning

Forskningen kring kris och sorg i olika sammanhang behöver stimuleras och utökas. Resultat måste spridas i olika fora både inom och utom vetenskapssamhället. Sådantida svensk forskning finns till viss del kring den "normala" sorgens utseende (t ex Benkel et al 2009; Grimby & Johansson 2009), har vi mycket att utforska om den plötsliga, traumatiserande sorgen. Övriga död vid olyckor eller självmord, som kan ge komplicerade sorgereaktioner, är ett sådant exempel. Ett annat är undersökningar kring behovet av stöd i sorgen sett ur olika sociala, ekonomiska och juridiska vinklar. Även en inventering skulle vara bra att göra av befintligt sörjandestöd, dess inriktningar och effektivitet i olika sammanhang - gärna med ansats ur vår, för psykologer gemensamma, kompetens och erfarenhet.

Vi i Änkeprojektet vid SU ställer gärna formulär från egna undersökningar till gratis förfogande, vi är gärna med i "tankesmedjor" och ger fri tillgång till våra publikationer. ■

AGNETA GRIMBY

Psykolog, Med dr
Forskningsledare i Änkeprojektet
Geriatrisk Sahlgrenska, Göteborg



Agneta Grimby har sedan 1995 tagit fram flera studier om åldrande och sorg inom det så kallade Änkeprojektet.

Om Agneta Grimbys forskning

Agneta Grimby visar i sin artikel att döden och döendet hör till livet och hur viktigt det är att beakta de psykologiska och praktiska konsekvenserna för efterlevande som oftast är äldre och mer sårbara.

Både inom och utanför vetenskapssamhället har Agneta Grimbys nu trettioåriga forskning vidgat kunskapen om bio-psykosociala följder av sjukdom, död och sorg. Hennes svenska böcker om sorg utlagda på nätet har nått många sörjande, både äldre och yngre, där igenkännandet förmodligen skänkt tröst och vägledning. Därigenom har sorgförmimmelser, så kallade änkesyner, avdramatiserats som mycket vanliga och normala reaktioner.

Agneta Grimby ivrar också för skapandet av ett svenskt etiskt regelverk för ett tryggt stödande av den stora och utsatta grupp som sörjande människor innebär.

Boo Johansson
Gästredaktör
Professor i geropsykologi,
Göteborgs universitet

REFERENSER:

Andersson P. Att som äldre möta sorg i grupp...

"tillsammans, men ändå ensam...". Ersta Sköndal, examensarbete socionomprogrammet, Stockholm 2010.

Benkel I, Wijk H, Molander U. Managing grief and relationship roles influence which forms of social support the bereaved needs. *Am J Hosp Pall Care*, 2009; 26: 241-245.

Byrne G J, Raphael B. The psychological symptoms of conjugal bereavement in elderly men over the first 13 months. *Int J Geriatric Psychiatry*, 1997; 12: 241-251.

Clayton P J. Bereavement and depression. *J Clin Psychiatr*, 1990; 51 Suppl: 34-8; discussion 39-40.

Grimby A, Johansson Å K, Sundh V, Grimby G. Walking habits in elderly widows. *Am J Hosp Pall Med*, 2008; 25: 81-87.

Grimby A, Johansson Å K. Does Early Bereavement Counseling Prevent Ill Health and Untimely Death? *Am J Hosp Palliat Care*, 2008; 24: 475-478.

Grimby A, Johansson Å K. Factors related to Alcohol and Drug Consumption in Swedish Widows. *Am J Hosp Palliat Med*, 2009; 26: 8-12.

Grimby A, Johansson Å K. Nationella riktlinjer/standarder för sörjandestöd i Storbritannien och Nordirland. Svensk version av Standards for Bereavement Care in the UK. E-publikation, februari 2009. E-publikation: gupea.ub.gu.se/handle/2077/20890.

Grimby A, Johansson Å K, Gillholm M, Sundh V. Anticipatorisk sorg. Den föregripande sorgen före förlusten är tyngre att bära, säger 4 av 10 änkor. Läkarstämman Stockholm 2009.

Grimby A, Johansson Å K. Handbok om sorg. Grafik/SU 2009. E-publikation: gupea.ub.gu.se/handle/2077/853.

SERIE: Geropsykologisk forskning

Gästredaktör Boo Johansson, professor i geropsykologi vid Göteborgs universitet.

Om Sindre Rolstads forskning

Sindre Rolstads forskning har främst handlat om att undersöka varför det inte finns något entydigt samband mellan neuropatologi och symtomatologi vid hjärnskada eller hjärnsjukdom, vilket visat sig bero även på faktorer som utbildning eller hjärnstorlek. I detta sammanhang brukar sådana sjukdomsfördröjande faktorer benämnas som kognitiv- eller hjärnreserv.

Sindre Rolstad har i sin forskning visat att kognitiv reserv inte bara kan fördröja sjukdomsuttrycket vid förstadier till demenssjukdom, men kanske även kan mildra den bakomliggande neuropatologin.

Artikeln av Sindre Rolstad beskriver de utmaningar som psykologen ställs inför när den kognitiva svikten inte ger något entydigt underlag för egentlig demenssjukdom men där sådan inte kan uteslutas.

Boo Johansson
Gästredaktör
Professor i geropsykologi

Viktigt upptäcka förstadier till demens

För att kunna spåra förstadier till demens, så kallad lindrig kognitiv störning, (MCI), är en neuropsykologisk undersökning nödvändig, skriver Sindre Rolstad, psykolog och med dr vid Sahlgrenska akademien i Göteborg. Han betonar att man vid undersökningen måste fästa särskild vikt vid en grundlig bedömning av patientens kognitiva nivå före sjukdomen, för att kunna jämföra med patientens aktuella testresultat.

Världsbefolkningen blir generellt äldre och därmed drabbas allt fler av demens. Demens (från latin, de – utan + mens – förstånd/själ) är inte en sjukdom utan ett samlingsnamn för mer än 200 olika former med olika symtom, kännetecken och underliggande patologi. De vanligast förekommande formerna är Alzheimers sjukdom (Alzheimer's Disease, AD), vaskulär demens (Vascular Dementia, VaD) och blandad demens (förekomst av symptom på såväl AD som vaskulär demens).

År 2000 beräknades det totala antalet sjukdomsfall av demens globalt till 24-25 miljoner (Ferri et al., 2005). År 2030 förväntas antalet fall uppgå till kring 60 miljoner. För Sverige beräknade man 2005 att antalet drabbade var cirka 160 000. Den globala direkta kostnaden, informell vård undantagen, för demenssjukdomar uppskattades 2003 ligga omkring 129-150 miljarder amerikanska dollar (Wimo, Jonsson, & Winblad, 2006). Den individuella medelkostnaden för vård av en patient med demenssjukdom i Sverige har beräknats till 172 000 kronor (Jonsson et al., 2006).

Förstadier till demens

Demensdiagnos ställs normalt när sjukdomens underliggande patologi blivit så

allvarlig att den påverkar förmågan att utföra vardagsaktiviteter, ADL (Activities of Daily Living), till exempel att sköta sin hygien eller betala räkningar. Vid det här laget har sjukdomen blivit så påtaglig att den är relativt lätt att konstatera.

Innan en demenssjukdom kan diagnostiseras föregås den dock av förstadier. I motsats till demenssjukdom är dock förstadierna inte lika lätta att urskilja eftersom det normala åldrandet också innebär kognitiva nedsättningar och hjärnstrukturella ändringar.

Mer specifikt har man funnit att åldrande generellt leder till reducerade snabbhets-/uppmärksamhetsfunktioner och reducerat arbetsminne. Regionala minskningar i hjärnvolym samt reducerad vitsubstans är vanliga fynd vid studier av den friska åldrande hjärnan. Flera försök att sätta ett begrepp på förstadier till demens har tidigare gjorts, men det begrepp som väckt mest intresse är MCI (Mild Cognitive Impairment).

Kort kan MCI definieras som ett övergångsstadium mellan normalt åldrande och demens. De senaste åren har tusentals vetenskapliga artiklar kring MCI publicerats. Det växande intresset har bland annat samband med att symtomatisk behandling för AD, acetylcholinesterashämmare (AChEI), blivit

tillgänglig. Nya behandlingsmöjligheter ingav förhoppningar om att tidig upptäckt av patienter i riskzonen för att utveckla demens skulle kunna leda till optimerad behandling. Men medan AChEI har symtomlindrande effekt vid AD föreligger ännu ingen indikation för behandling vid MCI. Intresset för tidig identifikation av patienter med ökad risk för att utveckla demens har dock lett till ökad insikt om patofysiologiska mekanismer framför allt vid AD, vilket kan komma att leda till framtida läkemedel.

Kriterierna för MCI är att patienten inte uppfyller demensdiagnos enligt DSM-IV samt har bibehållen grundläggande ADL. Patienten får dock ha lätta svårigheter vad gäller komplexa instrumentella funktioner, till exempel svårigheter att fylla i sin deklaration (Winblad et al., 2004). Vidare ska det antingen finnas rapporter av patienten själv eller anhöriga om kognitiv reduktion och/eller testmässig nedsättning. När det gäller den testmässiga nedsättningen brukar man vanligen använda 1.5 standardavvikelser under åldersnormativt medelvärde som riktmärke för nedsättning.

Förekomsten av MCI i befolkningen över 65 år har uppskattats variera från 3 till 19 procent (Gauthier et al., 2006) – de stora skillnaderna i procenttalen kan



bero på olika samplingsförfaranden och tillämpningar av MCI-kriterierna. Av dem som har MCI har man funnit att omkring hälften konverterar till demens inom fem år.

En del studier har också fokuserat på patienter med enbart subjektiva kognitiva besvär, så kallad subjektiv kognitiv störning (Subjective Cognitive Impairment, SCI), som en fas som föregår MCI. Vilken risk SCI innebär med hänsyn till demensutveckling är inte väl belyst, men en studie fann att individer med SCI över en nioårs-period hade upp till tre gånger så hög risk att utveckla AD som individer utan subjektiva symtom (van Oijen, de Jong, Hofman, Koudstaal, & Breteler, 2007).

Identifiering av tidiga tecken

Användningen av olika magnetröntgentekniker och på senare år mätning av total tau, fosforylerat tau och varianter av amyloid beta i cerebrospinalvätska (CSF), har gjort det möjligt att identifiera individer med ökad risk att utveckla demens och även ökat den diagnostiska precisionen. I många studier har man dock funnit att det är utfallet av den neuropsykologiska undersökningen som mest känsligt kan identifiera de tidigaste tecknen på demenssymtom. Därmed är resultatet av den neuropsykologiska utredningen avgörande för identifikation av tidiga tecken på demenssjukdom.

Det är alltså klart vilka kognitiva nedsättningar som bäst förutsäger konvertering till demens. Den kognitiva profilen vid MCI ter sig generellt olikartad (Nordlund et al., 2005), och vilken typ av kognitiv nedsättning som förutsäger en specifik demensform är inte helt klarlagt. En del studier indikerar att minne möjligen mindre ofta är nedsatt vid konvertering från MCI till VaD jämfört med AD. Tidigare antogs att det främst var minnesreduktioner som förutsåg konvertering till AD, medan andra typer av avvikelser antingen predicerade annan etiologi som till exempel VaD eller neuropsykiatrisk störning.

Även om några studier har rapporterat att minnesnedsättning är den bästa

prediktorn för konvertering till demens och AD (DeCarli et al., 2004), så finns också studier som visar att enbart minnesreduktion är relativt godartat (Nordlund et al., 2009). En isolerad nedsättning inom någon annan kognitiv domän än minnet har likaså förknippats med låg risk för konvertering. I denna studie fann man att ju fler kognitiva domäner som var nedsatta desto större risk för konvertering.

Psykologens uppgift förändrad

I Sverige finns det ett antal specialistmottagningar för patienter som söker för åldersrelaterad kognitiv svikt. Från att ha varit inriktade på att utreda patienter i ett relativt sent skede – det vill säga när symtomen blivit relativt

”**Det är viktigt att tidigt erbjuda äldre en förutsättningslös utredning om man misstänker demensutveckling**

lättoobserverbara – har specialistmottagningarna alltmer börjat fokusera på patienter med MCI. Psykologens roll vid specialistmottagningar har i samband med detta ändrats från att bidra till att konstatera det relativt uppenbara till att bistå med unik kompetens och verktyg.

Det råder ingen enhetlig standard med hänsyn till vilka kognitiva domäner som bör undersökas vid MCI, även om rekommendationer finns. Inte sällan har studier främst inkluderat minnestest, vilket lett till en överrapportering av just minnesnedsättning som prediktor för demens. Enligt rekommendationer från American Academy of Neurology bör dock en undersökning omfatta kognitiva funktioner inom följande domäner: Snabbhet/uppmärksamhet, minne/inlärning, exekutiva funktioner, visuospatiala funktioner, språkliga funk-

tioner samt intelligens/generell kognitiv kapacitet.

När det gäller intelligens ska förstås inte detta betraktas som en domän i sig, utan snarare som en bakgrund mot vilken övriga resultat ska värderas. En sådan bakgrund gör det möjligt att inte bara få en uppfattning om graden av kognitiv nedsättning, utan också att identifiera patienter som inte har faktisk kognitiv nedsättning utan låg initial kapacitet. Man får dock ha i åtanke att vid kognitiv nedsättning påverkas även resultaten på intelligens-test.

Test av premorbid intelligens, det vill säga test som uppskattar tidigare intelligensnivå, mätt efter att den eventuella sänkningen ägt rum, borde snarare inkluderas för att erhålla en mer robust baslinjenivå av tidigare kognitiva nivå. Det har tidigare förekommit sparsamt med test för premorbid intelligens på svenska, men nu finns det att tillgå – till exempel svenska National Adult Reading Test (Rolstad et al., 2008). Detta, liksom andra premorbida test, ger dock endast ett estimat som främst predicerar test som laddar på verbala egenskaper.

Om inget test av premorbid intelligens görs, borde åtminstone en bedömning av premorbid nivå göras. En sådan bedömning borde omfatta insamling av uppgifter om utbildningsnivå, yrkeslivserfarenhet, i vilken grad patienten själv upplever förlust av kognition, huruvida utbildningen eller arbetet var svårt att genomföra innan misstänkt sjukdom eller skada. Det är dock värt att notera att äldre patienter inte alltid haft möjlighet att fullfölja någon utbildning och därmed också i mindre grad har kunnat få ett yrke som kan indikera begåvningsnivå. Därtill förklarar intelligens endast en mindre andel av variansen i antalet utbildningsår – social bakgrund är en nästan lika viktig prediktor. Man bör alltså iakttä försiktighet vid såväl bedömning som testning av premorbid intelligens.

Premorbid nivå viktig

Att eftersträva en så god uppfattning om patientens tidigare nivå som möjligt innebär alltså att funktioner inom ett

flertal kognitiva domäner måste undersökas. Eftersom MCI är ett potentiellt förstadium till olika demensformer, som kan debutera med olikartade kognitiva symtom, bör undersökningen inte heller vara begränsad till att endast inkludera ett test inom varje domän.

Test som visat sig vara känsliga för att fånga upp tidiga symtom på demens, som till exempel Rey Auditory Verbal Learning Test, Wechsler's Logical Memory eller Trailmaking Test, rekommenderas ingå i utredningsbatteriet. Det finns inga rationella skäl att administrera hela intelligensbatterier, så som WAIS-III, i sin helhet, då det inte främst är begåvning utan funktionella avvikelser man vill identifiera. Vissa deltest, t ex Symboler-kodning från WAIS-III har, förutom att mäta mer isolerade kognitiva funktioner, också visat sig känsliga för förändring och kan med fördel inkluderas. För en genomgång av test med hög känslighet för tidiga tecken på demens se t ex Nordlund et al. (2009).

Liksom vid alla tillstånd med olikartad debut rekommenderas ett batteri med balans; användningen av i första hand minnestest leder till att man främst upptäcker patienter med minnesproblem. Eftersom kognitiv nedsättning vid MCI kan manifestera sig på olika sätt medför en obalans i batteriet att man riskerar att förbise reduktioner inom andra kognitiva domäner.

Kortare kognitiv screening

De flesta psykologer kommer i sin verksamhet någon gång att behöva ta ställning till om patientens symtom kan förklaras med begynnande tecken på demenssjukdom. Depressiva symtom eller utmattningstecken hos äldre kan te sig som kognitiv nedsättning eller vice versa. Vid misstanke om kognitiv svikt kommer dock inte alla psykologer att ha nödvändiga resurser eller tid att göra en fullständig neuropsykologisk utredning. Vid sådana tillfällen rekommenderas en kortare kognitiv screening med ändamålsenliga instrument.

Trots att Mini Mental State Examination (MMSE) länge har varit en gyllene standard för att bedöma om det föreligger kognitiva nedsättningar

av demenskaraktär, är MMSE vare sig tillräckligt sensitivt eller omfattande för att kunna leda till upptäckt av mer subtila kognitiva förändringar som vid MCI. Sedan några år tillbaka har ett screeningbatteri för bedömning av kognitiv svikt vid MCI funnits, Kognitiva Screeningbatteriet, (KSB) (http://www.aricept.se/default_12346.aspx), som med fördel kan användas för att få en initial indikation på patientens kognitiva status.

Det viktiga är – avslutningsvis – att på ett tidigt stadium kunna erbjuda äldre en förutsättningslös utredning om man misstänker att det handlar om en demensutveckling. ■

SINDRE ROLSTAD

Psykolog, med dr

Sahlgrenska akademien, Göteborg

Författaren är anställd på AstraZeneca R & D.

AZ har inte varit delaktig

i författandet av denna artikel.

sindre.rolstad@neuro.gu.se

REFERENSER

- DeCarli, C., Mungas, D., Harvey, D., Reed, B., Weiner, M., Chui, H., et al. (2004). Memory impairment, but not cerebrovascular disease, predicts progression of MCI to dementia. *Neurology*, 63(2), 220-227.
- Ferri, C. P., Prince, M., Brayne, C., Brodaty, H., Fratiglioni, L., Ganguli, M., et al. (2005). Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet*, 366(9503), 2112-2117.
- Gauthier, S., Reisberg, B., Zaudig, M., Petersen, R. C., Ritchie, K., Broich, K., et al. (2006). Mild cognitive impairment. *Lancet*, 367(9518), 1262-1270.
- Jonsson, L., Eriksdotter Jonhagen, M., Kilander, L., Soininen, H., Hallikainen, M., Waldemar, G., et al. (2006). Determinants of costs of care for patients with Alzheimer's disease. *Int J Geriatr Psychiatry*, 21(5), 449-459.
- Nordlund, A., Rolstad, S., Hellstrom, P., Sjogren, M., Hansen, S., & Wallin, A. (2005). The Göteborg MCI study: mild cognitive impairment is a heterogeneous condition. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 76(11), 1485-1490.
- Nordlund, A., Rolstad, S., Klang, O., Edman, A., Hansen, S., & Wallin, A. (2009). Two year outcome of MCI subtypes and aetiologies in the Göteborg MCI study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.
- Rolstad, S., Nordlund, A., Gustavsson, M. H., Eckerstrom, C., Klang, O., Hansen, S., et al. (2008). The Swedish National Adult Reading Test (NART-SWE): A test of premorbid IQ. *Scand J Psychol*.
- van Oijen, M., de Jong, F. J., Hofman, A., Koudstaal, P. J., & Breteler, M. M. (2007). Subjective memory complaints, education, and risk of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 3(2), 92-97.
- Wimo, A., Jonsson, L., & Winblad, B. (2006). An estimate of the worldwide prevalence and direct costs of dementia in 2003. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 21(3), 175-181.
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L. O., et al. (2004). Mild cognitive impairment - beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *J Intern Med*, 256(3), 240-246.



Psykiskt välbefinnande på ålderns höst

– förutsättningar och förhoppningar

Att psykisk hälsa och välbefinnande främst handlar om frånvaro av sjukdom – stämmer inte. Avgörande är psykologiska och sociala faktorer. Det skriver psykolog och fil dr Anne Ingeborg Berg, som här redogör för förutsättningarna för äldres välbefinnande. Hon argumenterar även för äldres behov av psykologisk behandling.



FOTO: MAGNUS GOTANDER

i flera studier (Berg, 2009; Mroczek, 2005).

Nedgången i välbefinnandet vid 80-års ålder har dock visat sig vara svår att relatera till objektiva hälsomått. Det som påverkar är främst sociala nätverksfaktorer, upplevd hälsa och att förlora sin partner. Forskningsrönen säger oss, med andra ord, att det finns åldersrelaterade hot mot välbefinnandet, men att dessa till sin karaktär är möjliga att påverka genom både preventiva insatser och behandling.

Individer som befinner sig i riskgrupper måste därför identifieras och fångas upp när de till exempel återkommer till vårdcentraler med somatiska frågeställningar.

Vår hedoniska nivå

Hur kommer det sig då att man kan se fram emot ett gott åldrande trots de försämringar som mer eller mindre oundvikligt sker med hälsan? I förståelsen av denna paradox finns flera faktorer som är värda att beakta. För det första gör vi gärna misstaget att blunda för att människans främsta förutsättning för överlevnad, nämligen förmågan att anpassa sig till nya situationer, fortsätter i högsta grad genom senare delen av livsloppet. Enligt *set-point-teorin* (Headey, 1992) sjunker välbefinnandet efter negativa livshändelser, som till exempel insjuknande i en allvarlig sjukdom, men genom att ta i bruk inre resurser och även yttre stödstrukturer kommer vi efterhand att återhämta oss till en nivå nära den vi hade innan.

Vår hedoniska nivå antas till stor del vara medfödd och även nära förknippad med vår personlighet. Även om denna svängning är oberoende av ålder, finns närliggande adaptiva processer som antas påverka och stärka denna mekanism när inre och yttre resurser marginaliseras.

Ett exempel på en sådan process är den förskjutning som verkar ske under livsloppet avseende hur vi går tillväga för att påverka vår livssituation. Beteendet som riktar sig mot den yttre världen – *primär kontroll* – avtar med stigande ålder medan inre mentala tillstånd, som emotion och motivation, i ökande

grad blir objekt för påverkan – *sekundär kontroll* (Heckhausen, 2010).

Studier visar att när yttre omständigheter förändras är äldres förmåga till inre anpassning bättre än hos yngre (Heckhausen, 2010). En annan motsvarande process har även identifierats och studerats inom den forskningstradition som leds av psykolog Laura Carstensen. I jämförelser av äldre och yngre åldersgrupper i experimentsituationer uppvisar äldre en överlägsen förmåga till emotionell reglering (Charles, 2010). Förklaringen till gruppskillnaderna antas vara att med ökat medvetande om att livet är ändligt ökar strävan efter och skicklighet i att säkra välbefinnandet genom emotionell reglering. Även i Carol Ryffs begrepp *psykologiskt välbefinnande* finns en åldersrelaterad utveckling som kan bidra till bibehållet välbefinnande även i hög ålder.

Välbefinnande mäts inom sex olika dimensioner som speglar olika psykologiska funktioner: *autonomi, kontroll över miljö, personlig utveckling, positiva relationer med andra, mål i livet och själv-acceptans*. Äldre skattar sig högre på dimensionerna autonomi och upplevd kontroll över miljö. De få longitudinella analyser som gjorts så långt bekräftar antagandet om ”inom-individuell”-utveckling och utesluter att det enbart rör sig om effekter av att tillhöra en särskild födelsekohort.

Trots de hälsorelaterade förluster som sker med stigande ålder utvecklas människor och förbättrar sitt sätt att hantera de utmaningar man stöter på. Samtidigt vet vi att trots denna utveckling skiljer sig äldre åt avseende välbefinnande och vissa faktorer är relaterade till dessa skillnader.

När vi talar om *gruppen äldre*, eller till och med det mer ”ålderistiska” begreppet *våra äldre*, talar vi i verkligheten om en synnerligen heterogen grupp individer där välbefinnande och funktion ser mycket olika ut. Majoriteten av äldre individer behåller autonomi och livskvalitet, men det finns alltså individer med sämre förutsättningar och erfarenheter, som kommer att behöva stöd både från anhöriga och andra i det informella omsorgssystemet och från den kommunala

Att hälsa och funktion försämras med stigande ålder är vi alla medvetna om, men att sambandet mellan kroppsliga förändringar och det psykiska välbefinnandet är relativt svagt (George, 2010; Berg, 2009; 2006) är en nyhet för många.

En färsk studie, som inkluderar stora urval från England och Tyskland, visade att välbefinnandet ökade genom senare delen av livsloppet, från att vara som lägst vid 40-års ålder till en topp vid 74 år (Baird, 2010). Att välbefinnandet sedan planar ut och börjar sjunka vid övergången från 3e till 4e åldern, det vill säga vid 80 år, har också bekräftats

SERIE: Geropsykologisk forskning



► äldreomsorgen och sjukvårdssystemet. Detta stöd borde äldre ha samma rätt till som yngre.

Sömnpromblem är varningstecken

Hur kan vi identifiera de individer som ingår i riskgruppen för sänkt välbefinnande? Även om vare sig objektiva hälsomått eller enskilda diagnoser har någon kraftfull effekt på välbefinnandet finns det vissa tillstånd som behöver uppmärksammas. Av 25 medicinska diagnoser fann vi att sömnpromblem var den enda diagnos, med relativt betydande effektstorlek, som var relaterad till lägre livstillfredsställelse hos individer över 80 år (Berg, 2009).

Hälften av deltagarna uppgav dessutom betydande problem med sömn, och vi vet att det både finns biologiska och psykologiska faktorer bakom detta åldersrelaterade tillstånd. Vad som är särskilt intressant för psykologer att observera är att ny forskning på området visar att psykoterapi har god effekt på sömnpromblem (Sivertsen & Nordhus, 2007). Att psykoterapi inte

ger de biverkningar som sömnmedel har, särskilt i form av trötthet på dagtid, talar för att psykologisk behandling är att föredra i ett initialt skede. Denna forskning exemplifierar på ett utmärkt sätt hur psykologer med god effekt kan förebygga och behandla ett av de största hoten mot välbefinnande och funktion hos äldre.

Risken att förlora partner ökar med stigande ålder, och är ett annat exempel på en åldersrelaterat hot mot välbefinnandet. Även om många äldre är tvungna att förhålla sig till denna förlust måste vi i ökad utsträckning inse att för den enskilde äldre individen är sorgen lika allvarlig som för yngre. I många fall är konsekvenserna till och med allvarligare.

I brist på tillräckligt socialt stöd förstärks de negativa effekterna av att förlora den som kanske genom ett helt liv har stått närmast. Att bli änka och, vad vi fann i vår studie, i synnerhet att bli änking kan för många bli en inkörsport till depression och psykisk ohälsa.

Agnetta Grimby formulerade detta

mycket väl i *Psykologtidningen* nr 7/2010: "Sorg är förvisso ingen sjukdom, men kan ge sådan." På samma sätt som att sömnpromblem inte kan förväntas hanteras av den drabbade som "normalt för åldern" måste äldre i sorg uppmärksammas och erbjudas stöd.

Få äldre får psykologisk behandling

I tillägg till åldersrelaterade hot mot välbefinnande kan äldre även drabbas av samma psykiska ohälsa som yngre. Hur kommer det sig då att det fortfarande är ovanligt att äldre får psykologisk behandling? En av Psykologförbundets yrkesföreningar, Sveriges Geropsykologers Förening (SGF) gjorde i januari 2010 en undersökning där ca 150 vårdcentralpsykologer tillfrågades om hur stor andel av patientgruppen äldre som fick psykologisk behandling vid deras vårdcentral. Vi fick svar från 50 psykologer, av dessa svarade 10 psykologer att de enbart fick behandla patienter under 65 år. De övriga 40 psykologerna uppgav att i snitt 5 procent av pågående patienter var över 65 år.

Socialstyrelsens rapport *Psykologiska behandling av psykiska besvär hos äldre* (2009) bekräftar denna bild och konkluderar att så långt finns få studier gjorda på effekten av psykoterapi. Forskningsläget och den kliniska praxisen är alltså nedslående. Viktigt att uppmärksamma i det nedslående resultatet är dock att samtliga psykologer vi tillfrågade ansåg att människor över 65 år kan tillgodogöra sig psykologisk behandling.

Det ska också poängteras att geropsykologin under de senaste decennierna har etablerat sig inom utvecklingspsykologin, och insikten att människan fortsätter att utvecklas genom livsloppet sprider sig. Denna perspektivförskjutning, från synen på åldrande som en avgränsad livsfas dominerad av sjukdomsprocesser till en förståelse av att den psykologiska utvecklingen faktiskt pågår under hela livsloppet, borde också resultera i en förändrad syn på effektivitet av psykologisk behandling av äldre.

Psykologers kompetens kan i långt större grad än vad vi ser i dag utnyttjas i arbete med psykisk ohälsa hos äldre individer, utöver de neuropsykologiska utredningar som nu blivit rutin vid en demensfrågeställning. Även om underlaget är litet, visar också Socialstyrelsens litteratursammanställning att psykoterapi ger effekt.

I nuläget kan vi alltså konstatera att inget talar för att äldre inte skulle kunna tillgodogöra sig psykoterapi. Frågan blir då vem som ska prioriteras i tider med knappa resurser? Ur ett strikt ekonomiskt perspektiv ter det sig logiskt att prioritera människor i yrkesverksam ålder för att underlätta rehabilitering tillbaka i arbete. Även ur ett hälsopreventivt perspektiv är värdet av livslång förbättrad hälsa genom behandling av psykisk ohälsa i tidig ålder uppenbart.

Men en 65-åring kan ha trettio år framför sig där vi vet att 1) åldrande relaterad ohälsa och försämrad funktion kommer drabba en majoritet vid någon tidpunkt och 2) sambandet mellan olika objektiva hälsomått och psykisk hälsa är mycket komplext och mycket tyder på att sannolikheten att gå från psykisk ohälsa till psykisk hälsa är större än motsvarande för fysisk hälsa.

Förutom att äldre människors rätt att få psykologisk behandling borde vara självklar och inte ställas mot yngre åldersgruppers behov, finns alltså även ekonomiska skäl att arbeta för att öka tillgängligheten till psykologisk behandling även för äldre. Är det så att man i vården arbetar enligt föråldrade föreställningar om att psykoterapi inte är verksamt eller anser man att yngre människors lidande bör prioriteras?

Att vi i Sverige i dag brister i att ta ett nödvändigt preventivt perspektiv till följd av rektangularisering av överlevnadskurvan – är oroande. Även om fysisk hälsa inte är en given garant för välbefinnande, vet vi att välbefinnande skjuter upp framtida morbiditet och mortalitet (Lyyra, 2005).

I arbetet med individer från samhällets minoriteter och gärna svaga grupper ser vi allt oftare att man i syfte att stärka yrkesmässig professionalitet och trovärdighet talar om särskild kompetens. En kompetens som i ökad utsträckning kommer att efterfrågas är den som geropsykologen har. Kunskap om psykologisk utveckling genom senare delen av livsloppet behövs uppenbarligen för att bekämpa den skada ålderistiska attityder, lagstiftning och praxis åstadkommer för äldre människor i dag. ■

ANNE INGEBOG BERG

Psykolog och fil dr

FOTO: MAGNUS GOTANDER



REFERENSER:

Berg, A I, Hassing, L, McClearn, G E, & Johansson, B (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10, 257-264.

Berg, A I, Hoffman, L, Hassing, L B, McClearn, G E, & Johansson, B (2009). What matters, and what matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, 13, 191-201.

Baird, B M, Lucas, R E, & Donnellan, M B (2010). Life satisfaction across the lifespan: findings from two nationally representative panel studies. *Social Indicators Research*. Doi: 10.1007/s11205-010-9584-9.

Charles, ST & Carstensen, L (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology* 61, 383-409.

George, L K (2010). Still happy after all these years: research frontiers on subjective well-being in later life. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 65B, 331-339.

Headey, B & Wearing, A (1992). Understanding happiness: A theory of subjective well-being. Melbourne, Australia: Longman Cheshire.

Heckhausen, J, Wrosch, C, & Schulz, R (2010). A motivational theory of lifespan development. *Psychological Review*, 117, 32-60.

Mroczek, D K, & Spiro, A (2005). Change in life satisfaction during adulthood: findings from the veteran's affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88, 189-202.

Ryff, C & Singer, B (2008). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *Journal of Happiness Studies*, 9, 13-39.

Sivertsen, B & Nordhus, I H (2007). Management of insomnia in older adults. *British Journal of Psychiatry*, 190, 285-286.

Om Anne Ingeborg Bergs forskning:

Anne Ingeborg Berg, psykolog och fil dr, redovisar i sin artikel aktuell forskning om förutsättningar för välbefinnande – också i hög ålder. Den vanliga föreställningen om att psykisk hälsa och välbefinnande i huvudsak är relaterad till frånvaro av sjukdom stämmer inte.

Psykologiska och sociala faktorer har en avgörande betydelse. Hon argumenterar även för att äldre kan tillgodogöra sig psykologisk behandling, som numera i huvudsak är förbehållen yngre men där nya generationer sannolikt kommer att ställa andra krav.

Anne Ingeborg Berg disputerade 2008 med avhandlingen *Life satisfaction in late life*. I dag är hon anställd som forskare och lärare vid Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet, och arbetar i huvudsak med forskning som handlar om välbefinnande och kognitiv hälsa hos äldre.

Boo Johansson

Gästredaktör

Professor i geropsykologi,
Göteborgs universitet

Tungt ansvar för anhöriga som vårdar äldre närstående

Många anhöriga som vårdar en äldre närstående upplever en stor fysisk och psykisk belastning. Ofta är vården inte ett övervägt val, snarare har man allt mer glidit in i vårdarrollen. Det skriver psykolog Lennarth Johansson, docent i gerontologi, som diskuterar psykologiska perspektiv på och samhälleliga konsekvenser av anhörigas omsorg om äldre.

Den goda gerontologiska nyheten är att allt fler kan räkna med att leva länge. Den dåliga nyheten är att för allt fler kommer därmed åldrandet också att medföra sjukdom och funktionsnedsättningar. Det kommer en dag för de allra flesta när vi själva, eller någon närstående, inte längre klarar vardagen på egen hand, utan behöver hjälp.

I alla tider, kulturer och samhällen har det utvecklats olika system för att hjälpa personer som inte klarar sig själva. I vårt land har staten eller samhället ansvaret för att tillgodose människors behov av vård och omsorg. Detta finns uttryckt i lagar och policyer. Ibland beskrivs det som ett "kontrakt" mellan medborgarna och staten. I utbyte mot att alla bidrar till finansieringen av den offentliga omsorgen har alla rätt till vård och omsorg när så behövs. Denna nordiska modell kan ses som motsatsen till det i Syd- och Mellaneuropa förekommande "kontraktet mellan generationerna", som innebär att vuxna barn i utbyte mot eller som ett tack för den omsorg man själv fått som barn av sina föräldrar, "betalar tillbaka" genom

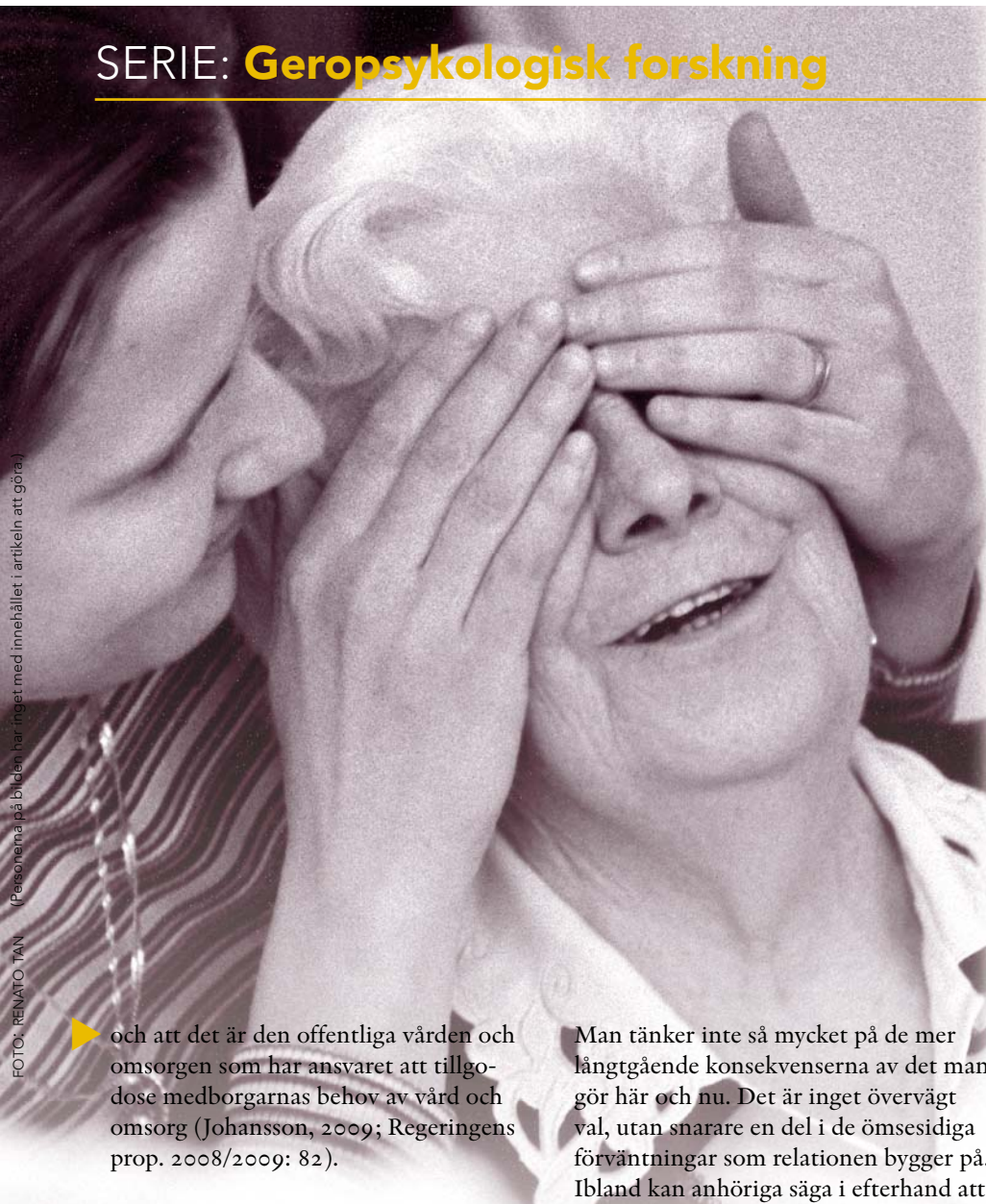
att se till att föräldrarna får nödvändig vård och omsorg (Sundström, med flera 2007).

Tidigare fanns i vårt land tvivel på att familjen ville ställa upp för sina äldre och samtidigt en stark tilltro till "den svenska modellen", allas rätt till vård och omsorg och ett samhälle som tar hand om medborgarna från vaggan till graven. Men i början av 1990-talet "återupptäcktes" familjebandens roll och betydelse för vård och omsorg om äldre. Det skedde i samband med utbyggnaden av hemvården av äldre. Man insåg att trots stora offentliga insatser, var de anhörigas medverkan avgörande för att de äldre skulle kunna bo kvar hemma. När Ädelreformen trädde i kraft i början av 1990-talet, och kommunerna fick huvudansvaret för äldreomsorgen, kom familjens betydelse som omsorgsgivare att uppmärksammas också av andra skäl. Sverige drabbades av en kraftig ekonomisk tillbakagång och intresset steg snabbt för den informella omsorgen – som ges av familj och andra anhöriga, vänner, grannar och frivilliga – och dess potential att kompensera en sviktande offentlig omsorg.

Intresset ökade ytterligare när forsk-

ningen presenterade nya fakta om den informella omsorgen. Undersökningar pekade mot att den svarade för två tredjedelar av all omsorg om äldre som bodde hemma. Av betydelse för synliggörandet av anhöriga var också att anhöriga började organisera sig och driva opinion för att få erkännande, stöd och hjälp. I takt med att den offentliga vården fick allt större svårigheter att leva upp till sina utfästelser, ökade också medias bevakning av äldreomsorgen. Ny kunskap om anhörigas situation har tillkommit och vuxna barns (döttrars!) insatser för äldre har även uppmärksamats som en nygammal form av "kvinnofälla" (Szebehely, 2006; Sand, 2010).

Utvecklingen ledde till att de anhörigas situation fick allt större socialpolitisk tyngd. År 1998 kom en ny paragraf i socialtjänstlagen som angav att kommunerna "bör genom stöd och avlösning underlätta för anhöriga som vårdar närstående". Drygt tio år senare (2009), skärptes denna lag till en skyldighet för kommunerna att erbjuda stöd till anhöriga som vårdar närstående. I propositionen som föregick den nya lagen framhölls dock att anhörigas insatser måste ske på frivillig grund



I de flesta livssituationer är graden av frivillighet, inflytande och kontroll avgörande för hur vi upplever situationen. Det är emellertid sällsynt att det finns en reell valsituation eller ett tydligt beslutstillfälle när det gäller att hjälpa en närstående. Det saknas ofta alternativ eller så erbjuds man alternativ som har dålig kvalitet. Kanske finns valmöjligheten där, under en viss tid och vissa förutsättningar, men av psykologiska skäl blundar man för detta eller uppfattar det helt enkelt inte så. Snarare kanske vi rör oss hela tiden mellan olika grader av säkerhet och osäkerhet. Alltså kan man anta att många som tar/får en "anhörigvårdarroll" inte har valt det själva, utan bara insett i efterhand att man faktiskt har blivit anhörigvårdare.

Ingen skyldighet att vårda

Kan man bli tvingad att vårda en närstående? I juridisk mening finns ingen sådan skyldighet. Ibland brukar man hänvisa till Äktenskapsbalken, och dess skrivningar om "makars ömsesidiga skyldighet att sörja för varandra". Det handlar om en ömsesidig skyldighet till försörjning, att sköta hem och barn. Men det innebär inte någon tvingande skyldighet att svara för omfattande omsorgsinsatser. Likaså finns det inget som helst stöd i lagen för att barn är skyldiga att hjälpa sina föräldrar (Regeringens prop. 2008/2009: 82).

Men även om man inte är skyldig enligt lag att ställa upp för sin nästa, upplever de flesta en stark moralisk skyldighet att göra det. Styrkan i denna förväntan kan vara väl så stor som i en lagparagraf. Till detta ska också läggas kraften i sociala normer och egna och andras förväntningar på vad man bör göra. En situation som kan innebära inre konflikter är när någon av svärföräldrarna behöver hjälp. Här faller ofta ansvaret tungt på svärdöttrarna, något som i sin tur kan leda till konflikter mellan makarna. Nu är det ju inte självklart att det syskon eller den svärdotter som bor närmast kan, vill eller orkar ställa upp. Av avgörande betydelse är kvaliteten på relationen mellan den som ger och får hjälp. Den anhörige kanske

och att det är den offentliga vården och omsorgen som har ansvaret att tillgodose medborgarnas behov av vård och omsorg (Johansson, 2009; Regeringens prop. 2008/2009: 82).

Glider in i vårdarrollen

Vilka är då skälen till att man ställer upp för sin nästa, att bli "vårdare"? Vad är det som driver människor till detta – är det rationella, övervägda och självvalda motiv eller är det slumpen eller rent av någon slags psykologisk beredskap att ta hand om sina äldre? I studier där man ställt frågan till anhöriga har dessa ofta svårt att ange skälen till sin hjälpsamhet. Forskning och praktisk erfarenhet pekar också mot att man verkar "glida in" i vårdarrollen utan att närmare reflektera över detta.

Oftast dyker behovet av hjälp upp plötsligt. Inte så sällan drabbas den närstående av sjukdom eller en olyckshändelse och hamnar på sjukhus. Självklart ställer man upp och hjälper den sjuke efter sjukhusvistelsen. De flesta anhöriga, framförallt makar, svarar att "det blev bara så", när de försöker förklara varför man hjälper den närstående.

Man tänker inte så mycket på de mer långtgående konsekvenserna av det man gör här och nu. Det är inget övervägt val, utan snarare en del i de ömsesidiga förväntningar som relationen bygger på. Ibland kan anhöriga säga i efterhand att hon/han borde ha insett tidigare att man var på väg in i en vårdarroll med ett allt för tungt ansvar och med många både fysiskt och psykiskt krävande arbetsuppgifter: "Hade jag vetat i förväg, vad jag vet i dag, hade jag aldrig ställt upp."

När vuxna barn beskriver varför de hjälper sina föräldrar, uttrycker en del att "det känns rätt att ställa upp" och att de utifrån sina värderingar och sin moral tycker det är självklart att så göra. En del säger att de vill ge tillbaka den hjälp de själva fått tidigare av föräldern. Andra anger religiöst färgade eller altruistiska motiv för sitt handlande – att hjälpa sin nästa. Många framhåller att det känns viktigt att göra det möjligt för den äldre att bo kvar hemma: "Hon/han får sin bästa vård hemma." Dels för att den äldre vill det, dels kanske för att alternativet – att flytta till en institution – känns skrämmande också för den anhörige (Dunér, 2008).

inte har en bra relation till sin förälder eller svärförälder och därför inte vill ställa upp.

Att känna sig tvungen att ställa upp är ingen bra utgångspunkt, varken för den som behöver hjälp eller den som känner sig tvingad att ge hjälp. Ändå beskriver många anhängiga detta; att drivkraften egentligen är de skuld känslor man skulle få, om man inte hjälpte sin nästa.

Forskning visar att anhängiga riskerar att drabbas av ohälsa. Långvarig stress, fysisk och framförallt psykisk belastning är något som många anhängiga kämpar med (Erlingsson, med flera, 2010).

Konsekvenser på samhällsnivå

Människors vilja, förmåga och förutsättningar att ställa upp för sin nästa får naturligtvis konsekvenser på samhällsnivå och för relationen mellan staten och individen. Förhållandet mellan den informella och formella omsorgen har ofta beskrivits som ett kommunicerande kärl. Alltså, om den informella vården ökar så "tränger den ut" den formella vården. Och omvänt: i amerikansk socialpolitisk debatt har hävdats att en utbyggnad av den offentliga vården skulle kunna innebära att familjens engagemang skulle minska i motsvarande grad. I Sverige har diskussionen snarare fokuserats på den motsatta frågeställningen, det vill säga frågan om en minskning av resurser i den offentliga vården kompenseras av en ökning av den informella vården. Eller uttryckt på ett annat sätt: tvingas familjen och andra anhängiga att fylla tomrummet eller ersätta en retiremande offentlig vård?

En vanlig teori är att den formella och informella omsorgen har komplementära roller. Den formella vården svarar för vissa uppgifter och den informella omsorgen för andra uppgifter; systemen kompletterar varandra. En motsatt tankegång är att det handlar om parallella, av varandra oberoende system, det vill säga att den informella omsorgen inte påverkas av vare sig nedskärningar eller expansion av den offentliga omsorgen.

I den svenska forskningen finns resultat som stödjer alla förklaringsmodellerna (Jegermalm & Grassman, 2009). Kanske har olika förklaringsmo-

deller olika relevans för olika grupper i befolkningen. Att makars vårdande insatser för varandra torde vara tämligen opåverkade av omfattningen av den offentliga vården verkar inte orimligt. Att föräldrars vård av barn och vuxna barns vård av föräldrar torde vara mer påverkad av tillgång på offentlig omsorg verkar också sannolikt, framförallt när det gäller vilka konsekvenser detta får beträffande möjligheterna att kunna förvärvsarbeta.

Omsorg om anhängiga

Vilken betydelse och vilka konsekvenser den nya bestämmelsen i socialtjänstlagen kommer att få beträffande relationen mellan staten och individen, kan man förstås bara spekulera om. Lagstiftningen påverkar samhället och samhället påverkar lagstiftningen och utfallet av den nya bestämmelsen. Man kan tänka sig att kommunerna fortsätter vara återhållsamma med offentlig omsorg, och kompenserar detta med olika typer av stödinsatser till anhängigvårdare. Eller motsatsen: anhängiga kan med stöd av den nya bestämmelsen kräva att få sina behov av stöd tillgodosedda och att deras insatser inte bara tas för givna. Kanske kan den nya bestämmelsen skapa en samverkan – partnerskap – mellan staten och familjen?!

Många gånger är det inte tydligt för vare sig anhängiga eller den som får hjälp på vilka grunder detta sker och vilka konsekvenser det får. Frågan är hur den offentliga vården och omsorgen ska förhålla sig till detta dilemma. Anhörigas medverkan ska ju ske på frivillig grund, men om inte detta är möjligt – är då vården och omsorgen beredd att ta sitt ansvar? Om man upplever att man är tvingad att ställa upp för någon närstående, är naturligtvis risken stor att detta får negativa konsekvenser för båda parter och att anhängiga drabbas av ohälsa. På det här området – att stödja anhängiga – skulle psykologer kunna göra en stor och strategisk insats i hälso- och sjukvården och socialtjänsten. ■

LENNARTH JOHANSSON

Docent i gerontologi

Forskare vid Ageing Research Center

Utreddare på Socialstyrelsen

REFERENSER

- Dunér, A (2008). Motives, experiences, and strategies of next of kin helping older relatives in the Swedish welfare context: a qualitative study. *Int. J. of Soc Welfare*, 19: 54-62.
- Erlingsson, C, Magnusson, L, Hanson, E (2010). *Anhängigvårdarens hälsa*. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Kunskapsöversikt 2010:3.
- Jegermalm & Grassman (2009). Patterns of informal help and caregiving in Sweden: A thirteen – year perspective. *Social Policy & Administration*, 43,7, 681-701.
- Johansson, L (2009). Ett historiskt beslut – ny lag om stöd till anhängiga i Sverige. *Aldring & livslöp*, 2, 20-23.
- Regeringens proposition 2008/09:82. Stöd till stöd personer vårdar eller stödjer närstående.
- Sand, A-B (2010). *Anhängiga som kombinerar förvärvsarbete med anhängigomsorg*. Nationellt kompetenscentrum Anhöriga. Kunskapsöversikt 2010:1.
- Szebehely, M (2006). Informella hjälpgivare. I: *Äldres levnadsförhållanden. Arbete, ekonomi, hälsa och sociala nätverk 1980–2003*. Statistiska Centralbyrån, Levnadsförhållanden Rapport 112.
- Sundström, G, Malmberg, B, Sancho Castiello, M, del Barrio, E, Castejon, P, Tortosa, M, Aes, Johansson, L (2007). *Family Care for Elders in Europe: Policies and Practices*. In (Eds. M Szinovacz & A Davey), *Caregiving Contexts. Cultural, Familial, and Societal Implications*. New York: Springer.

Om Lennarth Johanssons forskning

Psykolog Lennarth Johansson är docent i gerontologi och adjungerad forskare vid Hälsohögskolan i Jönköping samt forskare vid Ageing Research Center (ARC) i Stockholm. Han är också utredare på Socialstyrelsen och ansvarig för nationell uppföljning och utvärdering av äldreomsorgen. Under närmare 30 års tid har han forskat och drivit utvecklingsarbeten inom vård och omsorg om äldre, både nationellt och internationellt.

Lennarth Johansson har särskilt intresserat sig för den informella omsorgen och samspelet mellan informell och formell omsorg om äldre. Detta var också i fokus för hans avhandling vid Uppsala universitet 1991 med titeln *Caring for the next of kin – On informal care of the elderly in Sweden*. Han har även aktivt bidragit med att sprida sina kunskaper till många olika yrkeskategorier inom äldreområdet, bland annat genom sin bok *Anhängig – omsorg och stöd* (Studentlitteratur, 2007).

Boo Johansson

Gästredaktör

Professor i gerontologi

Livsloppsperspektiv på åldrande ger ny kunskap

Övervikt i medelåldern har samband med sämre kognitiv förmåga och ökad risk för demens 30–40 år senare. Det är ett exempel på resultat från åldrandeforskning med livsloppsperspektiv. I ett sådant perspektiv beaktas att hur den äldre mår i dag är i hög grad format av den livsstil individen haft livet igenom, skriver Linda Hassing, docent i psykologi, som avslutar serien Geropsykologisk forskning.

TEXT **LINDA HASSING** FOTO **MAGNUS GOTANDER**

Livsloppsperspektivet är en viktig teoretisk modell där sambanden mellan genetiska, livsstils- och psykosociala faktorer betydelse för hälsa under åldrandet lyfts fram. Psykisk hälsa och kognitiv förmåga ses som en produkt av ett livslångt samspel mellan dessa faktorer, där fokus lyfts från här-och-nu till individens hela livshistoria. Detta perspektiv har alltmer ersatt det begränsade tidsperspektivet i tidigare forskning där åldrandet riskerade att uppfattas som avskilt från tidigare faser.

För klinikern är det självklart att ta anamnes, det vill säga att ta reda på individens livshistoria, som underlag

för att förstå dennes situation just i dag. Inom åldrandeforskningen är detta däremot ett relativt nytt sätt att tänka. Den främsta anledningen till varför detta synsätt inte har varit gängse inom åldrandeforskningen är förmodligen relaterad till svårigheter att på ett objektivt sätt mäta eller ta hänsyn till tidigare faktorer av betydelse, alltså individens livshistoria.

Ett sätt för forskaren att göra detta är att i sina studier fråga deltagarna om livsstilsfaktorer tidigare i livet, till exempel hur mycket man motionerade för 20–30 år sedan, men alla forskare vet att detta förfaringsätt är tämligen otillförlitligt.

Det optimala vore om det fanns sam-

lad information om individens livsstil som sedan kunde relateras till utfallet, i det här fallet individens psykiska hälsa eller kognitiva status. Sådana studier kräver lång uppföljningstid, med andra ord ett helt livslopp, något som av praktiska skäl inte är möjligt.

Unika databaser

Givet de praktiska hinder vi ställs inför när det gäller att bedriva forskning med ett livsloppsperspektiv får vi hitta andra lösningar. Ett alternativ är att utnyttja svenska register och databaser. Sverige är unikt internationellt sett vad gäller möjligheterna att bedriva befolkningsstudier i och med systemet med personnummer.



Om Linda Hassings forskning

Artikeln av Linda Hassing handlar om betydelsen av ett livsloppsperspektiv i åldrandestudier och att den psykologiska utvecklingen i hög utsträckning påverkas av livsstilsrelaterade faktorer.

Linda Hassing är docent vid Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet. Hon forskar främst om hur kognitiva funktioner påverkas av sjukdomar och tillstånd som är vanliga i hög ålder, samt betydelsen av långsiktiga effekter av livsstilen i medelåldern för den senare kognitiva utvecklingen. Linda Hassings forskning har bland annat visat att vanliga tillstånd hos äldre som depression, låga halter av folsyra och B12, diabetes och högt blodtryck påverkar den kognitiva funktionen negativt. Hon har även visat att övervikt i medelåldern är relaterad till sämre kognitiv förmåga och ökad demensrisk 40 år senare.

BOO JOHANSSON
GÄSTREDAKTÖR

PROFESSOR I GEROPSYKOLOGI,
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN
GÖTEBORGS UNIVERSITET

▶ Ett exempel på en sådan databas är det svenska Tvillingregistret som startades 1959 i syfte att undersöka de potentiella riskerna med rökning (Lichtenstein, m fl, 2006). Registret har sedan utökats med information som samlats in allt eftersom man har insett betydelsen av att ta hänsyn till multifaktoriella samband vid förklaringar av olika utfallsvariabler som exempelvis kognitiv status.

I registret finns bland annat information som samlades in under 1960- och 70-talen om hälsa och livsstil hos människor som då var i medelåldern. Dessa individer blev 30 år senare inkluderade i omfattande longitudinella studier om kognitiv funktion och demens. Här kan man koppla ihop information om människors livsstil och sjukdomshistoria i medelåldern med information om psykisk hälsa och kognitiv status 30–40 år senare. Det är en unik informationskälla som vi nu använder för åldrandeforskning i ett livsloppsperspektiv.

Psykisk hälsa under livsloppet

Vad gäller forskning kring livskvalitet i ett livsloppsperspektiv så råder det brist på studier som sträcker sig över längre tid. Den forskning som finns i dag tyder dock på att livskvaliteten stiger under vuxenlivet fram till cirka 74 år för att sedan sjunka något efter 80 års ålder (se Anne Ingeborg Berg, *Psykologtidningen* nr 9 2010).

Ser vi på den psykiska hälsan i ett livsloppsperspektiv kan man konstatera att psykisk ohälsa av det svårare slaget oftast debuterar under tidig vuxenålder. När det däremot handlar om den vanligare typen av psykiska besvär, såsom depression, ångest och oro, är dessa tillstånd ofta en reaktion på specifika livshändelser eller livssituationer. Individen kan därför vara mer utsatt under vissa perioder i livet beroende på hur livssituationen ser ut. Ungefär 20 procent av befolkningen drabbas av dessa tillstånd (depression, ångest och oro) någon gång under vuxen ålder, kvinnor i högre grad än män.

Huruvida risken för depression ökar med ökande ålder råder det dock delade meningar om, en del forskare menar att förekomsten är högre bland äldre individer, andra att detta inte är

klarlagt. Klart är dock att depression är betydligt vanligare bland äldre som bor på institution jämfört med de som bor kvar hemma. En äldre individ som drabbas av depression har ofta, men långt ifrån alltid, varit drabbad tidigare i livet.

Kognitiv utveckling

Beträffande kognitiv status är det ytterst ovanligt med kognitiva störningar före 60-årsåldern. I så fall handlar det oftast om en effekt av andra tillstånd, till exempel långvarig stress och utmattningssyndrom.

I den normala kognitiva utvecklingen är det funktionellt att skilja mellan utvecklingen av å ena sidan kristalliserade/erfarenhetsbaserade förmågor, såsom verbal förmåga samt kunskapsrelaterade förmågor, och å andra sidan fluida förmågor, som till exempel minne och exekutiv funktion. De kristalliserade förmågorna växer under livsloppet och når en stabilitet i hög ålder, medan de fluida förmågorna kan sägas vara stabila under större delen av livsloppet för att sedan börja försämrast i hög ålder.

De fluida förmågorna är alltså mer sårbara för ålderspåverkan, och de är även mer påverkade av andra faktorer som ökar i förekomst med stigande ålder. Exempelvis visar forskning att högt blodtryck, typ 2-diabetes, vitaminbrist och depression är tillstånd som påverkar de fluida förmågorna i negativ riktning.

Det är många faktorer som har samband med psykisk hälsa och kognitiv status i hög ålder. Forskning om detta bygger till stor del på tvärsnittsstudier, där man vid ett och samma tillfälle mäter potentiella faktorer av betydelse och utfallsvariabeln, i det här fallet psykisk hälsa eller kognitiv status. Slutsatser från tvärsnittsstudier har dock ofta den uppenbara begränsningen att det inte går att avgöra vad som påverkar vad (se Boo Johansson *Psykologtidningen* nr 6 2010 för metoddiskussion).

Ett exempel på fynd från denna typ av studier är att fysisk aktivitet har samband med både lägre förekomst av depression och bättre kognitiv funktion. Vi kan dock inte med någon säkerhet avgöra om fysisk aktivitet förebyg-

ger depression och kognitiv nedgång. För att kunna dra den slutsatsen krävs longitudinella studier med långa uppföljningstider.

Svenska forskare har varit föregångare inom longitudinell forskning av hög kvalitet och flera svenska befolkningsstudier har genererat solid kunskap om psykisk hälsa och kognitiv status. Exempelvis har man genom att följa den kognitiva utvecklingen hos samma grupp individer upp till hög ålder kunnat observera hur det normala åldrandet ser ut till skillnad från en patologisk utveckling.

I en nyligen publicerad studie – som bygger på de longitudinella studierna *Kungsholmsstudien* i Stockholm och *H70-studien* i Göteborg – konstaterades att förändringar i fluida förmågor (minne och psykisk snabbhet) har en startpunkt så långt tillbaka som tio år före en demensdiagnos, medan förändringar i kristalliserade förmågor (verbal förmåga) blir synliga betydligt senare, omkring fem år före en diagnos (Thorvaldsson m fl, 2011).

Men även om startpunkten för förändringar i fluida förmågor kom tidigare än för kristalliserade förmågor så var nedgången snabbare för de kristalliserade förmågorna när startpunkten väl var passerad. Att tidigt kunna avgöra när den kognitiva funktionen börjar visa tecken på nedgång är av stor vikt för att kunna karaktärisera och särskilja orsakerna till nedgången och optimera behandling.

Beror nedgången på depression? Handlar det om nedgång av typen lindrig kognitiv störning (Mild Cognitive Impairment, MCI) eller handlar det om nedgång som är typisk för begynnande demens? Här behöver forskningen förstärkas för att ge användbart underlag i det kliniska arbetet (se även Sindre Rolstad *Psykologtidningen* nr 8 2010).

Livsstil i medelåldern

Vi vet numera en hel del om åldrandet, men hur kan vi öka kunskapen om normal kognitiv utveckling och om vilka faktorer som påverkar den kognitiva funktionen i negativ riktning? De äldre är en mycket heterogen grupp vad gäller kognitiv funktion, således presterar människor på väldigt olika nivåer. En

av de viktigaste faktorerna som kan förutsäga på vilken nivå den kognitiva förmågan ligger är utbildningsnivå och vilken typ av arbete individen har haft i termer av intellektuell kravnivå.

Nya resultat från svenska befolkningsstudier har dessutom visat att tillstånd i medelåldern är av betydelse för kognitiv funktion på äldre dagar. I en studie som bygger på information

”Övervikt i medelåldern ökar risken för demens 30-40 år senare”

från Tvillingregistret har vi visat att övervikt i medelåldern är relaterat till sämre prestation på kognitiva tester 30 år senare. Studien inkluderade enbart individer som inte hade drabbats av demens, där de kognitiva testerna mätte bland annat episodiskt minne, korttidsminne, verbal förmåga, psykisk snabbhet och spatial förmåga. De som var överviktiga i medelåldern hade signifikant lägre poäng på samtliga kognitiva förmågor (Hassing m fl, 2010).

I samma material fann vi att övervikt i medelåldern även ökade risken för demens 30–40 år senare (Hassing m fl, 2009). Eftersom vi kontrollerat för påverkan från faktorer som högt blodtryck, diabetes, stroke, utbildnings-

nivå och fysisk aktivitet ligger inte förklaringen i dessa. Det finns dock många hypoteser om varför övervikt i medelåldern ökar risken för demens på äldre dagar, som återstår för forskarna att testa.

Ett annat exempel på betydelsen av tidigare livsstilsmarkörer kommer från *Kvinnostudien* i Göteborg som visar att de som rapporterade hög psykosocial stress i medelåldern hade högre risk för att utveckla demens 30 år senare (Johansson m fl, 2010). Sammantaget stödjer resultat av det här slaget värdet av livsloppsperspektivet i forskningen samt vikten för kliniken att ta hänsyn till individens livsstil, inte just här och nu utan hur den har varit igenom hela livsloppet.

Mycket av den kunskap vi har att tillgå nu är av beskrivande karaktär. Det vi vet mindre om i dagsläget är hur vi kan påverka och framförallt förebygga försämrad psykisk hälsa och kognitiv status. Eftersom kognitiv svikt och demens är bland de mest betungande hälsoproblemen bland äldre, är kunskap om effekten av livsstilsfaktorer som går att påverka central och av stort praktisk betydelse om vi ska kunna minska riskerna för dessa sjukdomar. Sådana kunskaper är även viktiga för planering av omsorgsinsatser och därigenom av stor ekonomisk betydelse för samhället. ✨

LINDA HASSING

DOCENT I PSYKOLOGI
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN
GÖTEBORGS UNIVERSITET

Tidigare artiklar i serien Geropsykologisk forskning:

Boo Johansson, *Rätten till ett normalt psykologiskt åldrande*, PT nr 6 2010.

Agneta Grimby, *Sorg och ensamhet vid förlust av närstående*, PT nr 7 2010.

Sindre Rolstad, *Viktigt upptäcka förstadier till demens*, PT 8 2010.

Anne Ingeborg Berg, *Psykiskt välbefinnande på ålderns höst*, PT nr 9 2010.

Lennarth Johansson, *Tungt ansvar för anhöriga som vårdar äldre närstående*, PT nr 10 2010.

REFERENSER:

Hassing, L B, Dahl, A, Pedersen, N L & Johansson, B (2010). Overweight in midlife is related to lower cognitive function 30 Years Later: A prospective study with longitudinal assessments. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29, 543–552.

Hassing, L B, Dahl, A, Thorvaldsson, V, Berg, S, Gatz, M, Pedersen, N L & Johansson, B (2009). Overweight in midlife and risk of dementia: A 40 year follow up study. *International Journal of Obesity*, 33, 893–898.

Johansson, L, Guo, X, Waern, M, Östling, S, Gustafson, D, Bengtsson, C, Skoog, I (2010). Midlife psychological stress and risk of dementia: A 35 year longitudinal population study. *Brain*, doi:10.1093/brain/awq116.

Lichtenstein, P, Sullivan P F, Cnattingius, S, Gatz, M m fl (2006). The Swedish Twin Registry in the third millennium: an update. *Twin Research and Human Genetics*, 9, 875–82.

Thorvaldsson, V, MacDonald, S W S, Fratiglioni, L, Winblad, B, m fl (2011). Onset and Rate of Cognitive Change Before Dementia Diagnosis: Findings From Two Swedish Population Based Longitudinal Studies. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17, 1–9.