

TEMA

# Aldring



Ⓧ Psykologtidsskriftet



Denne utgaven ble godkjent til trykk  
20.05.2026

ISSN 0332-6470

**Postadresse**

Postboks 419 Sentrum, 0103 Oslo

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams  
katharine@psykologtidsskriftet.no

**Utgiver** Norsk psykologforening,  
generalsekretær Ole Tunold

**Henvendelser til redaksjonen**  
redaksjonen@psykologtidsskriftet.no

**Debattinnlegg**  
meninger@psykologtidsskriftet.no

**Annonser** tlf. 23 10 31 33  
tidsskrift@psykologtidsskriftet.no  
Bestillingsfrist 16.06, 16.07, 17.08

Opplag 10 600

**Sjefredaktør** Katharine Cecilia Williams  
**Psykologfaglig redaktør** Gro Walø-Syversen  
**Journalist** Matt Oxman

**Produksjonsansvarlig** Veronica Bjartan

**Teknisk redaktør** Christian von Schack  
**Redaktører** Daniel Willumstad Gunstveit,  
Heidi Wittrup Djup, Ida Sund Morken  
og Simen Bø

**Markedsansvarlig** Unni Sandland

**Redaksjonsråd** Siv Hilde Berg, Harald  
Bækkelund, Ute Gabriel, Roger Hagen,  
Marianne Berg Halvorsen, Joar Øveraas  
Halvorsen, Solveig H.H. Kjus, June  
Ullevoldsæter Lystad, Per-Magnus Moe  
Thompson, Elisabeth Schanche, Erik  
Stänicke, Jens Thimm og Espen Walderhaug

**Layout** Christian von Schack  
**Bileredaktører** Maria Astrup og Kristin Bø  
**Omslagsillustrasjon** Sonja Krohn  
**Trykk** Aksell AS

© Tidsskrift for Norsk psykologforening. Alt innhold på  
www.psykologtidsskriftet.no er fritt tilgjengelig. Fra januar  
2025 er alt innhold publisert under åpen tilgang (open access)  
med Creative Commons-lisensen CC-BY 4.0. Med unntak av  
vitenskapelige artikler publisert under CC BY-lisensen siden  
1. juni 2022, har Psykologtidsskriftet kopirettighetene på alt  
innhold før 2024. Bilder, illustrasjoner og figurer omfattes  
av oppgitt CC-lisens med mindre annet er angitt i bilde-/  
figurteksten. Dersom elementer er rettighetsbelagt, må man  
kontakte rettighetshaver for gjenbruk.

Tidsskrift for Norsk psykologforening redigeres etter Fagpressens  
redaktørplakat, Vær varsom-plakaten og medieansvarsloven.  
Alt som publiseres representerer forfatterens synspunkter  
som ikke nødvendigvis samsvarer med redaktørens eller  
Norsk psykologforenings offisielle synspunkter. Etikpanelet  
er meningsyttringer der skribenten inviteres til å bidra.  
Etikkpanelet og debattinnlegg uttrykker forfatterens meninger,  
ikke Psykologtidsskriftets. Tidsskrift for Norsk psykologforening  
følger retningslinjene fra Vancouver-gruppen (International  
Committee of Medical Journal Editors), og er medlem av  
Fagpressen, Norsk redaktørforening og Norsk tidsskriftforening.

 **Fagpressen**



# INNHOOLD

## NR 6 - 26

Psykologtidsskriftet  
Vol 63

### OMSLAG

**Sonja Krohn** (f. 1941) er en norsk billedkunstner utdannet ved SHKS og Kunstakademiet i Oslo. Hun kan se tilbake på 25 stipender og kunstneropphold i utlandet, 46 gruppeutstillinger og 22 separatutstillinger, blant annet en stor retrospektiv utstilling i Gamle Munch i 2024, da hun også utga boka *Sonja Krohn Retrospektiv*. Eller hun kan fortsatt se framover, som i selvportrettet på forsiden.



<b>FORORD</b>   Inger Hilde Nordhus & Elisabeth Flo-Groeneboom	354
<b>FAGARTIKKEL</b>   Nora Sveaass Styrking av globale menneskerettigheter for eldre – en investering i fremtiden	356
<b>FAGARTIKKEL</b>   Eva Karin Dalsgaard Axelsen Aldersstereotypier – hva gjør de med de eldre?	361
<b>FRA FORSKNINGEN</b>   Sidsel Louise Schaller Eldres seksuelle helse	366
<b>FAGARTIKKEL</b>   Flo-Groeneboom et al. Overgangsalderen – et undertematisert område i psykologisk praksis	369
<b>INTERVJU</b>   Matt Oxman En jeremiade for eldrepsykologien	376
<b>INTERVJU</b>   Simen Bø Aktivist for Eldres rettigheter	380
<b>EVIDENSBASERT PSYKOLOGISK PRAKSIS</b>   Arvid Hammerstad Personlighetsforstyrrelser hos eldre	383
<b>OVERSIKT</b>   Madsø et al. Angstbehandling hos eldre	390
<b>FAGARTIKKEL</b>   Sirevåg & Stavestrand Behandling for eldre med generalisert angstlidelse – erfaringer og funn fra Solli DPS	402
<b>FAGARTIKKEL</b>   Hyldmo et al. Fire gode vaner i kommunikasjon med eldre pasienter	408
<b>FRA FORSKNINGEN</b>   Marthe Grue Mangelfull kartlegging av psykisk helse hos hjemmeboende eldre	414
<b>TEORETISK ARTIKKEL</b>   Walhovd & Fjell Et livsløpsperspektiv på kognitiv aldring	419
<b>OVERSIKT</b>   Håkan Fischer Emotion och åldrande	429
<b>ORIGINALARTIKKEL</b> Bystad & Rasmussen Hva glemmer de eldre?	438
<b>OVERSIKT</b> Pallesen et al. Søvn og søvnlidelser hos eldre	444
<b>FRA FORSKNINGEN</b>   Erik Hessen Nevropsykologisk undersøkelse og utredning av mild kognitiv svikt	452
<b>DOKTORGRADER</b>	455
<b>SPRÅKFØLELSE</b>   Inger Hilde Nordhus Hvorfor vi bør slutte å snakke om eldrebølgen	456
<b>ETIKKPAANELET</b>   Ida Anette Bjørk Alder som hindring for psykologisk behandling	457
<b>KRONIKK</b>   Linn-Heidi Lunde Eldremyter og alderisme	461
<b>DEBATT</b>	
En viktig fagetisk refleksjonsdugnad   Vik & Eide	463
<b>MINNEORD</b>	465

**TEKST** Inger Hilde Nordhus og  
Elisabeth Flo-Groeneboom  
Gjesteredaktører

# Å leve lange liv

Slagord som «60 er det nye 40» antyder at dagens generasjoner av middelaldrende og eldre voksne kan føle seg yngre enn tidligere generasjoner, og møte egen aldring med mer positive holdninger og forventninger. Men allmennhetens faktiske syn på aldring som prosess og på eldre voksne som sosial gruppe er fortsatt overveiende negativt.

Oppfatningene vedvarer til tross for at flere tiår med biomedisinsk og psykologisk forskning om menneskelig aldring har vist en høy grad av variasjon i måten vi blir eldre på, og selvsagt store variasjoner i helse. I vår tid kan vi leve lange og gode liv, også om vi rammes av alvorlige sykdommer og helseproblemer. Samtidig kan vi ikke overse at aldring skaper omsorgsbehov og utfordringer i helse-tjenestene. Men dette forsvaret ikke alderspessimisme. Tas pessimismen til sitt ytterpunkt, beveger vi oss fort mot diskriminering og utenforskap.

Spørsmålet er om vi som forskere og klinikere klarer å se den aldrende personen med realistiske forventninger? Også våre fagmiljø trenger å ta et blick på egen aldersdiskriminering. Eldre (vanligvis definert som 65 år og over) er underrepresentert i både medisinske og psykologiske behandlingsstudier. De blir sjelden invitert inn i psykologiske voksenstudier, da det er vanlig å sette et tak for inklusjon på henholdsvis 60 eller 65 år. Retningslinjer for behandling bygger derfor i store trekk på studier som ikke har inkludert eldre.

Underrepresentasjon av eldre voksne i kliniske behandlingsstudier kan skyldes at forskerne er bekymret for at kognitiv svikt og andre aldersrelaterte helseproblemer skal komplisere tolkningen av forskningsfunn. Dermed får vi ikke tilstrekkelig kunnskap om hvordan behandling kan være til nytte også for den eldre del av befolkningen. Eldre som oppsøker helsehjelp, blir sjelden tilbudt psykologisk

behandling som alternativ eller supplement til medikamentell behandling.

At utdanningen i liten grad omfatter eldre, kan være en sterk medvirkende faktor i dette.

Utvikling gjennom livsløpet og kunnskap om aldersrelaterte hensyn i behandling og diagnostikk må også overføres til kommende psykologer som en grunnleggende del av utdanningen. Dagens forskrift (Forskrift om nasjonal retningslinje for psykologutdanning, RETHOS) dekker hele livsløpet i begrenset grad. Eldre nevnes eksplisitt kun én gang.

At eldre i liten grad omfattes i psykologutdanninger, har siden 90-tallet vært problematisert internasjonalt. Lite tyder på at situasjonen har blitt bedre, til tross for at de fleste land for lengst har konstatert at befolkningen blir eldre. Uten tydelig satsing vil psykologprogrammene nødvendigvis prioritere andre fagområder ved ansettelse og i emneinnhold. Interessant nok peker forskning fra andre land på at studenters beste mulighet til å få erfaring innen alderspsykologi er gjennom praksisutplasseringer. I Norge er denne muligheten mer begrenset.

Heldigvis trenger de færreste pasienter over 65 år en psykolog med omfattende undervisning i spesialiserte alderspsykologiske tema. Psykologer utdannet i Norge, med en bred generalistutdanning, har et godt grunnlag til å behandle eldre pasienter, og eventuelt konsultere spesialister ved behov. En viktig førstebestilling til utdanningsstedene handler derfor om å gjøre aldersperspektivet synlig gjennom hele studieløpet. På den måten kan studenter bli trygge på at de allerede har kompetansen som trengs for å møte eldre pasienter.

I dag har vi et kunnskapstilfang som tilsier at det er all grunn til å skjerpe blikket og holde oss oppdatert. Vi mener at psykologer har en unik posisjon til å bidra med en evidensbasert fortelling om eldre. Vårt mål med temanum-



meret er å gi deg muligheten til å holde deg oppdatert.

I temanummerets første del tar vi en kikk på det store menneskerettslige bildet (Nora Sveaass, se side 356) og blir minnet om å heve blikket utover det lokale. Aldring er globalt, og det er behov for en forvaltning av rettigheter og plikter som erkjenner dette. Eva Axelsen (se side 361) beskriver hvordan aldersstereotyper kan oppleves i møte med helsepersonell. Sikkert ikke intendert, men språk og holdning avslører og gjør noe med mottakeren. I temanummeret blir du gjort oppmerksom på utbredte unnlattelsessynder. Et eksempel er artikkelen som belyser fravær av oppmerksomhet om og underestimering av fenomenet overgangsalder (se Flo-Groeneboom et al., side 369). Kvinnehelse er også eldrehelse.

Den andre bolken i temanummeret omhandler terapi og behandling. Psykologen skal drive evidensbasert praksis. Arvid Hammerstad (side 383) presenterer en gjennomgang av hva slik praksis innebærer i arbeid med personlighetsforstyrrelser hos eldre. I Kristine Madsø, Line Sandven og Inger Hilde Nordhus sin oversiktsartikkel på side 390 får du innsikt i studier av behandling av angst hos eldre, og eventuelle tilpasninger i praksis. Kristine Sirevåg og Silje Haukenes Stavestrand viser (se side 402) et eksempel på forskning i klinikk, gjennom et behandlingsprosjekt for generalisert angst hos eldre innenfor rammen av et DPS. Ingrid Hyldmo, Torkil Berge og Arnstein Finset presenterer noen gode kommunikasjonsvaner (se side

408) i arbeid med eldre pasienter.

I temanummerets siste del har artiklene sitt utspring i forskningsmiljø ved ulike universitet og sykehus. I en teoretisk artikkel om kognisjon og aldring minner Kristine B. Walhovd og Anders M. Fjell (se side 420) om at hjernehelse i eldre år må ses i lys av hele livsløpet. Vi har lett for å fokusere på kognisjon i eldre år. Gjennom Håkan Fischers artikkel (se side 430) får vi en oversikt over emosjonenes betydning for kognitive prosesser som oppmerksomhet og hukommelse.

Å bekymre seg for å bli glemsk er en utbredt belastning. Martin Bystad og Ingrid Daae Rasmussen løfter frem nettopp dette temaet (se side 439).

Søvnvansker og døgnrytmeforstyrrelser er et særlig utbredt problem for den eldre pasientpopulasjonen. Ståle Pallesen, Elisabeth Flo-Groeneboom, Bjørn Bjorvatn og Inger Hilde Nordhus gir en presentasjon av søvn og søvnlidelse hos eldre i oversiktsartikkelen som du finner på side 445.

Vi minner også leserne om at aldring ikke er en bølge, men en livsfase (Inger Hilde Nordhus, se side 456). Både gjennom ord og holdninger avslører vi at eldre myter og alderisme fortsatt krever sin plass (Linn-Heidi Lunde, se side 460).

I en samfunnsdebatt der eldre mennesker omtales som økonomiske belastninger, omsorgsutfordringer eller som en bølge som må håndteres, blir kunnskapsbaserte perspektiver avgjørende for veien videre. 🗣️

**TEKST** Nora Sveaass  
Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

# Styrking av globale menneskerettigheter for eldre – en investering i fremtiden

Vold og overgrep mot eldre er et globalt problem, i tillegg til risiko for diskriminering og marginalisering.

**KONTAKT** [nora.sveaass@psykologi.uio.no](mailto:nora.sveaass@psykologi.uio.no)

**MERKNAD** Teksten er tilegnet min kjære mann, Jan Høyersten, som var sterkt engasjert i eldre menneskers helse og livssituasjon, særlig rettighetene til mennesker med demensproblemer og deres pårørende. Hans arbeid har satt viktige spor. Nora Sveaass er styreleder i Mental Health and Human Rights Info (MHHRI), professor emeritus og tidligere medlem av to av FNs traktatorganer og leder av Menneskerettighetsutvalget i NPF fra 1998–2023.

Menneskerettighetene er i prinsippet universelle. Alle mennesker har rett til å leve et liv i verdighet og bli møtt med respekt og anerkjennelse. Dette viktige prinsippet er under angrep, og i dag opplever vi mange forsøk på å undergrave disse helt grunnleggende ideene. Samtidig er vi opptatt av å formulere og styrke rettighetene til grupper som av ulike grunner faller utenfor, eller som har det mer vanskelig enn andre når det gjelder å få oppfylt grunnleggende rettigheter. I denne artikkelen drøftes menneskerettighetene til eldre mennesker og hva som må gjøres for å sikre at disse blir tydeliggjort og respektert i verdens land.

I en tid da menneskerettigheter og ikke minst alvorlige menneskerettighetsbrudd preger verden, er det viktig å tydeliggjøre hva de globale menneskerettighetene faktisk innebærer, og hvilke forpliktelser den enkelte stat har påtatt seg gjennom ratifiseringen av de sentrale menneskerettighetskonvensjonene. Dette betyr også konkretisering av rettigheter til grupper av mennesker med ulike

kjennetegn eller behov, og der faren for diskriminering eller også fravær av åpenbare rettigheter står på spill. Mitt fokus er menneskerettighetene til de eldre i samfunnet, og hva som er gjort og gjøres for å sikre dem et liv i verdighet med tilgang til rettigheter. Jeg beskriver globale og nasjonale perspektiver, med særlig vekt på initiativ som bidrar til overvåking og sikring av rettighetene.

### Internasjonale menneskerettigheter og eldre

FNs høykommissær for menneskerettigheter, Volker Türk, holdt en tale i FN (Türk, 2024) der han i klare ordelag slo fast at det globale engasjementet for eldre må bli sterkere. Han viste til at i 2050 vil én av seks personer i verden være over 65 år, og at økningen av eldrebefolkningen vil være særlig stor i Nord-Afrika og Vest-Asia (Türk, 2024). Det ble påpekt at eldre mennesker, som jo er en heterogen gruppe, like fullt har det til felles at de står overfor en rekke utfordringer når det gjelder tilgang til rettigheter de har krav på, og beskyttelse mot urett og utestenging. Konkret nevnte høykommissæren vold og overgrep mot eldre som et stort globalt problem, i tillegg til risiko for stigmatisering, diskriminering og marginalisering. Dette kan bidra til at eldre ofte ikke får den helsehjelpen, oppfølgingen eller støtten som de trenger og har rett på. Det såkalte «digital divide», det vi gjerne kaller digitalt utenforskap, ble også løftet frem, der dagens teknologi ikke blir tilgjengelig for eldre. Han minnet om at vi alle uten unntak vil eldes (Türk, 2024).

Som medlem i to av FNs menneskerettighetskomiteer, begge med mål om å bekjempe tortur og umenneskelig behandling, over en periode på 16 år, har jeg jobbet tett på flere av FNs høykommissærer for menneskerettigheter i Genève. Men det er første gang jeg hører en så klar stemme fra det holdet om de eldre og deres rettigheter, og om staters forpliktelser til å leve opp til kravene som er formulert i avtaler og konvensjoner de har sluttet seg til.

Men først litt om menneskerettighetene mer generelt. Med FN-pakten i 1945 og den universelle Menneskerettighetserklæringen i 1948 kan vi snakke om et stort og viktig gjennombrudd når det gjelder menneskerettigheter. Fra at folkeretten var opptatt av forholdet mellom stater, ble det nå en sterkere oppmerksomhet mot folks grunnleggende rettigheter. Stater skulle samarbeide om å oppfylle respekten for menneskerettigheter, som i praksis betød at stater skulle kunne ha innsyn i og bry seg om hvordan mennesker har det i andre land. Med andre ord har folkeretten beveget seg fra det å beskytte grenser mellom land til å beskytte mennesker i land.

Det viktige prinsippet som ble innført med FN-pakten var, som det står i artikkel 1 i den universelle Menneskerettighetserklæringen, at alle mennesker er født frie og like når det gjelder verdighet og rettigheter. Det vil si at de har samme rettigheter og krav på respekt for sin integritet, uavhengig av kjønn, alder, religion eller etnisitet.

Menneskerettigheter er altså per definisjon universelle. De gjelder alle, uten unntak av noe slag. Til tross for dette krystallklare prinsippet har det vært nødvendig i årene som fulgte etter 1948, å utvikle regler og bindende

## FN-KJERNEKONVENSJONER

Av de ti såkalte kjernekonvensjonene i FN-systemet er syv av dem rettet inn mot definerte befolkningsgrupper eller grupper:

- barnekonvensjonen
- kvinnekonvensjonen
- konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne
- konvensjon om beskyttelse av rettighetene til alle migrasjonsarbeidere og medlemmer av deres familier
- konvensjon om beskyttelse av alle personer mot tvungen forsvinning
- rasediskrimineringskonvensjonen
- personer som er frihetsberøvet (OPCAT, tilleggsprotokollen til torturkonvensjonen)

traktater eller konvensjoner om rettighetene til spesifikke grupper. Det generelle og ideelle prinsippet nedfelt i Menneskerettighetserklæringen har ikke vært tilstrekkelig. Det ble viktig å arbeide frem rettighetssystemer som kan ivareta definerte grupper og deres beskyttelse, som også kunne være bindende for stater. Av de ti såkalte kjernekonvensjonene i FN-systemet er syv av dem rettet inn mot definerte befolkningsgrupper eller grupper. Vi snakker om barnekonvensjonen, kvinnekonvensjonen, konvensjonen for mennesker med nedsatt funksjonsevne, konvensjonen for migrantarbeidere, personer som er tvungent forsvunnet og mennesker utsatt for rasediskriminering. Når det gjelder tilleggsprotokollen til torturkonvensjonen, dreier den seg om dem som er frihetsberøvet, i ulike sammenhenger. Og hva da med de eldre? Jeg skal snart komme til dette.

Først noen ord om hva det vil si at rettigheter defineres og omhandles i ulike menneskerettighetsdokumenter eller konvensjoner. Når stater ratifiserer eller slutter seg til de ulike menneskerettighetskonvensjonene, er de bundet til å følge disse, og både lovverk og praksis må følge prinsippene i konvensjonene. For å sikre at stater oppfyller sine forpliktelser, må de hvert fjerde år rapportere til de konvensjonsspesifikke komiteene, de såkalte traktatorganene. Det vil eksempelvis si at oppfylging av barnekonvensjonen vurderes av FNs barnekomité, hvordan kvinnekonvensjonen følges opp, vurderes av FNs komité for eliminering av diskriminering av kvinner og så videre. Her gjennomgås konkret implementering av bestemmelser og forpliktelser. Mangler og unnløstelser påpekes, og anbefalinger gis til det enkelte land om hvordan de skal forbedre sin praksis (Stang & Sveaass, 2025). Disse anbefalingene er offentlige, slik at kritikk blir kjent og åpen for innsyn. Og det er viktig, for de fleste stater liker ikke kritikk.

Menneskerettighetsbestemmelser og organer som

overvåker oppfylging av rettighetene, finnes både på internasjonalt, regionalt og nasjonalt nivå. På det internasjonale plan er det først og fremst FN-systemet som står sentralt. På det regionale plan i Europa har vi Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EHRC) og en menneskerettighetsdomstol som tar opp saker meldt inn fra europeiske land som har sluttet seg til konvensjonen. På nasjonalt nivå har vi først og fremst rettsapparatet og flere aktuelle mekanismer, slik som ombud. I tillegg fyller det sivile samfunnet, oftest gjennom ikke-statlige eller frivillige organisasjoner, en viktig rolle med hensyn til å følge med på hvordan det enkelte lands menneskerettighetsforpliktelser følges opp. Her har blant annet Psykologforeningen en viktig rolle, først og fremst gjennom Menneskerettighetsutvalget. Dette utvalget har ved flere anledninger uttalt seg om forhold der Norge på ulike måter har sviktet eller ikke fulgt godt nok opp sine forpliktelser gitt gjeldende konvensjoner.

## — eldre på flukt er et tema som forbigås i taushet

### Egne konvensjoner for eldre?

Vi har så langt sett at flere av konvensjonene omhandler konkrete grupper, men mange er også mer overordnede og beskriver rettigheter som vi alle har, og hensyn som må tas overfor alle. Derfor er flere av de eksisterende konvensjonene både i FN-systemet og i de regionale menneskerettighetssystemene svært relevante når det gjelder eldre. Her vil jeg særlig fremheve FN-konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SPR) og konvensjonen om sosiale, økonomiske og kulturelle rettigheter (ØSK), kvinnekonvensjonen (KK) og konvensjonen om rettighetene for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) (Stang & Sveaass, 2025). Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen har også stor betydning, og likeledes Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner, den såkalte Istanbulkonvensjonen. Stortinget vedtok i 2017 å ratifisere denne konvensjonen, og den er relevant for alle kjønn.

Men også FNs torturkonvensjon, og særlig tilleggsprotokollen til denne, er av betydning når det gjelder eldre. Det er nemlig tilleggsprotokollen til FNs torturkonvensjon som er den direkte årsaken til at vi i dag, ved Sivilombudet i Norge, har en enhet som arbeider aktivt, blant annet med anbefalinger når det gjelder eldre, først og fremst med hensyn til dem som bor på sykehjem. Den forebyggende enheten ved Sivilombudet har mandat til å gjennomføre regelmessige besøk til alle steder der personer holdes frihetsberøvet, enten det er i fengsel,

helseinstitusjoner eller annet, og herunder besøkes norske sykehjem regelmessig. Lokaler og regelverk går etter i sømmene, og beboere, ansatte og pårørende blir intervjuet. Deretter følger rapporter med beskrivelser, påpekninger og anbefalinger. Enhetens rapporter er grundige, lett tilgjengelige og svært leseverdige (se Sivilombudet.no).

En gjennomgang av anbefalinger, også fra FNs torturkomité, viser at denne ved en rekke anledninger har kritisert staters håndtering av eldre personer, deres rettigheter og livsbetingelser i ulike sammenhenger. Da er det gjerne snakk om eldre i institusjoner, og særlig eldre i fengsel. Eldre personers situasjon i fengsler er ofte hårreisende. Jeg har selv besøkt fengsler i mange deler av verden og prøver alltid å snakke med eldre fanger for å se og høre om hvordan de lever. I denne sammenheng besøker jeg også LHBTI-personer. Begge disse gruppene lever ofte under katastrofale forhold i fangenskap.

Med utgangspunkt i det som beskrives over, er det rimelig å tenke at eldres rettigheter langt på vei ivaretas av de mange konvensjonene som allerede er på plass både i FN-systemet og regionalt. Men spørsmålet har vært stilt gang på gang: Bør det ikke likevel utarbeides en egen konvensjon som omhandler eldre og staters forpliktelser når det gjelder deres rettigheter, og som tar hensyn til de særlige forhold som eldre ofte står i?

Dette spørsmålet har en lang historie. Et forslag om egen konvensjon ble først foreslått så tidlig som i 1948, uten at dette ble fulgt opp. I 1981 ble de såkalte FN-prinsippene for eldre personer vedtatt, og et nytt forslag om konvensjon ble reist i 2011. Fortsatt er dette under debatt, og jeg vet lite om hvor det vil ende. Så sent som i 2024 var det flere land som tok opp igjen spørsmålet om en egen konvensjon.

I september 2013 vedtok imidlertid FNs menneskerettighetsråd en resolusjon 24/20 (Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights [OHCHR], 2013) der det ble bestemt at man skulle ha en uavhengig ekspert på menneskerettigheter for eldre. Dette var et viktig skritt i arbeidet med å styrke beskyttelsen av eldre menneskers rettigheter globalt. Den uavhengige eksperten fikk mandat til å vurdere hvordan menneskerettighetene til eldre blir respektert og beskyttet i ulike land, identifisere og fremme god praksis, gi anbefalinger til stater og andre aktører om hvordan eldre personers rettigheter kan styrkes og om hvordan samarbeide med andre FN-organer og sivilsamfunnsorganisasjoner. I dag er det Claudia Mahler fra Østerrike som har dette mandatet. Hun besøker land og lager generelle rapporter og anbefalinger av betydning for menneskerettighetene til eldre personer (OHCHR, 2025). I denne perioden er det blitt vedtatt resolusjoner for å følge opp dette mandatet og forlenge det, men i april 2025 ble en resolusjon vedtatt i Menneskerettighetsrådet som omtales som historisk. Her ble det vedtatt å nedsette en arbeidsgruppe som skal lage utkast til et internasjonalt og juridisk bindende instrument, eller rettere en FN-konvensjon om menneskerettigheter til eldre. «This resolution highlights a global commitment to promote and protect the human rights of older persons» (Eurag, 2025).

I tillegg til dette er eldre på flukt et tema som ofte forbigås i taushet. Den tidligere høykommissæren Sadako Ogata sa en gang at «de eldre er blant de mest usynlige gruppene både når det gjelder flyktninger og fordrevne personer». I dag er det først og fremst FNs høykommissær for flyktninger som løfter frem situasjonen til eldre flyktninger, og peker på at i tider med fordrivelse og flukt utsettes eldre mennesker for presserende rettighetsbrudd og ignorerte behov (United Nations High Commissioner for Refugees [UNHCR], 2024). De kan være spesielt utsatt for overgrep og omsorgssvikt under konflikter eller naturkatastrofer, når mangel på mobilitet, nedsatt syn og kroniske sykdommer kan gjøre tilgang til nødvendig støtte vanskelig.

I dag utgjør eldre flyktninger rundt fire prosent av den totale befolkningen som ligger inn under UNHCRs ansvarsområde, og innen 2050 vil flere i verden være *over* 60 år enn *under* 12 år (UNHCR, 2025). Eldre mennesker er noen ganger motvillige til å forlate hjemmene sine og er ofte de siste som flykter fra fare. I eksil kan de bli sosialt isolert og fysisk adskilt fra familien sin, noe som forverrer den sårbare situasjonen deres. Eldre kvinner og menn kan bidra aktivt til familien og lokalsamfunnet, selv på flukt, om de får en mulighet.

### Eldres situasjon i Norge

Om vi beveger oss over til Norge – hvordan har menneskerettigheter for eldre vært tematisert og fulgt opp? En rapport fra Norsk senter for menneskerettigheter om menneskerettigheter i sykehjem peker på problemer i forbindelse med omfattende medisiner og bruk av tvang, og anbefalte norske myndigheter å kartlegge menneskerettighetssituasjonen i sykehjem, og å inkludere temaet i internasjonal rapportering (Norsk senter for menneskerettigheter, 2014).

Året etter ble Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter etablert, nemlig Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM), og her ble senterets mandat og arbeid videreført. NIM har markert seg tydelig på feltet eldre og menneskerettigheter, og det er mye informasjon å finne på NIMs hjemmesider (NIM). I 2019 kom rapporten «Eldres menneskerettigheter – syv utfordringer» (NIM, 2019). Her er det temaer knyttet til vergemål og rettslig handleevne, vold og seksuelle overgrep mot eldre, aldersdiskriminering, universell utforming og helsehjelp. Særlig interessant i denne sammenhengen er temaet om eldre LHBTI-personer og deres møte med helse- og omsorgstjenesten. I juni 2023 fulgte NIM opp dette viktige arbeidet med rapporten «Eldres menneskerettigheter – på stedet hvil?» (NIM, 2023). Dette er en kunnskapsoversikt som beskriver den faktiske situasjonen meget konkret. Blant annet omtaler rapporten overgrep mot eldre, særlig i nære relasjoner, og kommunens ansvar for å iverksette tiltak som kan forebygge slike overgrep og beskytte eldre som er utsatt for dette. Her avsløres det hvor skremmende lite som er gjort på området, til tross for anbefalinger, rapporter og handlingsplaner, inkludert anbefalinger fra internasjonale instanser.

## GLOBALE PROBLEMER

Blant de globale problemene som eldre står overfor i dag, finner vi:

- vold, overgrep og trakassering i nære relasjoner, i institusjoner og i det offentlige rom
- diskriminering, altså aldersdiskriminering og stereotypifisering
- miljøendringer som har følger for eldre (se nye rapporter i FN om dette)
- forskjeller og utenforskap som skyldes digitalisering av det meste
- tilgang på helsetjenester, ernæring og fattigdomsproblematikk

Rapporten beskriver også problemer knyttet til tvungen helsehjelp og gir en rekke eksempler på praksis som er i strid med de menneskerettslige forpliktelsene på dette området. Sist, men ikke minst tar rapporten opp ernæring og medisinbruk. At underernæring blant eldre, også i institusjoner, er et problem, er jo temmelig sjokkerende. Retten til mat vises det også til, og videre at medisiner er tilpasset, riktige og nødvendige.

Statistisk sentralbyrå anslår at det innen 2060 vil bli 700 000 flere mennesker over 67 år enn i 2024. NIMs direktør har vist til at selv om Norge har gode forutsetninger for å ivareta eldres menneskerettigheter, så «har vi gjentatte ganger sett oss nødt til å advare om menneskerettslige utfordringer i eldreomsorgen. Det er nødvendig å få mer oppmerksomhet rundt disse bekymringene, og at myndighetene nå tar konkrete steg for å løse dem» (NIM, 2025). Blant problemene som NIM viser til, er *praktiseringen av tvungen helsehjelp, vold og overgrep, underernæring, uheldig legemiddelbruk og digitalt utenforskap*. NIM har nylig publisert en egen rapport om utfordringer knyttet til eldre og den økte digitaliseringen av offentlige tjenester og kommunikasjon, særlig i helse- og omsorgssektoren, med det klingende navnet – «Uten nett, uten rett» (NIM, 2025). Vi ser at disse overlapper godt med problemene pekt på som de globale utfordringene.

I arbeidet med eldres rettigheter spiller også Sivilombudet en viktig rolle. Den torturforebyggende enheten her ble etablert i 2014 etter at Norge hadde ratifisert tilleggsprotokollen til torturkonvensjonen – bedre kjent som OPCAT (Optional protocol for the Convention against Torture). Mandatet er å besøke alle steder der mennesker holdes frihetsberøvet, enten det er i kriminalomsorgen, i barnevernet, i helsevesenet eller i utlendings- eller asylsystemet. I den forbindelse har enheten besøkt en rekke sykehjem i Norge, og oppsummerer i sin rapport fra 2022 viktige funn:

Manglende bevissthet om utgangsbegrensninger, stor usikkerhet blant ansatte om tvangslovverket, ulovlig tvang der Sivilombudet avdekket at flere beboere ble

utsatt for ulovlig tvang i stell- og pleiesituasjoner, og manglende kompetanse om risiko for vold og overgrep. Mer om disse alvorlige funnene kan leses i rapporten (Sivilombudet, 2022). Dette arbeidet fortsetter, og Sivilombudet legger alle sine rapporter med anbefalinger ut på sin offentlige hjemmeside.

Norge hadde også et eldreombud en gang. Det ble etablert av et samlet Storting i 2020, og lov om eldreombudet ble vedtatt. Tre år senere ble ombudet avviklet, og i sitt «testament» beskrives erfaringene som ble gjort og alt som gjenstår. Ombudets mandat var å arbeide for eldres interesser på alle samfunnsplan og ha fokus på digitalt utenforskap, samfunnsdeltakelse, helse og omsorg. Det er en trist historie, men enkelte steder er det allikevel etablert eldreombud. I Agder er det et fylkeseldreombud og i Drammen kommune er det et kommunalt ombud.

## Mennesker med traumatiske erfaringer

Før jeg runder av, vil jeg peke på noen grupper, eller kanskje riktigere mennesker, med krevende erfaringer som det er all grunn til å være oppmerksom på. Det dreier seg om erfaringer som gjerne kan melde seg igjen med større kraft når en blir eldre. Først vil jeg nevne migranter, personer som er kommet til Norge enten som arbeidsmigranter eller som flyktninger. For mange kan tiden som gammel bli vanskelig både med hensyn til språk, forventninger og kanskje særlig det ikke å skulle dø

i sitt eget hjemland. Mange har alvorlige traumer i livet, enten det er krigstraumer, overgrepstraumer eller annet. Slike erfaringer rapporteres av flyktninger eller migranter, men også av befolkningen ellers. Vi vet om mange norske krigsveteraner og overlevende fra konsentrasjonsleirer under andre verdenskrig som har klart å holde krigserfaringene og traumene i sjakk mens de ennå var aktive og i arbeid. I alderdommen kan slike erfaringer komme tilbake, ofte voldsomt og brutalt.

Mennesker som har vært utsatt for ulike overgrep i yngre dager, for eksempel seksuelle overgrep, er også en aktuell gruppe. Kanskje er det omfattende og ubearbejdede traumer som tydeliggjøres eller forsterkes med det å bli eldre. Når vi blir eldre, blir mange av oss alene, og også redusert både fysisk og mentalt. Vi vet at traumene kan vende tilbake og bli særlig vonde mot slutten av livet (Løkkeberg-Eek, 2023). Når vi også vet at mange ikke får tilgang til psykiske helsetjenester når de blir eldre, er dette et stort problem – noe som for øvrig Likestillings- og diskrimineringsombudet har tatt opp ved flere anledninger.

Jeg er selv blitt pensjonist etter et aktivt og spennende liv med psykologi og menneskerettigheter i fokus, og er av naturlige grunner blitt stadig mer oppmerksom på de mange menneskerettslige og helsemessige oppgavene vi står overfor. Vi som psykologer, med tradisjonsrike røtter i klinisk virke og andre faglige viktige roller og prosjekter, kan og må styrke vårt engasjement på dette området. ♡

### REFERANSER

- Eurag. (2025). *Historic UN Resolution Advances Human Rights of Older Persons*. [https://eurag-europe.net/wp-content/uploads/2025/05/Historic-UN-Resolution-Advances-Human-Rights-of-Older-Persons\\_07.05.2025.pdf](https://eurag-europe.net/wp-content/uploads/2025/05/Historic-UN-Resolution-Advances-Human-Rights-of-Older-Persons_07.05.2025.pdf)
- Løkkeberg-Eek, J. (2023, 17. april). *Ny Psyk-IT: Behandling av traumer hos eldre*. Nasjonalt senter for aldring og helse. <https://www.aldringoghelse.no/behandling-av-traumer-hos-eldre/>
- Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). (2019). *Eldres menneskerettigheter: syv utfordringer*. <https://www.nhri.no/2019/temarapport-2019-eldres-menneskerettigheter-syv-utfordringer/>
- Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). (2023). *Eldres menneskerettigheter. På stedet hvil?* <https://www.nhri.no/2023/eldres-menneskerettigheter-pa-stedet-hvil/>
- Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). (2025). *Uten nett, uten rett. En spørreundersøkelse om barrierer mot å ta i bruk offentlige tjenester på digitale plattformer*. *Undersøkelse-digitalt-utenforskap.pdf*
- Norges senter for menneskerettigheter. (2014). *Menneskerettigheter i norske sykehjem (Temarapport)*. <https://www.jus.uio.no/smr/om/mr-sykehjem.pdf>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2013). *Resolution adopted by the Human Rights Council 24/20. The human rights of older persons. A/HRC/RES/24/20*. <https://docs.un.org/en/A/HRC/RES/24/20>
- Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights. (2025). *OHCHR and older persons*. <https://www.ohchr.org/en/older-persons>
- Sivilombudet. (2022). *Sivilombudets besøk til sykehjem 2020–2022. Oppsummering av de viktigste funnene*. [https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2022/10/Oppsummeringsdokument\\_Sykehjem\\_nettpdf](https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2022/10/Oppsummeringsdokument_Sykehjem_nettpdf)
- Stang, E. G. & Sveaass, N. (2025). *Hva skal vi med menneskerettigheter? Betydningen av menneskerettigheter i helse- og sosialfaglig arbeid*. Gyldendal.
- Türk, V. (2024, 24. mai). *High Commissioner calls for stronger global commitment on rights of older people*. Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights (OHCHR). <https://www.ohchr.org/en/statements-and-speeches/2024/05/high-commissioner-calls-stronger-global-commitment-rights-older>
- UN Human Rights Council. (2013). *The human rights of older persons: resolution / adopted by the Human Rights Council (UN Resolution 24/20)*. <https://www.refworld.org/legal/resolution/unhrc/2013/en/100401>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2024). *UNHCR Integration Handbook: Older refugees*. <https://www.unhcr.org/handbooks/ih/age-gender-diversity/older-refugees>
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2025). *Older persons*. <https://www.unhcr.org/what-we-do/protect-human-rights/safeguarding-individuals/older-persons>

**TEKST** Eva Karin Dalsgaard Axelsen  
Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

# Aldersstereotyper – hva gjør de med de eldre?

Stereotypiene går ut over selvfølelsen, helsen og evnen til å ta vare på seg selv.

Min interesse for aldring og identitet startet da jeg ble 80 år og hadde noen opplevelser som overrasket meg, og som fikk meg til å innse at jeg var blitt gammel «på ordentlig».

Opplevelsene handler om å bli definert ut fra alderen og ikke ut fra den jeg er. Jeg begynte å legge merke til tilbakemeldinger, ble nysgjerrig på min aldringsprosess og hva som eventuelt ligger foran meg. Etter hvert har jeg blitt deltagende observatør til min egen aldring.

**KONTAKT** [eva.axelsen@psykologi.uio.no](mailto:eva.axelsen@psykologi.uio.no)

**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

## Små episoder oppstår i hverdagen

Jeg traff en bekjent på gaten og spurte hvordan moren hennes hadde det, fordi jeg husket fra tidligere at hun hadde en morsom og interessant mor. Vedkommende svarte at det gikk bra med moren, som var i 80-årene. «Hun er fortsatt

med i familieselskaper, men ingen orker å snakke med henne.» Jeg spurte om hun var blitt dement. Nei, det var hun ikke. Hun var klar i hodet. «Men hun er for gammel til å ha noe interessant å komme med», svarte min bekjent. Denne episoden fikk meg til å tenke: «Hva har jeg i vente?»

Jeg ringte et kommunalt telefonnummer for å melde meg på et kurs i styrketrening og balanse for eldre. En kvinne registrerte påmeldingen med navn og fødselsår. Til slutt sa hun myndig: «... og husk at du må møte opp presis!» Som om jeg var et barn. Jeg har et langt arbeidsliv bak meg, hvor arbeidsoppgavene for det meste var forelesninger og terapiavtaler. Å være helt presis sitter fremdeles i ryggraden hos meg. Jeg ble stum og tenkte denne gangen også: «Er det dette jeg har i vente?»

Selv om det er mange gamle mennesker som er mer eller mindre demente og roter med tiden, er det en feilslutning å anta at alle eldre mennesker trenger påminnelser for ikke å komme for sent.

Eldre mennesker er like forskjellige som andre mennesker. Dessuten hjelper det ikke å si til de som glemmer, at de må møte opp presis.

En 73 år gammel kvinne jeg kjenner skulle være med et barnebarn og hjelpe til på et idrettsarrangement fordi barnets foreldre var bortreist. Hun tilbød seg å ta på seg oppgaver som å selge mineralvann og billetter. Kvinnen er sjef for et eget foretak med flere filialer og mange ansatte. Hun arbeider langt mer enn full jobb og er internasjonal dommer i sitt fag. Hun rir og er sprek og engasjert. Men som bestemor ble hun ikke tiltrodd å selge verken mineralvann eller billetter.

### Økende tvil på seg selv

Utsagn som «Du holder deg godt» og «Så oppegående du er» er eksempler på tvetydige komplimenter som gjerne blir eldre til del.

Slike bemerkninger har gått inn i språket og kulturen vår, og de gir meg en tvetydig opplevelse. Jeg både setter pris på dem og blir i dårlig humør av dem. Andres overraskelse over at jeg fungerer og tenker klart, gjør noe med meg, til tross for at jeg er bevisst og prøver å motvirke det.

Jeg fungerer, men sjekker likevel min fungering for å være føre var om den skulle bli dårligere. Dette tror jeg er ganske vanlig hos mennesker i min alder. Og det er jo absolutt en viss realitet i sjekkingen. Flere rundt meg har blitt demente.

Med jevne mellomrom opplever jeg at jeg går inn i et rom i min leilighet og stopper opp fordi jeg ikke husker hvorfor jeg gikk inn dit. Jeg spør meg selv: «Hva skal jeg egentlig her? Var det noe jeg skulle hente? Eller legge fra meg?» Jeg husker ikke. Til tross for at jeg vet at hodet mitt fungerer, streifer tankene innom at demensen kan ligge rundt neste sving, siden jeg ikke husker hva jeg skulle der. Og det kan jo selvfølgelig være at den gjør det. På den andre siden har jeg i nesten hele mitt voksne liv stått slik i ulike rom i forskjellige hus og leiligheter jeg har bodd i, og stilt meg det samme spørsmålet: «Hva skal jeg egentlig

her?» Fordi jeg ikke husker hvorfor jeg gikk inn i det rommet. Men fordi jeg er blitt eldre, blir jeg urolig av det. Det ble jeg ikke før. Da tenkte jeg at jeg var distre fordi jeg hadde så mye annet å tenke på.

Aldersaktivisten Anna Helle-Valle er også opptatt av språket man bruker om eldre mennesker (Halvorsen, 2024). Menneskesynet er innbakt i språket, sier Helle-Valle. Hun er for eksempel imot å kalle eldre mennesker for pensjonister, for man skal ikke betegnes ut fra noe som betyr at du ikke arbeider lenger. Personen skal ha en egenverdi i seg selv. Hun er inne på noe viktig. Jeg har for eksempel merket at når jeg sier at jeg er pensjonist, blir jeg mindre interessant for en del mennesker. De kan da begynne å snakke med den som står ved siden av. Jeg observerer at blikket glir til side og de ser seg rundt etter en mer interessant person. Hvis jeg føyer til at jeg har arbeidet frem til for to år siden, blir jeg litt mer interessant. Dette har også flere som jeg kjenner, opplevd.

Når jeg arbeider eller tar på meg litt krevende oppgaver, sier jeg ofte litt unnskyldende: «Ja, foreløpig er jo hodet mitt klart.» Sier jeg dette for å kommunisere til andre at jeg vet at dette kommer til å forandre seg? For at andre mennesker ikke skal tro at jeg er overmodig og urealistisk? Det samme hørte jeg forresten Trond-Viggo Torgersen si i et intervju på TV. Så jeg er ikke alene om å ha det slik.

### Påkjenning for selvfølelsen

Å bli gammel i dagens samfunn er på mange måter en påkjenning for selvfølelsen. Ingen har godt av å høre at de er en del av en brysom eldrebølge. Vi vet at holdningene overfor eldre har en tendens til å bli mer negativ når den eldre delen av befolkningen vokser, som er dagens situasjon. Kampen om begrensede ressurser og velferdsgoder kan føre til sterkere fordommer mot eldre (Solem, 2022). De gamle koster for mye og er for mange. Min erfaring er at «eldrebølgen» er et svært negativt ladet begrep som mange eldre reagerer på.

For vi som er gamle, har arbeidet, bidratt og levd godt i et velstands- og velferdssamfunn, og vi har reist og opplevd verden. Utdanningsnivået blant eldre er like høyt som i resten av samfunnet. Vi har følt trygghet fordi vi visste at vi ville få hjelp fra helsevesenet hvis vi ble syke, og grøsset når vi tenkte på situasjonen i USA for dem som ikke har helseforsikring. Når vi kommer i en fase i livet hvor vi trenger mer hjelp, skjer det noe nytt. Holdningene fra samfunnet og medmennesker endres, og det blir mer utrygt.

Samspeilet med andre mennesker er sterke krefter som former og endrer vår identitet. Stereotypier om eldre internaliseres gjennom hele livsløpet, både positive og negative. Når du blir gammel, blir de aldersstereotypiene som du har hørt tidligere, relevante for deg og hvem du opplever å være.

Å bli tiltagende svak og hjelpeløs med økende alder er en realitet. Mange blir forvirret med årene, noe som avspeiler seg i de negative aldersstereotypiene. Men eldre er en svært sammensatt gruppe og like forskjellige som alle andre mennesker.



ILLUSTRASJON METTE HELLENES

### Dyrt for samfunnet

Mye forskning på aldersstereotypier viser at de har stor påvirkning på eldre psykiske og fysiske helse. En oversiktsartikkel (Bye, 2017) refererer til et mangfold av studier om virkningen av positive og negative aldersstereotypier. Disse studiene viser at å ha mer positive aldersstereotypier fører til bedre fysiske prestasjoner og gjør at de eldre får et mer positivt syn på seg selv (Levy et al., 2014). Det gir dessuten bedre funksjonsevne etter alvorlig uførhet (Levy et al., 2012) og bedre visuell hukommelse (Levy et al., 2012).

Studiene som Byes oversiktsartikkel refererer til, viser også at når de eldre har mer negative aldersstereotypier, får de mindre vilje til å leve (Marques et al., 2014), opplevelsen av ensomhet blir tyngre (Coudin & Alexopoulos, 2010), og det gir dårligere hukommelse og kognitive ferdigheter (Haslam et al., 2012). Det virker også negativt inn på opplevelse av og ivaretagelse av egen helse og gir høyere dødelighet (Stewart et al., 2012).

Både de eldre selv og samfunnet oppfatter stereotypiene som sannhet. Hvor mye den enkelte lar seg påvirke, er selvfølgelig individuelt, men det er vanskelig å være upåvirket.

## — Negative aldersstereotyper er med andre ord dyrt for samfunnet

Pessimisme og optimisme handler om hvordan vi forstår oss selv og det som skjer. Optimisme er en psykologisk ressurs og en positiv kraft i livet som gir bedre strategier for å håndtere livet og bedre stressmestring. Optimisme gir større sannsynlighet for lengre levealder (Koga et al., 2022; Lee et al., 2019).

Å bli utsatt for negative aldersstereotyper kan altså ha omfattende og alvorlige konsekvenser for enkeltmennesket, slik som mer sykdom og uførhet. Stereotypene virker inn på eldres tro på seg selv og på deres evne til å ta vare på seg selv. Negative aldersstereotyper er med andre ord dyrt for samfunnet. Det er derfor viktig å være klar over hvor stor betydning det har hvordan vi omgås, omtaler og snakker til eldre mennesker.

### Menneskerettigheter

I 2024 gjennomførte Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) en spørreundersøkelse om ivaretagelse av menneskerettigheter i norsk eldreomsorg (NIM, 2024). Undersøkelsen viste at en av fire kjenner til at noen i omgangskretsen har vært utsatt for uverdigg behandling i eldreomsorgen. Halvparten av de spurte sa at de har lite tro på at eldreomsorgen vil være i stand til å ta vare på dem når de blir gamle og trenger hjelp. Man frykter at det skjer menneskerettighetsbrudd (Sveaass, 2026; Stensrud, 2024).

Brennpunkt-dokumentarserien Omsorg bak lukkede dører (NRK, 2023) viste oss hvor dårlig eldreomsorgen i Norge kan være. Programmene ble tatt opp med skjult kamera og viste skremmende uverdigg behandling både av de som bor på sykehjem, og de som bor hjemme på overtid. Vi så blant annet en gammel, forvirret og hjelpeløs kvinne som for det meste var overlatt til seg selv i leiligheten sin. Hun visste ikke når på døgnet det var. Noen stressete hjelpere kom innom i full fart og dro igjen.

Dokumentarene har skremt mange, men programmene kan også være et utgangspunkt for å endre tilbudet til de eldre som trenger andre menneskers hjelp for å leve. Noen helsepolitikere tar til orde for satsing på velferdsteknologi. Roboter og kunstig intelligens blir sannsynligvis en del av fremtiden også for eldre.

Jeg tenker at noe av dette kan være bra, men det kan

bidra til økt avmakt og enda dårligere selvfølelse hos de eldre, som fra før føler usikkerhet overfor ny teknologi. Mennesker er best for mennesker, spesielt når livet er vanskelig og man er redd. Verken gamle eller unge vil holde en robot i hånden hvis man er syk eller skal dø.

### Ny forståelse og behandling av eldre

Eldre responderer bra på samtaleterapi, men ofte får de medikamenter i stedet.

Det er mange grunner til at det er viktig å kunne tilby samtalebehandling til eldre mennesker som trenger det. Jeg kan bare nevne noen her. Tidligere påkjenninger i livet kan aktiveres på ulike måter når man blir gammel. En del eldre blir for eksempel minnet om mishandling og overgrepserfaringer når andre må stelle kroppen deres fordi de ikke er i stand til det selv. Traumeforståelse er derfor viktig i behandling av eldre.

Gjennom aktiverte sansemodaliteter, bevegelser og kroppsreaksjoner som minner om tidligere erfaringer, kan personen få gjenopplevelser (Axelsen, 2020). Tidligere påkjenninger kan også aktiveres gjennom ytre hendelser som setter i gang minner. Selvfølelse og følelsesregulering henger sammen. Å øke selvfølelsen er en av de viktigste kurative faktorene i psykoterapi. En god selvfølelse gjør at vi stoler mer på oss selv, og det hjelper oss å regulere følelser. Et eksempel er evnen til å berolige seg selv, som er viktig for sårbare mennesker.

Da jeg arbeidet som psykolog i en psykiatrisk avdeling for mange år siden, ble en eldre, psykotisk kvinne lagt inn på avdelingen. Hun ble psykotisk etter at barnebarnet hennes ble utsatt for en voldtekt. I opplysningene vi hadde, sto det at kvinnen hadde hatt mye angst og brukt angstdempende medikamenter gjennom hele livet. Hun var urolig og gikk frem og tilbake i korridoren og mumlet noe om og om igjen. Det var vanskelig å snakke med henne og forstå hva hun sa. Personalet var innstilt på å gi opp ganske fort fordi hun var gammel og det ble mistenkt at hun var dement. I et siste forsøk på å få kontakt begynte jeg å gå ved siden av henne i korridoren og lytte til det hun sa. Etter hvert fikk jeg tak i at hun sa: «Hvis mor måtte tåle det, måtte jeg også tåle det.» Denne setningen gjentok hun igjen

og igjen med svak stemme. Jeg begynte forsiktig å si noe til henne mens vi gikk i korridoren. Det tok tid før det kom svar, men gradvis kom det frem en incest-historie som hun klarte å sette ord på for første gang i sitt liv. Voldtekten av barnebarnet hadde vekket opp hennes eget fortrenge traume, og hun ble psykotisk. Selv om starten var vanskelig, viste det seg senere at hun var i stand til å nyttiggjøre seg samtalebehandling.

Heldigvis er det kommet nye stemmer i psykologfeltet med nye tanker om aldring. Psykolog Anne Helle-Valle kaller seg aldersaktivist og engasjerer seg sterkt på dette feltet. Hun ble inspirert av å arbeide som psykolog med eldre på sykehjem (Halvorsen, 2024). Gjennom det ble hun opptatt av eldres rolle i vårt samfunn. Anne Helle-Valle gjør mye utradisjonelt og kreativt arbeid når det gjelder eldre. Hun feirer alderdommen og tar blant annet i bruk opera, tango, raveparties og aldringsfestivaler. Dette er bokstavelig talt nye toner og er en positiv og utradisjonell innfallsvinkel til aldring og de eldre.

En annen stemme finner vi i psykolog Elisabeth Evje, som beskriver hvordan hun da hun begynte å arbeide som psykolog i alderspsykiatrien, forsto at hun hadde hatt holdninger overfor eldre som var basert på stereotypier (Evje, 2024). Evje trodde at alle eldre pasienter var skrøpelige, demente og vanskelige å arbeide psykologisk med. Hun gjorde imidlertid de samme erfaringene som Anne Helle-Valle og opplevde at å arbeide psykologisk med gamle var inspirerende og interessant. Elisabeth Evje etterlyser en psykologisk revolusjon i eldrefeltet og sier at eldre mennesker

«[...] er voksne. Akkurat som deg og meg» (s. 478). En befriende holdning. Jeg vil legge til at alle de terapi-samtalene jeg har hatt som psykolog, og det er ikke få gjennom mer enn 50 år, har lært meg at alle mennesker er interessante hvis man lytter til dem og tar dem på alvor. I tråd med dette har jeg erfart at psykologisk arbeid med eldre er meningsfylt.

## Avslutning

I min levetid har det skjedd en revolusjon i synet på kvinner, barn, homofile og minoriteters rettigheter og livsvilkår. Samfunnet har gradvis avdekket og blitt oppmerksom på dårlige og krenkende måter å omtale og behandle grupper av mennesker på. Nye holdninger på en rekke områder har erstattet gamle handlingsmåter og omtaleformer.

Et eksempel er når det gjelder barn. Gradvis har vi fått en ny forståelse av barns psykologi og oppvekstvilkår. Det er bevilget penger, utviklet barnehagetilbud, foreldrepermisjon og andre tilbud over tid. Ikke minst har psykologer gjennom mange år, skriftlig og muntlig og i alle medier, formidlet ny barnepsykologi og ny forståelse av barns behov til samfunnet.

Revolusjoner på mange områder i samfunnet har utelatt de eldre. De trenger en lignende utvikling som barn har fått i vårt samfunn. God psykologisk forståelse av eldre er en forutsetning for nysatsing og et mer aldersvennlig samfunn. ♫

## REFERANSER

- Axelsen, E. D. (2020). Symptomet som ressurs. Psykiske problemer og psykoterapi. Pax forlag.
- Bye, H. H. (2017). Aldersstereotyper. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 54(1), 20–29. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as01ae-Aldersstereotyper](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017as01ae-Aldersstereotyper)
- Coudin, G. & Alexopoulos, T. (2010). «Help me! I'm old!» How negative aging stereotypes create dependency among older adults. *Age & Mental Health*, 14, 516–523. <https://doi.org/10.1080/13607861003713182>
- Evje, E. (2024). Eldre er voksne. Tidsskrift for Norsk psykologforening, 61(7), 476–478. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2024aso6ae-Eldre-er-voksne>
- Halvorsen, B. E. (2024, 30. juni). Hun har alderdom som kampsak: – Jeg er faktisk sint. *Aftenposten, A-magasinet*. <https://www.aftenposten.no/amagasinet/i/Vz9z8p/anna-helle-valle-kaller-seg-aldringsaktivist>
- Haslam, C., Morton, T. A., Haslam, S. A., Varnes, L., Graham, R. & Gamaz, L. (2012). «When the age is in, the wit is out»: Age-related self-categorization and deficit expectations reduce performance on clinical tests used in dementia assessment. *Psychology and Aging*, 27(3), 778–784. <https://doi.org/10.1037/a0027754>
- Koga, H. K., Trudel-Fitzgerald, C., Lee, L. O., James, P., Kroenke, C., Garcia, L., Shadyab, A. H., Salmoirago-Blotcher, E., Manson, J. E., Grodstein, F. & Kubzansky, L. D. (2022). Optimism, lifestyle, and longevity in a racially diverse cohort of women. *Journal of the American Geriatrics Society*, 70(10), 2793–2804. <https://doi.org/10.1111/jgs.17897>
- Lee, L. O., James, P., Zevon, E. S., Kim, E. S., Trudel-Fitzgerald, C., Spiro, A., Grodstein, F. & Kubzansky, L. D. (2019). Optimism is associated with exceptional longevity in 2 epidemiologic cohorts of men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 116(37), 18357–18362. <https://doi.org/10.1073/pnas.1900712116>
- Levy, B. R., Pilver, C., Chung, P. H. & Slade, M. D. (2014). Subliminal strengthening: Improving older individuals' physical function over time with an implicit-age-stereotype intervention. *Psychological Science*, 25(12), 2127–2135. <https://doi.org/10.1177/0956797614551970>
- Levy, B. R., Slade, M. D., Murphy, T. E. & Gill, T. M. (2012). Association between positive age stereotypes and recovery from disability in older persons. *JAMA*, 308(19), 1972. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.14541>
- Levy, B. R., Zonderman, A. B., Slade, M. D. & Ferrucci, L. (2012). Memory shaped by age stereotypes over time. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67(4), 432–436. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbr120>
- Marques, S., Lima, M. L., Abrams, D. & Swift, H. (2014). Will to live in older people's medical decisions: Immediate and delayed effects of aging stereotypes. *Journal of Applied Social Psychology*, 44(6), 399–408. <https://doi.org/10.1111/jasp.12231>
- Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM). (2024). Befolkningens tanker om eldres rettigheter: En spørreundersøkelse om norsk eldreomsorg. <https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2024/09/NIMs-eldresurvey-2024.pdf>
- NRK. (2023). Omsorg bak lukkede dører [Dokumentarserie]. <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-omsorg-bak-lukkede-doerer>
- Solem, P. E. (2022). Alderisme og aldersdiskriminering – en samfunnsutfordring (SSP-notat nr. 7). Senter for seniorpolitikk. <https://seniorpolitikk.no/wp-content/uploads/2022/05/SSP-notat-7-2022-Per-Erik-Solem.pdf>
- Stensrud, K. (2024, 1. oktober). Ny undersøkelse: Hver fjerde nordmann kjenner noen som har mottatt uverdig eldreomsorg. *Dagsavisen*. <https://www.dagsavisen.no/nyheter/ny-undersokelse-hver-fjerde-nordmann-kjenner-noen-som-har-mottatt-uverdig-eldreomsorg/5618292>
- Stewart, T. L., Chipperfield, J. G., Perry, R. P. & Weiner, B. (2012). Attributing illness to 'old age': Consequences of a self-directed stereotype for health and mortality. *Psychology & Health*, 27(8), 881–897. <https://doi.org/10.1080/08870446.2011.630735>
- Sveaass, N. (2026). Styrking av globale menneskerettigheter for eldre – en investering i fremtiden. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(6), s. 356–360. <https://doi.org/10.52734/XVRR6721>

**TEKST** Sidsel Louise Schaller  
Klinikk for seksuell helse AS,  
Fjellstrand

# Eldres seksuelle helse

## OMTALT PROSJEKT

Schaller, S. L. (2026). *Sexual agency, self-understanding and sexual wellbeing in late adulthood: a qualitative study of how older Norwegian women and men construct meaning of their sexuality in an ageing body*, [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. Nasjonalt vitenarkiv. <https://nva.sikt.no/registration/019c715b416e-0b-1d764a-2acc-4833-b-6da-a9c1228bbcff>

**KONTAKT** [sidsel.schaller@gmail.com](mailto:sidsel.schaller@gmail.com)

**MERKNAD** SS ble invitert til å bidra med teksten. SS arbeider privat med seksuell helse.

Eldre som ønsker å snakke om seksuelle problemer med helsepersonell, møter barrierer.

Avhandlingen *Sexual agency, self-understanding and sexual wellbeing in late adulthood: a qualitative study of how older Norwegian women and men construct meaning of their sexuality in an ageing body* (Schaller, 2026) undersøker selvforståelse og seksualitet hos norske eldre i møtet med samfunnets holdninger til seksualitet hos eldre, og hvordan samfunnets holdninger påvirker seksuelt velvære. Prosjektet er et av de første i Norge som ser på temaet.

Internasjonale studier viser at eldre mennesker oppfatter seksualitet som viktig og meningsfullt i livet, på tvers av kjønn, seksuell orientering, samlivsform, helse og hvorvidt de er seksuelt aktive (McAuliffe & Fetherstonhaugh, 2024). Godt over halvparten av eldre menn og kvinner i Norge rapporterer at de har vært seksuelt aktive det siste året (Træen, Stulhofer et al., 2019). Aldersgruppene som nå kommer inn i rekkene av eldre, er vokst opp under økt likestilling, tilgang på p-piller, feminisme og en mer liberal seksualmoral. De vil utgjøre en økende andel av befolkningen, leve lenger, med og uten sykdom, og vil antas å ha andre forventninger til helsevesenet og egen seksuell helse enn tidligere generasjoner. Samtidig viser forskning at eldre menneskers seksualitet ofte usynliggjøres, omgås og utelates, og til tider latterliggjøres i helsevesenet og i samfunnet (Schaller, 2026).

## METODE

- Kvalitativt design og semistrukturerte intervjuer som dekket livsløpet, tidlig læring, seksuelle erfaringer, kroppsbilde, helse, nåtidig seksualitet, erfaringer med helsevesen og selvforståelse
- 32 norske personer mellom 65 og 85 år, med forskjellig seksuell orientering og sosial status
- Rekruttering via sosiale medier, eldrecentre, brukerorganisasjoner og snøballmetode
- Refleksiv, tematisk analyse

## HOVEDFUNN

- Eldre voksne er aktive meningsskapere om sin egen seksualitet – seksualiteten opphører ikke, men reforhandles i møte med aldring.
- Seksuell agens – opplevelsen av å ha valg og handlekraft i eget seksuelt liv – er avgjørende for seksuelt velvære også i høy alder.
- Kroppsbildet påvirkes av aldringsrelaterte endringer, men mange deltakere viste motstand mot aldersdiskriminerende holdninger og beholdt en positiv seksuell selvforståelse.
- Barndomsopplevelser av emosjonell trygghet eller seksuell skam setter varige spor i seksuell selvforståelse og velvære gjennom hele livet.
- Mange eldre ønsker å snakke om seksuelle problemer med helsepersonell, men møter barrierer som skam, tabu og manglende kompetanse hos behandler.

### Psykoseksuell historie

Studien viser hvordan eldres seksualitet og eventuelle utfordringer må sees i lys av individets psykoseksuelle utviklingshistorie, der tidlig tilknytning, emosjonell læring, kroppsførståelse, erfaringer og opplevd mulighets- og handlingsrom (seksuell agens) gjennom livet påvirker nåtidig forståelse og forvaltningen av egen seksualitet og seksuell tilfredshet.

De fleste deltagerne hadde vokst opp i familier der de følte seg trygge på at de var elsket selv om det var lite kommunikasjon om seksualitet eller bevissthet om variasjoner i for eksempel seksuell identitet. Opplevelser av omsorgssvikt, vold eller overgrep kunne hos dem med mest alvorlige erfaringer påvirke forvaltningen av seksualiteten også i alderdommen.

Flere av deltagerne hadde ikke fått undervisning om seksualitet i skolen. Noen hadde fått kunnskap gjennom foreldre eller bøker, flere hadde også skaffet seg kunnskap senere i livet. Imidlertid opplevde en del at det var lite

kunnskap å finne om hvordan seksualiteten endret seg med aldring som kunne sette dem bedre i stand til å ivareta egen seksuell helse (Schaller, Træen, Lundin Kvalem & Hinchliff, 2020).

### I møte med helsevesenet

Studien så også på hvordan deltagerne opplevde kontakten med helsepersonell (f.eks. fastleger og spesialister) når det gjaldt temaet seksualitet. Svært mange av deltagerne opplevde at helsepersonell ikke tok opp temaet seksualitet, eller at undersøkelser, som for eksempel celleprøve, ble utelatt på grunn av stereotype antagelser om en lesbisk deltagers seksualvaner. Mennene ble imidlertid i større grad spurt om deres seksuelle funksjon enn kvinnene i studien (Schaller, Træen & Lundin Kvalem, 2020). Mange visste heller ikke hvor de kunne søke hjelp dersom seksuelle problemer oppstod.

Flere uttrykte tvil om helsepersonells kompetanse på området, og mange, særlig de eldste kvinnene, var noe mer tilbakeholdne med å nevne seksuelle problemer dersom legen var av motsatt kjønn eller mye yngre. Seksuell orientering var også noe som kunne påvirke om deltageren ville ta opp seksuelle temaer i legetimen, eller hvem de søkte hjelp hos. Imidlertid var det ingen som hadde opplevd eksplisitt negative opplevelser ved legebesøk når de først hadde tatt opp spørsmål om seksuelle forhold. De fleste syntes likevel at det var helsepersonells ansvar å skulle ta opp seksualitet som tema i samtaler (Schaller et al., 2020).

### Kroppsbilde og seksuell tilfredshet

Avhandlingen viste også hvordan kroppsbildet endret seg med alderen, der de fleste uttrykte tilfredshet med kroppen og at de var mindre opptatt av utseende enn tidligere. Likevel var det flere, særlig blant de heterofile kvinnene og noen homofile menn, som uttrykte en bevissthet om samfunnets negative holdninger til seksualitet hos eldre og aldrende kropp, og tendensen at seksualitet kulturelt er knyttet til ungdom, skjønnhet og reproduksjon. En del kvinner og menn brukte strategier som kosthold, trening og kroppspøleie for å holde seg i form og fremstå som yngre. Mange brukte også psykologiske strategier når de vurderte egen seksualitet og attraktivitet i forhold til andre jevnaldrende for å opprettholde en positiv selvforståelse som seksuell. Flere fant måter å tilpasse den seksuelle aktiviteten på og justerte tilfredsheten til det som var kroppslig og relasjonelt mulig, der dette både kunne bli presentert som en mestringsopplevelse, men også i forbindelse med savn av tidligere kroppslige kapasiteter og opplevelser (Schaller et al., 2023).

### Implikasjoner

Det er økende anerkjennelse av seksualitetens betydning for helsetilstand og velvære i Verdens helseorganisasjon (WHO), som argumenterer for at seksuelle helserettig-

heter ikke bare skal tilkomme mennesker i reproduktiv alder, men er relevant for alle mennesker, inklusive eldre og gamle mennesker. Seksuell helse er ikke et privat anliggende, men et folkehelse spørsmål. Eldre voksnes seksuelle rettigheter bør innlemmes i nasjonale helse- og omsorgspolitiske dokumenter. For å ivareta helserettigheter hos eldre må seksualitet og seksuell helse derfor inkluderes i et helhetlig helsetilbud. Samtidig må helsepersonell, beslutningstakere og omsorgsarbeidere bevisstgjøre seg alderistiske holdninger både hos seg selv og strukturelt, som kan skape barrierer for god seksuell helse hos eldre.

Konkrete tiltak på klinisk nivå er å integrere spørsmål om seksuell identitet, relasjoner, seksuell utviklingshistorie, seksuell tilfredshet og seksuell helse i anamnesen for å signalisere betydningen og relevansen av seksualitet når det gjelder psykisk og somatisk sykdom. Seksualitet bør adresseres eksplisitt i behandling og rådgivning av eldre, uavhengig av om pasienten selv tar opp temaet.

For å ivareta eldre pasienter og deres seksuelle helse bør kliniske psykologer oppdatere seg faglig på seksualitet, aldring og helse, som så kan brukes til å tematisere seksualitet på en faglig adekvat måte. En slik faglig oppdatering og et slikt søkelys forutsetter en integrering av seksuell helse og utvikling i både profesjons- og spesialistutdanningen. Ⓟ

## REFERANSER

- McAuliffe, L. & Fetherstonhaugh, D. (2024). Sexual health and well-being in later life. *Bulletin of the World Health Organization*, 102(11). <https://doi.org/10.2471/BLT.24.291576>
- Schaller, S. L. (2026). *Sexual agency, self-understanding and sexual wellbeing in late adulthood: a qualitative study of how older Norwegian women and men construct meaning of their sexuality in an ageing body*. [Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo]. Nasjonalt vitenarkiv. <https://nva.sikt.no/registration/019c715b416e-ob1d764a-2acc-4833-b6da-a9c1228bbcff>
- Schaller, S. L., Lundin Kvalem, I. & Traeen, B. (2023). Constructions of sexual identities in the ageing body: A qualitative exploration of older Norwegian adults' negotiation of body image and sexual satisfaction. *Sexuality & Culture*, 27, 1–22. <https://doi.org/10.1007/s12119-023-10067-1>
- Schaller, S., Traeen, B. & Lundin Kvalem, I. (2020). Barriers and facilitating factors in help-seeking: A qualitative study on how older adults experience talking about sexual issues with healthcare personnel. *International Journal of Sexual Health*, 32(2), 65–80. <https://doi.org/10.1080/19317611.2020.1745348>
- Schaller, S., Traeen, B., Lundin Kvalem, I. & Hinchliff, S. (2020). Linking the past and the present: Constructing meaning from childhood emotional and sexual experiences towards present sexual well-being in older adults. *Sexual and Relationship Therapy*, 35(3), 382–399. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1539227>
- Traeen, B., Stulhofer, A., Janssen, E., Carvalheira, A. A., Hald, G. M., Lange, T. & Graham, C. (2019). Sexual activity and sexual satisfaction among older adults in four European countries. *Archives of Sexual Behavior*, 48(3), 815–829. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1256-x>

**TEKST** Elisabeth Flo-Groeneboom  
Institutt for klinisk og biologisk psykologi,  
Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen

Una Ørvim Sølvik  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin,  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

Inger Haukenes  
Institutt for global helse og samfunnsmedisin,  
Det medisinske fakultet, Universitetet i Bergen

# Overgangsalderen – et undertematisert område i psykologisk praksis

Overgangsalderen er en livssituasjon der psykologer kan gjøre en forskjell.

Overgangsalderen er porten inn i alderdommen for kvinner; utgangen av denne fasen er avgjørende for kvinnens helse inn i eldre år (Lobo et al., 2016; Nappi et al., 2022). I vestlig kultur er overgangsalderen omgitt av tabu og et helsevesen som historisk sett har vekslet mellom å ignorere og patologisere fenomenet (Bell, 1987). I artikkelen gir vi en presentasjon over hva vi tenker psykologer bør vite i møte med kvinner midt i livet: hva overgangsalderen innebærer biologisk, psykologisk og sosialt – og hvilke intervensjoner som har empirisk støtte. Vi baserer presentasjonen på litteraturoversikter, sentrale epidemiologiske og kliniske studier.

**KONTAKT** [elisabeth.flo@uib.no](mailto:elisabeth.flo@uib.no)

**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.



FOTO ØYSTEIN THORVALDSEN © ELISE STORSVEEN / BONO 2026

Elise Storsveen: *Hetebølgen* (Detalj), 2023

### Mer enn en hormonell hendelse

Overgangsalderen representerer en uunngåelig og kompleks biologisk, psykologisk og sosial livsfase som berører millioner av kvinner globalt. I 2021 var anslagsvis 1,02 milliarder kvinner postmenopausale globalt (Duralde et al., 2023). Perioden kan for mange innebære så omfattende symptomer at det har implikasjoner for livskvalitet, mental helse, fysisk velvære, sosial fungering og arbeidskapasitet. Overgangsalderen er en universell biologisk livsfase, men hvordan den erfares, er dypt individuell.

Menopausen refererer til kvinnens siste menstruasjon, og defineres retrospektivt etter at hun har vært uten menstruasjon i 12 påfølgende måneder (Davis et al., 2015). Begrepet overgangsalder omfatter imidlertid

en lengre fase som inkluderer både perimenopausen og postmenopausen. Perimenopause, overgangen frem mot menopause, starter normalt fra 45-årsalderen (Davis et al., 2015). Noen kvinner opplever en tidlig start mellom 40 og 45 år, mens bortfall av eggstokkfunksjon før fylte 40 år betegnes som prematur ovarieell insuffisiens. Med en gjennomsnittsalder for menopause i Norge på 52–53 år (Gottschalk et al., 2020) befinner mange kvinner seg i denne fasen i sine mest produktive arbeidsår.

Om lag åtte av ti kvinner opplever symptomer i overgangsalderen, som kan variere fra mildt ubehag til betydelige plager med redusert livskvalitet og daglig fungering (Avis et al., 2015; Talaulikar, 2022). Vasomotoriske symptomer (som hetetokter og nattesvette), søvnforstyrrelser, vaginal tørrhet og muskel- og

systemer som er sentrale for humør- og emosjonsregulering (Joffe et al., 2020). Likevel fant en stor kunnskapsoppsummering publisert i *The Lancet* ingen universell økt risiko for psykiske lidelser hos kvinner i overgangsalderen (Brown et al., 2024). I tillegg spiller kulturelle og sosiale faktorer en viktig rolle. I mange vestlige samfunn preges overgangsalderen av stigma, negative stereotyper og tabu knyttet til aldring og kvinnelighet, noe som kan forsterke symptomopplevelsen og hindre kvinner i å søke hjelp (Wood et al., 2025).

## Psykisk helse i overgangsalderen

Et sårbarhetsvindu – men ikke for alle

Perimenopausen er forbundet med økt risiko for depressive symptomer. Store longitudinelle studier som SWAN (Study of Women's Health Across the Nation) dokumenterer at kvinner i perimenopause har 1,3–2,9 ganger økt risiko for depresjon sammenlignet med premenopausale kvinner (Bromberger et al., 2010), og at risikoen er særlig høy for dem med tidligere depresjonshistorikk (Cohen et al., 2006). Det er imidlertid grunn til å nyansere disse funnene. I en kunnskapsoppsummering av Brown og kolleger (2024) identifiserte de ingen universell økt risiko for angst, depresjon, bipolar lidelse eller psykose i overgangsalderen. Psykisk uhelse rammet primært kvinner med bestemte risikofaktorer: alvorlige søvnforstyrrelser, langvarig overgangsalder, høy nevrotisisme, tidligere psykiske lidelser og betydelig psykososialt stress (Brown et al., 2024). Denne kompleksiteten må vi ha med oss inn på psykologkontoret: Overgangsalderen kan gi depressive symptomer som responderer på hormonterapi, men den kan også sammenfalle med livskriser, tap og akkumulert belastning som krever en annen terapeutisk tilnærming.

Unike symptomprofiler i overgangsalderen

Depresjon i perimenopausen kan fremtøne seg annerledes enn depresjon tidligere i livet. Gibbs et al. (2015) fant at perimenopausal depresjon kjennetegnes av mildere klassiske depresjonssymptomer og lavere angstnivå, men høyere grad av irritabilitet og fiendtlighet, økt fatigue og mer uttalte søvnforstyrrelser. Klinisk har dette blitt beskrevet som et «av-på-fenomen» med kortvarige episoder av tristhet eller irritabilitet. I en oversiktsartikkel reflekterer Willi og kolleger over hvorvidt perimenopausal depresjon kan betraktes som en selvstendig psykopatologisk tilstand, adskilt fra alvorlig depressiv lidelse. Uansett er denne distinkte profilen klinisk viktig: Psykologer som møter kvinner i 45–55-årsalderen, bør være oppmerksomme på at symptombildet kan være atypisk (Willi & Ehlert, 2020).

Søvnforstyrrelser er blant de mest belastende symptomene i overgangsalderen og rammer 40–48 prosent av peri- og postmenopausale kvinner sammenlignet med om lag en tredjedel av premenopausale kvinner (Lam et al., 2022). Nyere funn tyder på at langt flere er rammet, men at kvinnene selv ikke nødvendigvis kobler søvnvan-skene til overgangsalderen. Årsaksbildet er sammensatt:



skjelettsmerter er direkte knyttet til de hormonelle endringene i overgangsalderen (Avis et al., 2015). Endringer i menstruasjonsmønster er vanligvis første tegn på at perimenopausen har startet, og kun ti prosent av kvinner har regelmessig menstruasjon helt frem til menopausen (Avis et al., 2015; Taffe & Dennerstein, 2002). I tillegg rapporterer mange kvinner fatigue, kognitive vansker og humørsvingninger (Brown et al., 2024). Omfanget og opplevelsene av plagene påvirkes av et komplekst samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer (Brown et al., 2024).

Forholdet mellom overgangsalder og psykisk helse er mer nyansert enn det som det offentlige ordskiftet gir inntrykk av. Hormonelle endringer, særlig svingninger i østrogen og progesteron, påvirker neurotransmitter-

## — Validering og normalisering er gjerne særlig viktig

Vasomotoriske symptomer forstyrrer søvnen direkte, mens bekymringer og aktivisering opprettholder insomni over tid.

### Biopsykososial forståelse og et livsløpsperspektiv

Psykisk helse i overgangsalderen forstås best i et biopsykososialt perspektiv der biologiske, psykologiske og sosiale faktorer virker sammen. Østrogenfall påvirker serotonin- og noradrenalinsystemet og kan dermed ha direkte innvirkning på humør og emosjonsregulering. Hormonelle endringer forklarer likevel ikke alene variasjonen i hvordan kvinner opplever overgangsalderen. Høyt stressnivå og traumatiske erfaringer øker risikoen for psykiske plager i overgangsalderen (Blackson et al., 2024). Dette er ikke unikt for denne livsfasen, men mønsteret er godt dokumentert også her (Bromberger et al., 2022; Brown et al., 2024). Overgangsalderen er med andre ord ikke startpunktet for psykisk sårbarhet, men kan snarere utløse eller forsterke etablerte mønstre.

For mange kvinner sammenfaller overgangsalderen med en periode preget av andre betydelige livshendelser. Barn som flytter hjemmefra, foreldre med økende omsorgsbehov, karriereendringer og relasjonelle endringer kan representere overganger som hver for seg kan oppleves som krevende. Samtidig innebærer økende alder ved første fødsel at flere kvinner oftere kommer i en dobbelt omsorgssituasjon med ansvar for yngre barn som trenger like mye oppfølging som syke foreldre. Disse psykososiale belastningene, kombinert med søvnforstyrrelse og fysisk ubehag, kan skape en kumulativ byrde (Brown et al., 2024). I vestlige kulturer kan byrden forsterkes ytterligere av negative stereotypier og tabu rundt overgangsalderen, noe som kan bidra til at kvinner bagatelliserer egne plager eller unnlater å søke hjelp (The Lancet, 2024; Wood et al., 2025).

Overgangsalderen bærer et kulturelt meningsinnhold som for mange truer vesentlige aspekter ved ens identitet og relasjoner. I vestlig kultur betraktes den aldrende kvinnekroppen ofte som usynlig og sosialt uønsket. Den menopausale eller aldrende kvinnen fremstilles ofte som aseksuell og uattraktiv eller desperat etter å bevare en ungdom hun ikke lenger har (The Lancet, 2022; Vincent et al., 2025). Er hun seksuelt aktiv og attraktiv, blir hun en kuriositet og gjerne latterliggjort som en «cougar» (Ussher et al., 2015). Gynekologen Robert Wilson pekes (velfortjent) på som en viktig pådriver til ideen om menopausal aseksualitet og sviikt som en allmenn sannhet. I sin innflytelsesrike bok *Feminine Forever* fra 1966 beskriver Wilson sikre tegn på kvinnens seksuelle tilbakegang: «No woman can escape the horror of this

living decay. (...) The breasts become flabby and shrink, and the vagina becomes stiff and unyielding (...)» (Wilson, 1966). Selv om populærkulturen de siste 30 årene i økende grad har begynt å anerkjenne kvinners seksualitet senere i livet, møtes fortsatt synet av en seksuelt aktiv eldre kvinne ofte med hån eller avsky. Da er det nærmest å føye spott til skade at seksuelle vansker er svært vanlige i overgangsalderen, med forekomster på mellom 43 til 82 prosent (Green et al., 2025). For mange kan hormonell behandling avhjelpe symptomer, men kvinners navigering i den kulturelle og personlige konteksten er uunngåelig relatert til deres seksuelle lyst.

### Evidensbasert psykologisk behandling

Behandlingsalternativer for symptomer i overgangsalderen har tradisjonelt vært dominert av farmakologiske intervensjoner, særlig hormonterapi (HT). HT er dokumentert som den mest effektive behandlingen for vasomotoriske symptomer som hetetokter og nattesvette, men behandlingsvalget må individualiseres basert på alder, menopausal fase og individuelle risikofaktorer (The North American Menopause Society, 2022). Lenge preget restriktiv bruk feltet, begrunnet med økt risiko for tromboembolisme og brystkreft. I dag er det økt anerkjennelse av at HT er et trygt og effektivt alternativ for mange kvinner når det brukes riktig. Risiko bør likevel ikke underkommuniseres. En norsk registerstudie (2025) fant økt brystkreftrisiko ved HT-bruk, med variasjon på tvers av preparattype. Forfatterne understreker at HT-brukere trolig har mer plager enn ikke-brukere, og at generalisering krever varsomhet (Støer et al., 2025). Samtidig kan ikke alle kvinner motta HT, og det virker ulikt avhengig av hvilke symptomer som dominerer. Derfor representerer psykoterapi et viktig alternativ og supplement til medikamenter.

### Psykoedukasjon og validering

Kvinner trekker frem at manglende kunnskap og feilattribusjon av symptomer representerer viktige barrierer for å søke hjelp (Barber & Charles, 2023). Et av de viktigste bidragene en psykolog kan gi kvinner i overgangsalderen, er å identifisere og normalisere det som skjer. Validering og normalisering er gjerne særlig viktig i møte med kvinner som har «lidd i stillhet» på grunn av stigma eller fordi plagene ikke har blitt tatt på alvor i helsevesenet (Barber & Charles, 2023).

Psykoedukasjon om overgangsalderens faser, vanlige symptomer og samspillet mellom biologi, psykologi og

livssituasjon kan i seg selv ha terapeutisk verdi. I en systematisk oversiktsartikkel fra 2014 fant Toral og kolleger at intervensjoner som baserer seg på psykoedukasjon, økte kunnskap, reduserte negative holdninger til overgangsalderen og økte evnen til selvivaretagelse.

Seksuelle vansker er svært vanlige i overgangsalderen, men tas sjelden opp av kvinner eller behandlere (Green et al., 2025). En meta-analyse viste at psykologiske intervensjoner hadde god effekt på seksuell funksjon, og at rådgivning og strukturerte psykoedukasjonsprogrammer som direkte adresserte seksualitet, var mest effektivt (Green et al., 2025). Kognitiv atferdsterapi (KAT) og mindfulnessbaserte terapier ble primært testet som sekundærutfall og viste beskjeden effekt. Imidlertid gjenspeiler dette sannsynligvis mangelen på studier som retter intervensjonen spesifikt mot seksuelle vansker.

Som en konsekvens av disse funnene bør psykologer aktivt spørre kvinner i 45–55-årsalderen om menstruasjonsstatus, symptomer og seksuell helse fremfor å vente på at temaet tas opp. Et slikt initiativ signaliserer at dette er legitime kliniske tema.

### Kognitiv atferdsterapi

Det er et voksende empirisk grunnlag som støtter bruken av KAT for både psykiske og somatiske plager i overgangsalderen. Psykologer er dermed i en unik posisjon til å hjelpe kvinner med hele symptombildet. KAT anbefales blant annet av NICE for vasomotoriske symptomer, søvnvansker og affektive symptomer (NICE, 2024).

Vasomotoriske symptomer som hetetokter og nattsvette er blant de symptomene med best dokumenterte effekter av KAT. Forskning viser at KAT kan redusere både symptomenes hyppighet og hvor plagsomme de oppleves. Interessant nok trekkes gruppebasert KAT frem som noe mer effektivt enn selvhjelpsbaserte formater (Mollaahmadi et al., 2019).

Søvnplager utgjør et annet sentralt behandlingsmål i overgangsalderen. KAT for insomni (KAT-I) kombinerer søvnrestriksjon, stimuluskontroll, søvnhygiene og kognitiv restrukturering og anbefales som førstelinjehandling for kronisk insomni. En metaanalyse basert på 16 randomiserte kontrollerte studier viste at KAT har en signifikant positiv effekt på søvnutfall hos peri- og postmenopausale kvinner (Lam et al., 2022). Ved søvnvansker i overgangsalderen er det relevant å utforske hva som gir dårlig søvn, og hvilke (u)vaner som er etablert i et forsøk på å håndtere plagene. Hvis søvnvanskene skyldes eller forsterkes av nattsvette, bør en sammen med kvinnen diskutere hvorvidt hormonterapier er ønsket å prøve ut først, eller som et supplement til KAT. Det er samtidig viktig å ikke overse andre søvnlidelser, særlig restless legs og søvnapné. Risikoen for søvnapné øker etter menopausen, blant annet som følge av økning i kroppsvekt og hormonelle endringer (Jehan et al., 2016). Søvnapné bør derfor vurderes før eller parallelt med oppstart av KAT-I.

Nyere metaanalyser har vist statistisk signifikant effekt av KAT på depresjonssymptomer (Kim & Yu, 2024), og, igjen, gruppebasert KAT fremstår som særlig effektivt for symptomer som depresjon, angst, irritabilitet og nedstemthet (Mollaahmadi et al., 2019). Resultatene kommer med et forbehold: Det er enn så lenge et begrenset antall studier

## RÅD TIL PSYKOLOGEN

**Spør aktivt.** Menstruasjonsstatus og overgangsalder-symptomer bør inngå i den kliniske anamnesen hos kvinner i aktuell alder, på samme måte som søvn, fysisk aktivitet og sosial støtte. Et enkelt spørsmål som «Har du merket endringer i menstruasjon eller symptomer som hetetokter, søvnvansker eller humørsvingninger?» kan åpne opp for viktige samtaler.

**Kjenn symptombildet.** Perimenopausal depresjon kan fremstå annerledes enn klassisk depresjon: Irritabilitet og sinne er fremtredende, fatigue og skiftende stemningsleie. Psykologer bør inkludere overgangsalderen som kontekst når symptombildet ikke passer helt inn i kjente diagnostiske mønstre.

**Ikke over-attribuer.** Selv om det på en side er viktig å ha med seg overgangsalderen som kontekst, er det like viktig å advare mot å anta at all psykisk uhelse hos kvinner i aldersgruppen skyldes overgangsalder. Forskning viser tydelig at sårbarhet, livshendelser og psykososialt stress er vel så viktige forklaringsfaktorer som hormoner.

**Ha med det biopsykososiale perspektivet:** En helhetlig forståelse som tar inn biologi, psykologi, livshistorie, identitet og sosial kontekst, er nødvendig for å unngå både over- og underdiagnostisering, og for å gi behandling som treffer.

**Samarbeid tverrfaglig.** Psykologens rolle er ikke å utelukke biologisk komponent, men å samarbeide med fastlege eller gynekolog der det er aktuelt. For noen kvinner vil kombinasjon av hormonterapi og psykologisk behandling gi bedre effekt enn hvert tiltak alene. Psykologen bør kjenne til at hormonterapi er et trygt og effektivt alternativ for mange, men at risikobildet er individuelt og bør vurderes medisinsk. Ta opp seksualitet. Seksuelle bekymringer er svært vanlige, men sjelden pasientens åpnings-spørsmål. Psykologen bør normalisere temaet og etterspørre det eksplisitt som en del av en helhetlig vurdering av livskvalitet i overgangsalderen.

**Møt hele livsfasen.** Overgangsalderen sammenfaller ofte med andre betydelige belastninger. Psykologen bør hjelpe pasienten å skille mellom det som er hormonrelatert, og det som er livssituasjonsrelatert, for en målrettet intervensjon.

med varierende kvalitet. Green et al. (2015) identifiserte kun to studier som undersøkte KAT direkte mot depresjon hos kvinner i overgangsalderen, og Kim og Yu (2024) fant at kun to av ni inkluderte RCT-er hadde tilstrekkelig data til å inngå i metaanalysen for depresjon (Green et al., 2015; Kim & Yu, 2024). Metodiske svakheter som lave utvalgsstørrelser, manglende bruk av STRAW (Stages of Reproductive aging Workshop)-kriterier for menopausal status og uklare depresjonskriterier gjør det vanskelig å trekke sikre konklusjoner om effekten ved moderat til alvorlig depresjon. Det er likevel verdt å merke seg at det å la kvinner i overgangsalderen møte andre og dele erfaringer kan være en viktig del av en terapeutisk tilnærming.

### Mindfulness og avspenning

Mindfulness-baserte intervensjoner som er undersøkt, omfatter primært Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) og Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT), typisk levert som 8-ukers gruppeprogrammer. Mindfulness-baserte intervensjoner som MBSR og MBCT viser lovende resultater for depressive symptomer, angst og søvnvansker i overgangsalderen (Green et al., 2015; Lam et al., 2022). En særlig styrke ved mindfulness-baserte intervensjoner i en slik kontekst er at det kan styrke toleransen for ubehagelige somatiske opplevelser som hetetokter, fremfor å forsterke unngåelse og katastrofetanke. Avspenningstrening som progressiv muskelavspenning og pusteøvelser gir moderate effekter på vasomotoriske symptomer og søvn, og kan fungere som et nyttig supplement eller lavterskelalternativ for kvinner som ikke behøver mer målrettet psykoterapi (Vélez Toral et al., 2014). Samtidig er forskningen på mindfulness-baserte tilnærminger og avspenning av nyere tid, og flere kunnskapshull bør adresseres.

Det omfattende virkningsfeltet for psykologiske intervensjoner tilsier at psykologer som arbeider med kvinner i overgangsalderen, bør ha kjennskap til hele symptombildet inklusive vasomotoriske symptomer, søvnforstyrrelser,

seksuelle vansker og somatiske plager. Et bredt handlingsrom for tilpasset behandling er i tråd med det sammenfattede og individuelle symptombildet, og særlig viktig der hormonbehandling enten er kontraindisert, ikke ønsket eller ikke tilstrekkelig alene. Kunnskapsgrunnlaget er lovende, men det er behov for større kontrollerte studier med protokoller som er tilpasset kvinner i overgangsalderens særlige utfordringer.

### Hva psykologer bør huske på i klinisk praksis

Vi vil påstå at overgangsalderen er undertematisert i klinisk praksis (NOU 2023: 5). Mange kvinner som sliter med irritabilitet, søvnvansker, konsentrasjonsproblemer eller nedstemthet i 45–55-årsalderen, kobler ikke selv plagene sammen med perimenopausen og blir heller ikke spurt om det av behandleren. Psykologer er derfor i en unik posisjon til å stille spørsmålene som ikke blir stilt, og til å løfte overgangsalderen inn i den kliniske samtalen. Vi kan alle ha med oss en huskeliste, neste gang vi møter kvinner midt i livet i terapirommet (se tekstboks).

### Oppsummering

Overgangsalderen er en livssituasjon der psykologer kan utgjøre en stor forskjell. Eksisterende evidens for KAT, psykoedukasjon, mindfulness-basert terapi og søvnbehandling er lovende. Det er samtidig et uttalt behov for mer forskning, særlig tilpasset norsk/skandinavisk kontekst.

Men vi trenger ikke vente på et fullstendig evidensgrunnlag. Det kan ha en stor verdi og krever lite å spørre, normalisere og se sammenhengen mellom kropp, livshistorie og livssituasjon. Psykologer har kompetansen til å tilby en helhetlig forståelse der hele kvinnen, ikke bare hormonene, får plass.

Overgangsalderen har en naturlig plass i psykologisk utdanning og praksis. 📣

#### REFERANSER

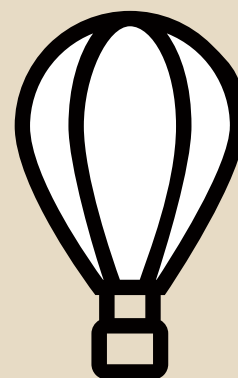
- Avis, N. E., Crawford, S. L., Greendale, G., Bromberger, J. T., Everson-Rose, S. A., Gold, E. B., Hess, R., Joffe, H., Kravitz, H. M., Tepper, P. G., Thurston, R. C. & Naton, f. t. S. o. W. s. H. A. t. (2015). Duration of Menopausal Vasomotor Symptoms Over the Menopause Transition. *JAMA Internal Medicine*, 175(4), 531–539. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.8063>
- Barber, K. & Charles, A. (2023). Barriers to Accessing Effective Treatment and Support for Menopausal Symptoms: A Qualitative Study Capturing the Behaviours, Beliefs and Experiences of Key Stakeholders. *Patient Prefer Adherence*, 17, 2971–2980. <https://doi.org/10.2147/ppa.S430203>
- Bell, S. E. (1987). Changing ideas: the medicalization of menopause. *Social Science & Medicine*, 24(6), 535–542. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(87\)90343-1](https://doi.org/10.1016/0277-9536(87)90343-1)
- Blackson, E. A., McCarthy, C., Bell, C., Ramirez, S. & Bazzano, A. N. (2024). Experiences of menopausal transition among populations exposed to chronic psychosocial stress in the United States: a scoping review. *BMC Women's Health*, 24(1), 487. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03329-z>
- Bromberger, J. T., Chang, Y., Colvin, A. B., Kravitz, H. M. & Matthews, K. A. (2022). Does childhood maltreatment or current stress contribute to increased risk for major depression during the menopause transition? *Psychological Medicine*, 52(13), 2570–2577. <https://doi.org/10.1017/S0033291720004456>
- Bromberger, J. T., Schott, L. L., Kravitz, H. M., Sowers, M., Avis, N. E., Gold, E. B., Randolph jr., J. F. & Matthews, K. A. (2010). Longitudinal Change in Reproductive Hormones and Depressive Symptoms Across the Menopausal Transition: Results From the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN). *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 598–607. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.55>
- Brown, L., Hunter, M. S., Chen, R., Crandall, C. J., Gordon, J. L., Mishra, G. D., Rother, V., Joffe, H. & Hickey, M. (2024). Promoting good mental health over the menopause transition. *The Lancet*, 403(10 430), 969–983. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)02801-5](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)02801-5)
- Cohen, L. S., Soares, C. N., Vitonis, A. F., Otto, M. W. & Harlow, B. L. (2006). Risk for new onset of depression during the menopausal transition: the Harvard study of moods and cycles. *Archives of General Psychiatry*, 63(4), 385–390. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.4.385>
- Davis, S. R., Lambrinoudaki, I., Lumsden, M., Mishra, G. D., Pal, L., Rees, M., Santoro, N. & Simoncini, T. (2015). Menopause. *Nat Rev Dis Primers*, 1, 15 004. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.4>
- Duralde, E. R., Sobel, T. H. & Manson, J. E. (2023). Management of perimenopausal and menopausal symptoms. *BMJ*, 382, e072 612. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072612>
- Gottschalk, M. S., Eskild, A., Hofvind, S., Gran, J. M. & Bjelland, E. K. (2020). Temporal trends in age at menarche and age at menopause: a population study of 312 656 women in Norway. *Human Reproduction*, 35(2), 464–471. <https://doi.org/10.1093/humrep/dez288>
- Green, S. M., Furtado, M., Peak, J. & Babiy, Z. (2025). Psychological treatments for sexual concerns in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002698>
- Green, S. M., Key, B. L. & McCabe, R. E.

- (2015). Cognitive-behavioral, behavioral, and mindfulness-based therapies for menopausal depression: A review. *Maturitas*, 80, 37–47. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2014.10.004>
- Jehan, S., Auguste, E., Zizi, F., Pandi-Perumal, S. R., Gupta, R., Attarian, H., Jean-Louis, G. & McFarlane, S. I. (2016). Obstructive Sleep Apnea: Women's Perspective. *Journal of Sleep Medicine and Disorders*, 3(6).
- Joffe, H., de Wit, A., Coborn, J., Crawford, S., Freeman, M., Wiley, A., Athappilly, G., Kim, S., Sullivan, K. A., Cohen, L. S. & Hall, J. E. (2020). Impact of Estradiol Variability and Progesterone on Mood in Perimenopausal Women With Depressive Symptoms. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 105(3), e642–650. <https://doi.org/10.1210/clinem/dgz181>
- Kim, J. H. & Yu, H. J. (2024). The Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy on Depression and Sleep Problems for Climacteric Women: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Medicine*, 13(2), 11. <https://doi.org/10.3390/jcm13020412>
- Lam, C. M., Hernandez-Galan, L., Mbuagbaw, L., Ewusie, J. E., Thabane, L. & Shea, A. K. (2022). Behavioral interventions for improving sleep outcomes in menopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Menopause*, 29(10), 1210–1221. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002051>
- Lobo, R. A., Pickar, J. H., Stevenson, J. C., Mack, W. J. & Hodis, H. N. (2016). Back to the future: Hormone replacement therapy as part of a prevention strategy for women at the onset of menopause. *Atherosclerosis*, 254, 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.atherosclerosis.2016.10.005>
- Mollaahmadi, L., Keramat, A., Changizi, N., Yazdkhasti, M. & Afshar, B. (2019). Evaluation and comparison of the effects of various cognitive-behavioral therapy methods on climacteric symptoms: A systematic review study. *Journal of the Turkishgerman Gynecological Association*, 20(3), 178–195. <https://doi.org/10.4274/jtgga.galenos.2019.2018.0170>
- Nappi, R. E., Chedraui, P., Lambrinoudaki, I. & Simoncini, T. (2022). Menopause: a cardiometabolic transition. *Lancet Diabetes Endocrinol*, 10(6), 442–456. [https://doi.org/10.1016/s2213-8587\(22\)00076-6](https://doi.org/10.1016/s2213-8587(22)00076-6)
- NICE. (2024). *Menopause: identification and management (NICE guideline NG23)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng23>
- NOU 2023: 5. (2023). Den store forskjellen: Om kvinners helse og betydningen av kjønn for helse. *Helse- og omsorgsdepartementet*. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2023-5/id2964854/>
- The North American Menopause Society. (2022). The 2022 hormone therapy position statement of The North American Menopause Society. *Menopause*, 29(7), 767–794. <https://doi.org/10.1097/gme.0000000000002028>
- Støer, N. C., Vangen, S., Singh, D., Fortner, R. T., Hofvind, S., Ursin, G. & Botteri, E. (2025). Correction: Menopausal hormone therapy and breast cancer risk: a population-based cohort study of 1.3 million women in Norway. *British Journal of Cancer*, 133(6), 910–911. <https://doi.org/10.1038/s41416-025-03038-w>
- Taffe, J. R. & Dennerstein, L. (2002). Menstrual patterns leading to the final menstrual period. *Menopause*, 9(1), 32–40. <https://doi.org/10.1097/00042192-200201000-00006>
- Talaulikar, V. (2022). Menopause transition: Physiology and symptoms. *est Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 81, 3–7. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2022.03.003>
- The Lancet. (2022). Attitudes towards menopause: time for change. *The Lancet*, 399(10 343), 2243. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01099-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01099-6)
- The Lancet. (2024). Time for a balanced conversation about menopause. *Lancet*, 403(10 430), 877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)00462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)00462-8)
- Ussher, J. M., Perz, J. & Parton, C. (2015). Sex and the menopausal woman: A critical review and analysis. *Feminism & Psychology*, 25(4), 449–468. <https://doi.org/10.1177/0959353515579735>
- Vincent, C., Ménard, A. & Giroux, I. (2025). Cultural Determinants of Body Image: What About the Menopausal Transition? *Healthcare (Basel)*, 13(1). <https://doi.org/10.3390/healthcare13010076>
- Willi, J. & Ehlert, U. (2020). Symptoms assessed in studies on perimenopausal depression: A narrative review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 26, 100 559. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.srhc.2020.100559>
- Wilson, R. A. (1966). *Feminine Forever - A New Life: The Quest and the Key*. Evans and company & Lippincott.
- Wood, K., McCarthy, S., Pitt, H., Randle, M. & Thomas, S. L. (2025). Women's experiences and expectations during the menopause transition: a systematic qualitative narrative review. *Health Promotion International*, 40(1), daaf005. <https://doi.org/10.1093/heapro/daaf005>

# Fritt og åpent for alle

Vi mener psykologisk kunnskap bør komme alle til gode.

Derfor er alt vi publiserer åpent og fritt tilgjengelig for alle på [www.psykologtidsskriftet.no](http://www.psykologtidsskriftet.no)



**TEKST** Matt Oxman  
Journalist

**KONTAKT** matt@psykologtidsskriftet.no

# En jeremiade for eldrepsykologien

Mirka Kraus er noe så sjeldent som en avtalespesialist kun for eldre. Nå nærmer Kraus seg pensjonsalder selv. Prognosen hennes for eget felt preges av pessimisme.

Mirosława «Mirka» Kraus ler og svarer først nei.

Psykologtidsskriftet møter henne i lokalene hennes på hjørnet av Ruseløkkveien og Løkkegangen i Vika i Oslo. Siden 2010 har Kraus vært den eneste avtalespesialisten hos Helse Sør-Øst med en hjemmel dedisert pasienter over 65 år.

Spørsmålet som har fått Kraus til å dra på smilebåndet, er om hennes egen opplevelse av aldring har påvirket praksisen hennes. Kraus forklarer at hun ikke føler seg så gammel. Hun fyller 69 i november, men plasserer seg selv rundt 50.

Så kommer hun likevel på noe som har endret seg:

– Om tre år må jeg gå av med pensjon, og det vil jeg ikke. Det skremmer vettet av meg.

Sånn sett har Kraus begynt å kjenne seg «litt» mer igjen i noen av de yngre pasientene sine. For henne bunner frykten i at hun er glad i pasientene og jobben sin, men også at hun er bekymret fordi hun ikke vet om noen vil ta over der hun slipper.

Generelt maler hun et mørkt bilde av eldrepsykologien:

– Det er dårlig nytt over hele linja.

## Drømmejobben

Noe av det første du legger merke til ved Kraus, er tempoet hennes.

– Polakker prater fort, men jeg slår alle polakker.

Kraus vokste opp i Gdańsk, en by som lå i ruiner etter andre verdenskrig. I tråd med snakketøyet studerte hun først juss ved Universitetet i Gdańsk, men myndighetene svartelistet henne for deltakelse i demonstrasjoner mot kommuniststyret. Derfor skiftet hun til å studere psykologi ved private Johannes Paul II katolske universitet i Lublin.

Kraus fikk barn i 1979 og 1981. Samme år som hun fødte det andre barnet, innførte Polen unntakstilstand og rasjonering. Folk kunne stå i matkø i over et døgn, forteller Kraus.

– Vi visste virkelig hva sult var.

I 1989, som arbeidsinnvandrende servitør på spisestedet Grünerhaven i Oslo, møtte hun sin ektemann. To år senere flyttet hun til Norge.

Kraus hadde nesten fullført den polske spesialiseringen i voksenpsykologi, men måtte starte et nytt løp i Norge. Hun ville ikke studere alt det samme om igjen. Derfor valgte hun å fordype seg i eldrepsykologi, siden det



var en pasientgruppe hun likte spesielt godt å arbeide med, forklarer hun.

I perioden 1993 til 2010 jobbet hun på alderspsykiatrisk avdeling ved Ullevål sykehus og Akershus universitetssykehus. I 2007 startet hun i privat praksis. Da hun søkte og fikk hjemmelen fra Helse Sør-Øst, var det en drøm som gikk i oppfyllelse, mimrer hun.

I tillegg til å dyrke sin egen interesse for eldrepsykologi har Kraus

**BØLGEVANT** Mirka Kraus vokste opp i en Hansaby, tar fergen til og fra jobb og sysler med båt på fritiden.



FOTO MATT OXMAN

forsøkt å spre engasjementet. I det øyemed har hun blant annet sittet i Psykologforeningens fagutvalg for klinisk eldrepsykologi fra 2009 til 2014.

I dag er Kraus aktiv i uavhengige Norsk eldrepsykologisk forening. Hun bidrar til å arrangere årlige nordiske møter med tilsvarende foreninger i Danmark og Sverige. To ganger har arrangementet vært i lokalene til Kraus, der den norske foreningen

har adresse og styremøter. Hun understreker at alle spesialiteter er velkommen i forumet.

– Vi håper å smitte flere psykologer.

Ikke bare gamle mennesker, men også gamle ting står høyt hos Kraus. På fritiden sysler hun og mannen med en 60 år gammel taxibåt fra Venezia og en Ford Model T fra 1923. Aktiviteter med de fire barnebarna, som bobilturer rundt omkring i Europa, står høyst.

### «Mentalt generasjonsskifte»

Eldre generelt er en mangfoldig gruppe. Det samme er klientellet til Kraus.

Overordnet deler Kraus pasientene i tre grupper: de som nylig har blitt syke, de som får vedlikeholdsbehandling, og de som opplever at alvorlige traumer blusser opp igjen. I tillegg skiller hun noen ganger mellom yngre og eldre eldre, og



FOTO PRIVAT

**SLAKKER PÅ TAUET** Kraus sier hun ikke har intellektuelle fritidsaktiviteter, men liker å holde på med hagearbeid, matlaging og vedlikehold av familiens venetianske taxibåt.

urbant og ruralt bosatte.

En rekke problemer går igjen blant de forskjellige undergruppene, forteller Kraus. Et viktig problem – spesielt for de eldste eldre – er ensomhet forårsaket eller forsterket av dramatiske samfunnsutviklinger på toppen av store generasjonsforskjeller.

Pasientene som ikke henger med i den teknologiske svingen, risikerer å miste kontakten med barnebarna – et gode de setter høyt, om ikke høyest av alt, akkurat som psykologen deres.

De eldste eldre kan i tillegg slite med å relatere til unge mennesker som er vokst opp i et oljerikt og annerledes Norge. Pasientene fortviler over å ikke vite hva de skal snakke om med barnebarn som kommer fra «en annen galakse».

Det er nettopp de eldste eldre som Kraus er mest glad i, sier hun. De minner Kraus om hennes bestemor, men også om Kraus selv.

Både hun og de eldste norske pasientene hennes er vokst opp i fattige

land preget av krig. Dermed deler de et referanseområde og verdsett, sier Kraus. Den samme felles forståelsen har ikke nødvendigvis pasientene med yngre psykologer, påpeker hun og spør:

- Hvordan skal de da bygge allianse?

### «En utopi»

Det var flere år da Kraus satt i fagutvalget for klinisk eldrepsykologi, at ingen meldte seg på spesialiseringen.

- Vi jobbet livet av oss. Sånn fikk vi et kull, forteller hun og konkluderer at sannheten er brutal.

- Jeg er evig optimist, men det er bare å glemme å utdanne et stort antall eldrepsykologer.

Ved inngangen til 2024 var det 35 psykologer med spesialisering i eldrepsykologi på landsbasis, ifølge tall fra Psykologforeningen. Spesialiseringsene i eldrepsykologi utgjorde under 1 % av alle fullførte spesialiseringer på det tidspunktet. Dessuten, ifølge Kraus, jobber mange av spesialistene i eldrepsykologi med forskning eller administrasjon, ikke pasienter.

Kraus gir mange mulige årsaker til at eldrepsykologi ikke tiltrekker flere psykologer. En grunn kan være at feltet mangler prestisje. En annen faktor kan være fordommer, som at eldre er uegnet for samtaleterapi. Kraus sier hun tvert imot opplever at eldre er høymotivert til endring, fordi de har så lite tid å miste.

Alderismen og fraværet av interesse kan henge sammen med en mangelfull grunnutdanning, sier Kraus.

- Undervisningen om eldre er mikroskopisk.

Det er forståelig at psykologer ikke søker seg til eldrepsykologi når kurs må avlyses på grunn av lav påmelding, spesialiseringen tar lang tid, og flere hjemler dedisert eldre ikke finnes, presiserer Kraus. Hun uttrykker skuffelse over foreningens innsats for å rekruttere til feltet.

### «Kua dør mens gresset gror»

Myndighetenes investering i de psykiske helsetjenestene til eldre er også mangelfull. Samtidig vokser aldersgruppen.

Da de alderspsykiatriske avdelingene kom, lukket allmennpsykiatrien «momentant» døren til pasienter over 65, ifølge Kraus.

Videre peker hun på stupet i antall døgnplasser. Å legge eldre pasienter inn på akuttpsykiatrisk avdeling kan være problematisk, forklarer Kraus. Pasienten kan ha behov for skjerming og spesialisert kompetanse om blant annet medisiner for demens.

I dag setter Kraus sin lit til andre profesjoner og økt kompetanse i førstelinjen. Hun viser til egne erfaringer fra å undervise på nærmere 20 sykehjem. En tilbakemelding som har gått igjen, er at beboerne har dratt nytte av psykisk helsehjelp fra forskjellige profesjoner med psykologisk skolering, inkludert fysioterapeuter, sosionomer og sykepleiere.

### Klamrer seg fast

Kraus anslår at hun i travle perioder jobber 50 til 60 timer i uken.

– Kardiologen sier jeg kommer til å dø på kontoret.

Hun gir en sammensatt forklaring på den store arbeidsmengden. For det første elsker hun jobben. For det andre har ikke eldre tid til å stå på venteliste, samtidig som gruppens behov for psykoterapi øker.

## — Kardiologen sier jeg kommer til å dø på kontoret

Kraus vet ikke hva som vil skje med hjemmelen eller pasientene hennes. Derfor planlegger hun å søke dispensasjon fra å måtte pensjonere seg til normal tid.

Psykologtidsskriftet har spurt Helse Sør-Øst om hva som vil skje med hjemmelen når Kraus er ferdig. Via e-post svarer enhetslederen for avtalespesialistordningen, Kari Iren Austad Borge, at det regionale helseforetaket vil gjøre en ny behovsvurdering når de skal videreføre hjemmelen.

Vurderingene igjennom årene har vist behov for brede praksiser, ikke spissede, skriver Borge videre. Eldre pasienter skal også få utredning og behandling ved DPS og hos avtalespesialister som har hjemmel innen voksenpsykologi.

Kraus sier at det er forskjell

på teori og praksis. Det er riktig at DPS og avtalespesialister med spesialisering i voksenpsykologi også kan diagnostisere og behandle eldre, men:

– Klinikker henviser eldre til de alderspsykiatriske avdelingene, men avdelingene er overbelastet, så de henviser til lille meg. Jeg betjener tre fylker, fordi jeg er den eneste med hjemmel som er øremerket eldre.

Kraus forteller at hun har hatt pasienter fra blant annet Moss, Sarpsborg, Larvik og Ålesund.

Eldre er tapere hele veien, oppsummerer Kraus. Alderspsykiatri får ikke prioritet på øverste nivå. For så vidt ikke barne- og ungdomspsykiatri heller, men eldre glemmes i tillegg i den «vanlige» verden.

– Det er på en måte synd at vi lever så lenge. ☹

NOTIS

## Farene ved udiagnostisert ADHD hos eldre

Kognitiv svikt hos eldre kan by på utfordringer i psykoterapi. Men symptomer på kognitiv svikt kan også gjenspeile udiagnostisert ADHD, som for eldre kan gi betydelig nedsatt livskvalitet.

I en tværfaglig poliklinikk for behandling av psykiske lidelser hos eldre i byen Amstelveen i Nederland vurderer de regelmessig om eldre pasienter oppfyller diagnosekriteriene for ADHD.

En nederlandsk studie har vist at ADHD hos eldre deltakere ofte sammenfalt med depresjon (Michielsen et al., 2013). Sammen-

hengene kan skyldes at eldre med ADHD opplever flere vanskelige livshendelser, slik som familiekonflikter, som fører til depresjon og dermed lavere livskvalitet (Semeijn et al., 2025).

En svensk studie viste også at eldre deltakere med sterkere symptomer på ADHD og særlig svekket arbeidshukommelse også opplevde redusert livskvalitet (Thorell et al., 2019).

Ved å undersøke udiagnostisert ADHD som en alternativ forklaring på kognitiv svikt kan livskvaliteten til eldre muligens bedres. ☹

### REFERANSER

- Michielsen, M., Comijs, H. C., Semeijn, E. J., Beekman, A. T. F., Deeg, D. J. H. & Kooij, J. S. (2013). The comorbidity of anxiety and depressive symptoms in older adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: A longitudinal study. *Journal of Affective Disorders*, 148, 220–227. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.11.063>
- Semeijn, E. J., Comijs, H. C., Kooij, J. S., Michielsen, M., Beekman, A. T. F. & Deeg, D. H. J. (2015). The role of adverse life events on depression in older adults with ADHD. *Journal of Affective Disorders*, 174, 574–579. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.11.048>
- Thorell, L. B., Holst, Y. & Sjöwall, D. (2019). Quality of life in older adults with ADHD: links to ADHD symptom levels and executive functioning deficits. *Nordic Journal of Psychiatry*, 73(7), 409–416. <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1646804>

**TEKST** Simen Bø  
Redaktør

**KONTAKT** simen.bo@psykologtidsskriftet.no

**FESTIVALSJEF** Anna Helle-Valle leder aldringsfestivalen Generasjon, og er også leder av Psykologforeningens Menneskerettighetsutvalg.

Anna Helle-Valle

FOTO EIVIND SENNESET

## Aktivist for Eldres Rettigheter

Psykolog Anna Helle-Valle jobber for Eldres psykiske helse og menneskerettigheter.

«Det er faktisk lov å gjøre det jeg gjør som psykolog!»

Psykolog Anna Helle-Valle, selverklært aldringsaktivist, beskriver jobben som festivalsjef med stor entusiasme.

Aldringsfestivalen «Generasjon» gikk nylig av stabelen for tredje år på rad, og bruker debatter, samtaler, allsang og konserter for å bringe ulike generasjoner nærmere hverandre. Årets tema er håp.

«Jeg håper jeg gjør både yngre og eldre mer stolte av aldringen. Det å få lov til å bli eldre er jo en gave», poengterer Helle-Valle.

### Stereotypier preger synet på eldre

Etter en doktorgrad om barn fikk Helle-Valle en stilling i etat for sykehjem i Bergen. Hun jobbet med eldre i en periode, der det ifølge henne var under ti psykologer i hele landet som jobbet kommunalt med det samme.

Mangelen på tydelige stemmer som motvirker feiloppfatninger, dannet grobunn for Helle-Valles

engasjement:

«Som fagfelt er forståelsen vår av aldring altfor preget av stereotypier og fordommer.»

Da hun begynte å jobbe med eldre, visste hun ikke noe særlig om feltet, og hadde ikke hørt om så mange andre psykologer som jobbet med eldre. Nå vet hun mer, og ser mye urettferdig praksis:

«Vi som fagfelt bidrar til diskriminering ved å ikke ta imot eller henvise pasienter som er eldre», mener hun. Ifølge henne nedprioriteres eldre ofte fordi de ikke skal tilbake på jobb, noe som kanskje også er grunnen til at enkelte psykologer velger å sette en øvre aldersgrense i gruppeterapi.

Friske, velfungerende foreldre og besteforeldre som tar vare på ektefeller, barn og barnebarn, forebygger sykehusinnleggelse og bidrar både direkte og indirekte til Norges økonomi, sier Helle-Valle.

«Vi syndrer som samfunn ved å trekke ned verdien av eldre fordi de i et veldig smalt regnestykke ikke bidrar til bruttonasjonalprodukt.»

### Engasjerer seg for menneskerettigheter

Engasjementet mot urettferdig behandling har Helle-Valle tatt videre i Psykologforeningen, der hun nå er leder for Menneskerettighetsutvalget (MRU). Her har hun selv vært en del av et generasjonsskifte da hun overtok etter bautaer som Nora Sveaass og Reidar Hjermand.

«Det er ganske klart at menneskerettighetene brytes, og det må vi engasjere oss i som fagfelt», erklærer hun.

For henne er koblingen til eldre klar: Ved at de ofte blir utelatt i kommunale handlingsplaner mot vold, sjeldnere henvises til psykisk helsebehandling og oftere avvises enn unge, brytes retten de eldre har til riktig helsehjelp.

«Rettighetene dine skal ikke strupes idet du er ferdig i arbeidslivet», påpeker Helle-Valle.

Hun anmoder psykologer om å engasjere seg mer i en urolig verden, og vise mer mot, mer utadvendthet og mer lekenhet i sine bidrag.

«Vi må tørre å gjøre feil og vise hvem vi er.» 🙊



FOTO EIVIND SENNESET

**KIRKERAVE** Vi har mye å gi samfunnet også når vi blir eldre, ifølge psykolog og festivalsjef Anna Helle-Valle. På bildet ser vi festivaldeltakere fra et av Generasjonsfestivalens arrangementer.

# Praksis





**Arvid Hammerstad**Alderspsykiatrisk seksjon,  
Klinikk psykisk helse og avhengighet,  
Oslo universitetssykehus

# Evidensbasert psykologisk praksis i arbeid med personlighetsforstyrrelser hos eldre

## Sammendrag

Personlighetsforstyrrelser (PF) hos eldre er et klinisk relevant, men underbelyst område i psykisk helsevern. Til tross for at forekomsten av PF hos eldre er på nivå med yngre voksne, forblir tilstanden i stor grad udiagnostisert og ubehandlet. Samtidig finnes det lite forskning, få faglige retningslinjer og begrenset kompetanse i tjenestene. Formålet med artikkelen er å systematisere tilgjengelig kunnskap om PF hos eldre og tydeliggjøre hvilke faglige forutsetninger som må være på plass for at pasientgruppen skal få likeverdige og kunnskapsbaserte tjenester. Gjennomgangen tar utgangspunkt i prinsippene for evidensbasert psykologisk praksis (EBPP) og bygger på en narrativ litteraturgjennomgang, forfatterens kliniske erfaring og en vurdering av relevante retningslinjer for psykologisk praksis med eldre. Gjennomgangen viser betydelige kunnskapshull når det gjelder utredning, behandling, pasienterfaringer og tjenesteorganisering. På bakgrunn av dette identifiseres fire sentrale psykologfaglige fokusområder: kompetanse, alderssensitiv utredning og behandling, samhandling og pasientperspektiv. Disse områdene fremstår som særlig viktige for å utvikle og styrke EBPP i møte med eldre med PF, og kan danne grunnlag for forbedringer i klinisk praksis, utdanning og organisering av helsetjenester.

**KONTAKT** arvskj@ous-hf.no**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

CC BY 4.0

**Nøkkelord:** personlighetsforstyrrelser, eldre, evidensbasert psykologisk praksis

Personlighetsforstyrrelser (PF) forbindes ofte med yngre voksne, men utgjør også en betydelig helseutfordring blant eldre. Likevel identifiseres og diagnostiseres PF sjelden hos denne aldersgruppen. Data fra det norske kvalitetsregister for alderspsykiatri viser at kun om lag én prosent av behandlingsforløpene registreres med PF som hoveddiagnose (KVALAP-rapport, 2025), noe som tyder på at PF hos eldre ofte forblir uoppdaget og ubehandlet.

Ubehandlet PF kan forverre psykiske og somatiske lidelser, redusere funksjon og føre til gjentatte behandlinger (Heintz et al., 2021; Oude Voshaar & van Dijk, 2025). Til tross for dette er PF hos eldre lite omtalt i nasjonale retningslinjer og anbefalinger (Helsedirektoratet, 2019; Norsk psykiatrisk forening, 2022). En nasjonal faglig retningslinje for oppdagelse, utredning og behandling av PF er under utvikling i regi av Helsedirektoratet, men i hvilken grad den vil omfatte problemstillinger knyttet til PF hos eldre, er foreløpig uklart. Den samme ubalansen beskrives internasjonalt (Tyrer & Howard, 2020; van Alphen, 2025). Behovet for mer kunnskap og kompetanse er tydelig, særlig i lys av en voksende eldre befolkning (van Alphen et al., 2015; Oude Voshaar & van Dijk, 2025).

Psykologer har en sentral rolle i utredning, behandling og oppfølging av eldre med psykiske lidelser, men det mangler tydelige føringer for hvordan man kan arbeide evidensbasert med PF hos eldre – det er ikke beskrevet i norske retningslinjer, veiledere eller fagartikler. Når fagfeltet mangler tydelige føringer for PF hos eldre, blir spørsmålet om hva som faktisk utgjør kunnskapsbasert psykologisk praksis, særlig aktuelt. Evidensbasert psykologisk praksis (EBPP), slik det er beskrevet av American Psychological Association (APA) og Norsk psykologforening (NPF), gir et nyttig rammeverk (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; NPF, 2007). EBPP innebærer en integrering av beste tilgjengelige forskning, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper og ønskemål, og kan tydeliggjøre hvilke kompetanse- og kunnskapsområder som bør styrkes for denne pasientgruppen.

Denne artikkelen vil nærme seg denne tematikken ved å identifisere fremtidige fokusområder relevante for utvikling av det kliniske tilbudet. Artikkelen belyser dette ved å undersøke: Hva er kunnskapsstatus for PF hos eldre? Hvilke psykologfaglige områder bør prioriteres for å utvikle EBPP for eldre med PF?

## Gjennomføring

For å belyse kunnskapsstatus for PF hos eldre og identifisere psykologfaglige fokusområder for å utvikle EBPP tok jeg utgangspunkt i de tre kunnskapskildene som samsvarer med EBPP-modellens hovedkomponenter: beste tilgjengelige forskning, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper og kontekst. Dette ble operasjonalisert gjennom en narrativ litteraturgjennomgang, egen klinisk erfaring og gjennomgang av relevante faglige retningslinjer.

## Litteratursøk

Kunnskapsoppsummeringen bygger på et orienterende, ikke-systematisk litteratursøk i PubMed og PsycINFO (desember 2025). Feltet er lite og forskningen spredt, og et systematisk søk ble vurdert som lite hensiktsmessig. Søkene tok utgangspunkt i nyere studier, oversiktsartikler og ekspertkonsensuser publisert i perioden 2015–2025, med særlig vekt på PF hos eldre (60+ år). I tillegg inkluderte jeg artikler og bokkapitler som, basert på min kliniske erfaring innen eldrepsykologi, ble vurdert som særlig relevante for temaet.

Totalt ble 23 forskningsartikler og to bokkapitler inkludert. Litteraturen omhandler særlig kjennetegn, utredning og behandling, og utgjør grunnlaget for delen om «beste tilgjengelige forskning».

## Egen klinisk erfaring

Kunnskapsgrunnlaget suppleres med mine egne erfaringer med arbeid med eldre i alderspsykiatri, allmennpsykiatri og rusbehandling, inkludert arbeid med PF hos både eldre og yngre voksne. Erfaringene omfatter utredning, diagnostikk, behandling og samarbeid med pårørende og brukerrepresentanter, og gir grunnlag for å vurdere likheter og forskjeller på tvers av aldersgrupper. Denne kunnskapskilden representerer EBPP-komponenten «klinisk ekspertise» og bidrar til å synliggjøre kliniske utfordringer og udekkede behov i arbeid med pasientgruppen.

## Gjennomgang av retningslinjer

Som rammeverk for å identifisere områder som kan styrke EBPP for eldre med PF, tok jeg utgangspunkt i definisjonen av EBPP fra APA og NPF (APA, 2006; NPF, 2007), der forskning, klinisk ekspertise og pasientens karakteristika integreres. APA har utarbeidet flere retningslinjer som er ment å konkretisere kjerneelementene i EBPP (APA, 2021; Melchert et al., 2024), og det mest relevante dokumentet for denne artikkelens tematikk er APAs retningslinjer for psykologisk praksis med eldre (APA, 2024). Retningslinjene er organisert i seks hovedområder: holdninger, kunnskap om aldring og eldre, grunnlag for praksis, utredning, behandling og konsultasjon. Disse områdene tilbyr et strukturert rammeverk for å vurdere hvilke kompetanse- og praksiselementer som er særlig viktige i arbeidet med eldre pasienter. Jeg valgte også å ta med to elementer fra APA-retningslinjen om psykologisk praksis i helsetjenester – samhandling og helsefremming – som tydeliggjør en helhetlig og tverrfaglig tilnærming (APA, 2021), da dette var i mindre grad beskrevet i retningslinjene for praksis med eldre.

## Kunnskapsstatus

Litteratursøket resulterte i forskningsartikler og bokkapitler. Nedenfor oppsummeres funnene etter forekomst, kjennetegn, utredning og behandling. Samlet utgjør dette hoveddelen av EBPP-komponenten beste tilgjengelige forskning.

### Forekomst

Forekomsten av PF hos eldre ligger på nivå med yngre voksne, anslagsvis 10–14 % (Penders et al., 2020; Reynolds et al., 2015), og er betydelig høyere i institusjonsbaserte utvalg (Penders et al., 2020; van Alphen et al., 2015). I spesialisthelsetjenester for eldre med psykiske lidelser antas andelen eldre med PF å være mellom 30 og 80 %, enten som primær tilstand eller samtidig med andre psykiske lidelser (Oude Voshaar & van Dijk, 2025; van Alphen et al., 2015). Tallene viser at PF er en klinisk relevant og trolig underrapportert tilstand hos eldre.

### Kjennetegn

Symptombildet kan endre seg med alder. Impulsive og eksternaliserende trekk tenderer til å avta, mens rigiditet, tilbaketrekning, somatisering og mistenksomhet ofte vedvarer eller forsterkes (Bangash, 2025a). Forløpet varierer fra livslange mønstre til PF som debuterer eller gjenoppstår i høy alder, ofte i forbindelse med sykdom, funksjonsfall eller tap (Conjaerts et al., 2025).

En britisk registerstudie viste at andelen menn og diagnosen blandet PF var relativt høyere blant eldre pasienter med PF enn blant yngre, selv om kvinner fortsatt utgjorde flertallet og emosjonelt ustabil PF var den vanligste diagnosen (Treagust et al., 2022). Studien fant også at eldre pasienter med PF i gjennomsnitt bodde i mindre sosioøkonomiske depriverte områder enn yngre PF-pasienter. Studien fant også mer omfattende polyfarmasi enn hos eldre med andre psykiske lidelser, noe som i flere studier er assosiert med lavere livskvalitet (Schulkens et al., 2025). Komorbiditet med depresjon, angst og somatiske tilstander er vanlig og bidrar til lavere funksjon (Heintz et al., 2021; van Alphen et al., 2015). Forekomsten av psykose, delirium og demens er høyere enn i yngre grupper, noe som krever vurdering av differensialdiagnoser (Edwards et al., 2025; van Alphen et al., 2023). Eldre med PF bruker også mer helse- og omsorgstjenester (Oude Voshaar & van Dijk, 2025).

### Utredning

Utredning og diagnostikk av PF hos eldre kan være utfordrende. De fleste kartleggingsverktøy er utviklet for yngre voksne, og selv om nyere verktøy regnes som

relativt aldersnøytrale (for eksempel Bangash, 2025b; Facon et al., 2025), viser enkelte studier mulig aldersbias i disse (Stone-Bury et al., 2025). Klinikere må derfor kombinere resultater fra standardiserte kartleggingsverktøy med observasjon, pårørendeinformasjon og kontekstuelle vurderinger (van Alphen et al., 2023).

ICD-11 (WHO, 2024), som planlegges innført i Norge, tilbyr en dimensjonal modell som kan gi mer nyanserte vurderinger av alvorlighetsgrad enn ICD-10. Modellen er utviklet parallelt med den alternative modellen for PF i DSM-5 (Alternative Model og Personality Disorders, AMPD; American Psychiatric Association, 2022). ICD-11 deler flere sentrale prinsipper med denne, blant annet en dimensjonal forståelse av PF basert på både alvorlighetsgrad av personlighetsfungering og maladaptive personlighetstrekk (Bangash, 2025b). Foreløpige vurderinger tyder på at ICD-11-modellen kan være godt egnet for PF hos eldre, men behovet for validering i denne aldersgruppen er stort (Bangash, 2025b; Rossi et al., 2024). Et beslektet perspektiv er klinisk stadieinndeling, som i økende grad brukes for å tilpasse behandling etter alvorlighetsgrad (Clarke et al., 2025). Tilnærmingen innebærer at personlighetsproblematikk forstås som et utviklingsforløp – fra tidlige personlighetstrekk og begynnende vansker til mer etablert og alvorlig PF – der behandlingsnivå og tiltak tilpasses stadium i lidelsen. Slike modeller utviklet for eldre med PF bygger både på alvorlighetsgrad og livsløpsperspektiv (Conjaerts et al., 2025; de Jong et al., 2025).

Formidling av en PF-diagnose er en viktig del av et behandlingsforløp og bør gjøres på en empatisk måte. En egen modell til bruk i formidling – PERSON-tilnærmingen – er utarbeidet av Veilleux et al. (2025). Den gir en strukturert tilnærming for diagnostisk tilbakemelding der klinikerer formidler diagnosen på en støttende måte og knytter den til psykoedukasjon, håp og konkrete behandlingsmuligheter, men er foreløpig ikke prøvd ut for eldre.

### Behandling

Forskningsgrunnlaget for behandling er begrenset, men tilgjengelige studier tyder på at eldre med PF kan ha nytte av etablerte metoder som dialektisk atferdsterapi og skjemat terapi (Penders et al., 2020; van Alphen, 2025; Wu & Francois, 2022). Det finnes ingen behandlingsprogrammer utviklet spesifikt for eldre med PF, og organisering av behandling i helsetjenester er ikke undersøkt. En grunnleggende forutsetning er at behandling tilpasses aldersrelaterte endringer i somatisk helse, kognitive funksjoner og livserfaring – såkalt alderssensitiv tilnærming (Schutte et al., 2014; APA, 2024). Studier fremhever betydningen av tilpasninger i tempo, terapeutisk fokus og pragmatikk i behandlingsmålsettinger.

## Pasienterfaringer

I litteraturgjennomgangen fremkom ingen studier som beskrev pasientperspektiver hos eldre med PF. Det finnes derfor lite forskningskunnskap om hvordan eldre opplever utredning, det å motta en PF-diagnose, behandlingsforløp, barrierer for endring og forståelse av egen personlighetsproblematikk. Dette fremstår som et vesentlig kunnskaps-hull og står i kontrast til anbefalingene i EBPP-modellen.

## Alderisme

Alderisme – stereotype forestillinger og diskriminering basert på alder – er identifisert som en barriere for god vurdering og behandling av psykiske lidelser hos eldre (Butler, 1969). Slike holdninger kan bidra til underrapportering og feiltolkning av symptomer, påvirke terapeuters forventninger og redusere bruken av evidensbaserte metoder (Bodner et al., 2018; Lederman & Shefler, 2023). For eldre med PF kan alderisme særlig forsterke diagnostisk usikkerhet og redusere tilgang til spesialisert behandling.

## Klinisk ekspertise

Kunnskapsoppsummeringen viser et komplekst klinisk bilde og flere områder der forskningen er begrenset – særlig når det gjelder pasientperspektiver. Dette gjør det relevant å supplere med kliniske erfaringer som representerer EBPP-komponenten klinisk ekspertise. Mine erfaringer samsvarer med litteraturens beskrivelser av en heterogen pasientgruppe, med store individuelle forskjeller i funksjonsnivå, somatisk helse, kognitiv kapasitet, symptomtrykk og grad av komorbiditet. Mange bruker omfattende psykofarmaka og lever i sosial isolasjon, ofte med pårørende som rapporterer høy omsorgsbelastning.

Utredning kan være krevende, både fordi kliniske tilstander påvirker informasjonsinnhenting, og fordi eksisterende diagnostiske kriterier og verktøy ikke alltid er godt tilpasset eldre. I praksis ender diagnoser derfor ofte som «blandet personlighetsforstyrrelse». Pasienter reagerer ulikt på å motta en PF-diagnose: Noen uttrykker frustrasjon over manglende tidligere identifikasjon eller opplevelse av stigmatisering, mens andre beskriver lettelse over å få en meningsfull forklaringsramme. Lignende erfaringer fremkommer i psykologfaglige kollegagrupper og i dialog med brukerrepresentanter, som etterlyser mer kunnskap om hvordan PF arter seg i høy alder, og hvilke behandlingsmuligheter som finnes.

Erfaringsmessig kan eldre ha god nytte av både individualterapi og gruppebehandling, forutsatt at tiltakene tilpasses alder, livssituasjon og funksjonsnivå.

## Anbefalinger til EBPP i klinisk arbeid

Gjennomgangen av forskningslitteraturen, kliniske erfaringer og retningslinjer viser at det finnes tydelige

kunnskapshull, men også klare indikasjoner på hva som kan styrke kvaliteten i tjenestene for eldre med PF. Med utgangspunkt i APAs retningslinjer for EBPP (APA, 2021; 2024) har jeg systematisert seks sentrale områder for klinisk arbeid med denne pasientgruppen. Anbefalingene nedenfor er vurdert opp mot både kunnskapsgrunnlaget og egne kliniske erfaringer og representerer en integrering av EBPP-modellens tre komponenter.

### 1. Holdninger

Holdninger til aldring, personlighetsfungering og endringsmuligheter påvirker diagnostikk og behandlingsvalg. Alderisme – stereotypier og diskriminering basert på alder (Butler, 1969) – kan prege kliniske vurderinger og svekke allianse og beslutningsprosesser (Bodner et al., 2018; Lederman & Shefler, 2023). I arbeid med PF hos eldre kan dette føre til at personlighetsvansker tolkes som «normal aldring» eller som uforanderlige trekk. Pasienter med PF kan også vekke sterke følelsesmessige reaksjoner hos behandlere og bidra til krevende samhandlingssituasjoner i tjenestene, noe som kan øke risikoen for stigmatisering, brudd i behandlingsforløp eller at pasienter blir «kasteballer» mellom tjenester dersom slike reaksjoner ikke gjenkjennes og håndteres faglig (Oude Voshaar & van Dijk, 2025). EBPP forutsetter derfor aktiv refleksjon over egne antakelser og systematisk støtte til holdningsarbeid gjennom veiledning og fagutvikling.

### 2. Kunnskap om aldring og eldre

Kunnskap om aldringens biologiske, psykologiske og sosiale prosesser er avgjørende for å forstå personlighetsfungering i høy alder. PF kan få et annet uttrykk enn hos yngre, ofte mer dempet, internalisert eller somatisert (Conjaerts et al., 2025; van Alphen et al., 2015, 2023). Somatiske sykdommer, sosial isolasjon, kognitive endringer og begynnende demens kan påvirke symptombildet og gjøre vurderingene mer komplekse. Samtidig varierer funksjon og uttrykk betydelig fra person til person, noe som gjør tilpasninger nødvendig. EBPP innebærer derfor en individualisert tilnærming, der alder ses som én av flere faktorer som påvirker forståelse og tiltak.

### 3. Grunnlag for praksis

Eldre med PF har ofte sammensatte behov som involverer flere tjenestenivåer. Komorbiditet med depresjon, angst og somatiske tilstander er vanlig og kan komplisere behandlingsforløp (Heintz et al., 2021; van Alphen et al., 2015). Kunnskap om helsetjenestenes struktur, ansvar og samarbeidsflater er derfor sentralt for å sikre realistiske og koordinerte tiltak. EBPP omfatter også vurdering av juridiske og etiske forhold, inkludert samtykkekompetanse, økonomi, nettverk og boforhold – faktorer som ofte har stor betydning for eldre.

## 4. Utredning

En EBPP-basert utredning av PF hos eldre krever kombinasjon av standardiserte verktøy, klinisk observasjon og informasjon fra pårørende og andre kilder (van Alphen et al., 2023). De fleste tilgjengelige verktøy er utviklet for yngre voksne og kan overse aldersrelaterede uttrykk, noe som gjør klinisk skjønn og kontekstforståelse særlig viktig. En trinnvis utredning tilpasset pasientens helsetilstand er anbefalt, der man ofte begynner med screening for personlighetsproblematikk, etterfulgt av klinisk intervju og en mer helhetlig vurdering av funksjon, komorbiditet og livskontekst (van Alphen et al., 2023).

ICD-11 sin dimensjonale modell kan gi mer nyanserte vurderinger av alvorlighetsgrad av PF enn ICD-10, men det er behov for erfaring og validering i aldersgruppen (Bangash, 2025b; Rossi et al., 2024). Modeller for klinisk stadielinndeling kan gi veiledning i valg av behandling (Clarke et al., 2025), og én slik modell for eldre med PF er under utprøving (Conjaerts et al., 2025; de Jong et al., 2025). Formidling av PF-diagnoser er også viktig; en trygg og empatisk tilbakemelding kan styrke videre allianse og behandlingsarbeid, for eksempel etter PERSON-tilnærmingen (Veilleux et al., 2025).

## 5. Behandling

Det finnes begrenset behandlingsforskning, men studier antyder at dialektisk atferdsterapi og skjematoterapi kan være nyttige for eldre (Penders et al., 2020; van Alphen et al., 2025; Wu & Francois, 2022). Behandlingens struktur og innhold krever sjelden endringer ut fra alder i seg selv, men tilpasninger kan være nødvendig ved svekket somatisk helse, sansetap eller kognitiv svikt.

Alderssensitiv praksis innebærer en fleksibel og helhetlig tilnærming der tiltak tilpasses kognitive, fysiske og sosiale forhold (APA, 2024; Schutte et al., 2014). Temaer som livsendringer, tap, relasjoner og eksistensielle spørsmål kan ha særlig relevans. I gruppebehandling kan det sosiale fellesskapet i seg selv ha terapeutisk betydning, og strukturen kan bidra til mestring, støtte og stabilitet. EBPP forutsetter en balanse mellom struktur og fleksibilitet slik at behandling tilpasses pasientens mål, motivasjon og preferanser.

## 6. Samhandling og forebygging

Eldre med PF mottar ofte tjenester fra flere nivåer, og koordinert samhandling er avgjørende for kontinuitet og kvalitet. EBPP understreker betydningen av tverrfaglig samarbeid, konsultasjon og systemrettet arbeid for å møte sammensatte behov. Forebygging kan innebære å redusere sosial isolasjon, styrke funksjon og støtte relasjoner, samt tidlig identifisering av personlighetsrelaterede vansker hos eldre med høy helsetjenestebruk (Heintz et al., 2021; Oude Voshaar & van Dijk, 2025). For personer med økt risiko for PF eller forverring av tilstanden kan psykoedukasjon

og nettverksstøtte være viktige forebyggende tiltak (Conjaerts et al., 2025).

## Diskusjon

Artikkelen viser at det er betydelige kunnskapshull når det gjelder utredning, behandling, pasienterfaringer og samhandling for eldre med PF. De tre komponentene i EBPP fremstår derfor som svake og i liten grad integrert. EBPP beskrives ofte som en trebeint stol der svikt i én komponent svekker tjenestekvaliteten (APA, 2021; Melchert et al., 2024). Manglende forskningsgrunnlag kan føre til lite målrettet behandling eller bruk av udokumenterte metoder. Begrenset klinisk ekspertise kan innebære at selv gode metoder anvendes på en utilstrekkelig måte. Manglende forståelse av pasientens egenskaper, kultur og preferanser kan svekke pasientens motivasjon og redusere relevans i behandlingstiltakene.

På bakgrunn av dette fremstår flere psykologfaglige områder som særlig viktige for å utvikle EBPP for eldre med PF. Jeg har valgt ut fire områder: kompetanse, alderssensitiv utredning og behandling, samhandling og pasientperspektiv.

## Kompetanse

Kompetansen om PF hos eldre er mangelfull i helsevesenet (Oude Voshaar & van Dijk, 2025; van Alphen et al., 2015). Dette henger sammen med både begrenset forskningsbasert kunnskap og manglende faglige prioriteringer. Kompetanseheving er derfor et systemansvar, ikke bare et individuelt behandleransvar. Alderisme kan påvirke helsepersonells vurderinger av behandlingsbehov (Bodner et al., 2018; Lederman & Shefler, 2023), og bidra til underreportering og redusert tro på endringsmuligheter. EBPP forutsetter faglig oppdatering og kritisk selvrefleksjon. Det er derfor behov for mer kunnskap om aldring og personlighetspsykologi i psykologutdanninger og spesialistløp, samt arenaer for veiledning og erfaringsdeling som kan styrke klinisk ekspertise på en systematisk måte.

## Alderssensitiv utredning og behandling

Kartleggingsverktøy utviklet for yngre voksne fanger ikke alltid opp aldringsrelaterede endringer (van Alphen et al., 2023). Videreutvikling og validering av verktøy er derfor nødvendig, og dette fordrer forskningsfinansiering og samarbeid mellom klinikk og forskningsmiljøer. Overgangen til ICD-11 vil trolig gi en mer nyansert tilnærming til utredning og diagnostikk også for eldre, men det er fortsatt lite kunnskap om systemets anvendelighet i denne gruppen (Rossi et al., 2024). ICD-11-baserte kartleggingsmetoder beskrives som relativt aldersnøytrale (Bangash, 2025b), men behovet for utprøving og validering i eldre kliniske utvalg er stort.

Behovet for forskning på behandling av PF hos eldre er betydelig (Penders et al., 2020). Per i dag finnes ingen behandlingsmodeller utviklet spesifikt for denne gruppen. Studier tyder på at eldre kan ha nytte av etablerte programmer for PF (Penders et al., 2020; van Alphen, 2025; Wu & Francois, 2022), men det er begrenset kunnskap om hvilke individuelle tilpasninger som fremmer endring. Tilpasninger kan omfatte kortere sesjoner, tydelig struktur, repetisjon og tilrettelegging for sansetap. Det kan også omfatte integrering av temaer som er viktig for mange eldre – som omstilling etter arbeidsliv eller tap av nære, utfordringer knyttet til helsevansker, og livsmening og mestring. Eldre har ofte spesifikke behandlingspreferanser knyttet til mål, varighet, tempo og grad av praktisk støtte. Dette understreker behovet for kunnskap om pasientenes ønskemål – den tredje kunnskapskilden i EBPP.

## Samhandling

Behandlingsforløp for eldre med PF foregår ofte i skjæringspunktene mellom spesialisthelsetjeneste, kommunehelsetjeneste og somatiske tjenester. Manglende koordinering kan bidra til funksjonsfall og økt helsetjenestebruk (Heintz et al., 2021). Pasientgruppen stiller særskilte krav til struktur og samordning, særlig når det gjelder tydelig ansvar og kontinuitet i overgangene mellom tjenester (van Alphen et al., 2015). EBPP kan anvendes på systemnivå ved å fremme samhandling basert på forskningskunnskap, klinikererfaring og pasienterfaring. Utviklingen må forankres i ledelse, faglige prioriteringer og politiske beslutninger.

Det ligger også et etisk og samfunnsmessig ansvar i dette. En økende eldre befolkning innebærer at flere vil leve med PF over tid. Likeverdig og kunnskapsbasert behandling krever politiske prioriteringer og faglig vilje til å løfte feltet (jamfør Horgan et al., 2024; Reynolds et al., 2022).

## Pasientperspektivet


Det fjerde området – pasientperspektivet – er i dag svært lite belyst. Litteratursøket identifiserte ingen studier som undersøker eldre pasienters egne erfaringer, mål

og ønsker i møte med utredning eller behandling av PF. Dette fremstår som ett av de mest slående funnene. Fraværet er særlig problematisk sett i lys av EBPP, der pasientens preferanser utgjør én av tre kunnskapskilder. Mangelen på pasientperspektiv svekker både klinisk praksis, samhandling og forskningsutvikling. Mange eldre pasienter har tydelige preferanser for behandlingstilrettelegging, og forskning bør gjennomføres for eldre med PF for å få mer kunnskap om dette.

## Oppsummering

Gjennomgangen viser at utviklingen av feltet PF hos eldre krever innsats på flere nivåer. Det er behov for styrket klinisk kompetanse, mer alderssensitiv utredning og behandling, videreutvikling av behandlingstilnæringer og bedre samhandling mellom tjenestenivåer. I tillegg peker gjennomgangen på et tydelig kunnskapshull knyttet til pasientperspektivet, til tross for at dette er en av hovedpilarene i EBPP. EBPP-rammeverket synliggjør dermed ikke bare hva som mangler, men også hvordan forskning, klinisk erfaring og pasientens stemme kan integreres for å styrke kvaliteten i tjenestene for denne pasientgruppen.

## Konklusjon

Eldre med PF møter i dag et helsevesen der kunnskapen er begrenset og tjenestene ofte er fragmenterte. EBPP gir et rammeverk for å integrere beste tilgjengelige forskning, klinisk ekspertise og pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål, og kan dermed fungere som et felles utgangspunkt for klinisk praksis, utdanning, forskning og fagutvikling. For å realisere dette trengs strukturelle grep, inkludert faglige anbefalinger, øremerkede forskningsmidler og tverrfaglig kompetanseheving. En psykologfaglig prioritet fremover bør være å styrke kompetansen om PF hos eldre, utvikle og evaluere alderssensitiv utredning og behandling, og samtidig undersøke pasientenes egne erfaringer og ønskemål. Dette vil kunne bidra til mer virksom behandling og økt livskvalitet for eldre med PF, og samtidig bidra til at denne pasientgruppen får en tydeligere plass i det psykiske helsevernet. 

### REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-5-TR). American Psychiatric Association Publishing.
- American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- American Psychological Association. (2021). *Professional Practice Guidelines for Evidence-Based Psychological Practice in Health Care*. <https://www.apa.org/practice/guidelines>
- American Psychological Association [APA]. (2024). *Guidelines for Psychological Practice With Older Adults*. <https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults>
- Bangash, A. (2025a). Personality disorders in later life: An update. *BJPsych Advances*, 31(3), 173–185. <https://doi.org/10.1192/bja.2024.41>
- Bangash, A. (2025b). Application to older adults. I B. Bach (Red.), *Personality disorders in ICD-11: Assessment and treatment* (s. 617–642). Oxford University Press.
- Bodner, E., Palgi, Y. & Wyman, M. F. (2018). Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. I L. Ayalon & C. Tesch-Römer (Red.), *Contemporary perspectives on ageism* (s. 241–262). Springer Open: International Perspectives on Aging.
- Butler, R. (1969). Age-Isms: Another form of Bigotry. *Gerontologist*, 9, 243–246. [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)
- Clarke, S. L., Soons, N., Videler, A. C., Van Alphen, S. P. J., Van, H., Dil, L., Pappijn, L., Corbeij, S., Broekhof, B., Chanen, A. M. & Hutsebaut, J. (2025). The progress in the field of clinical staging for mental disorders within the last decade: An updated systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1473051. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1473051>
- Conjaerts, J. A. P., Videler, A. C., Schepman, R., Elfeddali, I., Rosowsky, E. & van Alphen, S. P. J. (2025). Clinical Staging

- for Personality Disorders in Older Adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 38(1), 32–43. <https://doi.org/10.1177/08919887241254467>
- de Jong, J., van Alphen, S. P. J., Conjaerts, J. A. P., Schepman, R., Ouwens, M. A. & Videler, A. C. (2025). Comparing the Utility of a Clinical Staging Approach and the DSM-5 in Diagnosing Personality Disorders Among Older Adults. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 19, 8 919 887 251 358 413. <https://doi.org/10.1177/08919887251358413>
- Edwards, E. R., Greene, A. L. & Steedman, L. A. (2025). Clinical needs of older adults with personality disorders: Insights from state-funded mental health care systems. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(6), 628–634. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.02.010>
- Facon, M. F., van Alphen, S. P. J., Dierckx, E. & Rossi, G. (2025). Age-Neutral Measurement Of Personality Functioning and Maladaptive Personality Traits. *Assessment*, 32(1), 3–13. <https://doi.org/10.1177/10731911241240626>
- Heintz, H. L., Freedberg, A. L. & Harper, D. G. (2021). Dependent Personality in Depressed Older Adults: A Case Report and Systematic Review. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 34(5), 445–453. <https://doi.org/10.1177/0891988720933361>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre* [nettdokument]. Helsedirektoratet (siste faglige endring 02. mai 2019, lest 1. oktober 2025). <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- Horgan, S., Prorok, J., Ellis, K., Mullaly, L., Cassidy, K. L., Seitz, D. & Checkland, C. (2024). Optimizing older adult mental health in support of healthy ageing: A pluralistic framework to inform transformative change across community and healthcare domains. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(6), 664. <https://doi.org/10.3390/ijerph21060664>
- KVALAP-rapport (2025). *Kvalitetsregister i alderspsykiatri. Årsrapport for 2024 med plan for forbedringstiltak*. <https://www.kvalitetsregistre.no/registeroversikt/alderspsykiatriregister/#arsrapporter>
- Lederman, S. & Sheffer, G. (2023). Psychotherapy with older adults: Ageism and the therapeutic process. *Psychotherapy Research*, 33(3), 350–361. <https://doi.org/10.1080/10503307.2022.2094298>
- Melchert, T. P., Halfond, R. W., Hamdi, N. R., Bufka, L. F., Hollon, S. D. & Cuttler, M. J. (2024). Evidence-based practice in psychology: Context, guidelines, and action. *The American Psychologist*, 79(6), 824–837. <https://doi.org/10.1037/amp0001253>
- Norsk psykiatrisk forening. (2022). *Plan for norsk alderspsykiatri 2022–2030*. Legeforeningen.no. <https://www.legeforeningen.no/contentassets/5eac166a49b4421f92b4f35ae2feab29/plandokument-alderspsykiatri-2022-2030.pdf>
- Norsk psykologforening. (2007). *Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 9, 1127–1128. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2007aso8ae-Prinsipperklaering-om-evidensbasert-psykologisk-praksis>
- Oude Voshaar, R. C. & van Dijk, S. D. M. (2025). New horizons in personality disorders –from neglect to necessity in geriatric care. *Age and Ageing*, 54(4), afafo66. <https://doi.org/10.1093/ageing/afafo66>
- Peenders, K. A. P., Peeters, I. G. P., Metsemakers, J. F. M. & van Alphen, S. P. J. (2020). Personality disorders in older adults: A review of epidemiology, assessment, and treatment. *Current Psychiatry Reports*, 22, 1–14. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-1133-x>
- Reynolds, K., Pietrzak, R. H., El-Gabalawy, R., Mackenzie, C. S. & Sareen, J. (2015). Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry*, 14(1), 74–81. <https://doi.org/10.1002/wps.20193>
- Reynolds, C. F. 3rd, Jeste, D. V., Sachdev, P. S. & Blazer, D. G. (2022). Mental health care for older adults: recent advances and new directions in clinical practice and research. *World Psychiatry*, 21(3), 336–363. <https://doi.org/10.1002/wps.20996>
- Rossi, G., van Alphen, S. P. J., Videler, A. C. & Diaz-Batanero, C. (2024). Can personality disorder be accurately assessed in older age? A differential item functioning analysis of ICD-11 inventories. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 39(3), e6075. <https://doi.org/10.1002/gps.6075>
- Schulkens, J. E. M., van Alphen, S. P. J., Stas, L., Louter, M. A., Verhey, F. R. J. & Sobczak, S. (2025). Medication use and quality of life in older adults with personality disorders. *Drugs and Aging*, 42(11), 1045–1055. <https://doi.org/10.1007/s40266-025-01244-y>
- Schutte, K., Lemke, S., Moos, R. H. & Brennan, P. L. (2014). Age-sensitive psychosocial treatment for older adults with substance abuse. I I. Crome, L.-T. Wu, R. T. Rao & P. Crome (Red.), *Substance use and older people* (s. 314–339). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/9781118430965.ch22>
- Stone-Bury, L. E., Premovich, A. M. & Segal, D. L. (2025). A differential item functioning analysis of the alternative model of personality disorders across younger and older age groups. *The International Journal of Aging and Human Development*, 0(0). <https://doi.org/10.1177/00914150251382807>
- Treagust, N., Sidhom, E., Lewis, J., Denman, C., Knutson, O. & Underwood, B. R. (2022). The epidemiology and clinical features of personality disorders in later life; a study of secondary care data. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 37(12). <https://doi.org/10.1002/gps.5837>
- Tyrer, P. & Howard, R. (2020). Late-onset personality disorder: a condition still steeped in ignorance. *BJPsych Advances*, 26(4), 219–220. <https://doi.org/10.1192/bja.2020.19>
- van Alphen, S. P. J. (2025). Addressing the Clinical Needs of Older Adults With Personality Disorders: A Call for Targeted Scientific Research. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(6), 635–637. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.02.003>
- van Alphen, S. P. J., van Dijk, S. D., Videler, A. C., Rossi, G., Dierckx, E., Bouckaert, F. & Voshaar, R. C. (2015). Personality disorders in older adults: emerging research issues. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 538–545. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0538-9>
- van Alphen, S. P. J., van der Werff, S., Rosowsky, E., Segal, D. L. & Rossi, G. (2023). Assessment of Personality Disorders in Older Adults. A Practice Guide. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 36(6), 470–478. <https://doi.org/10.1177/08919887231175431>
- Veilleux, J. C., Middlebrooks, M. & Schreiber, R. E. (2025). How to communicate a personality disorder diagnosis: The PERSON approach. *Practice Innovations. Advance online publication*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/prio000269>
- World Health Organization [WHO]. (2024). *Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural and neurodevelopmental disorders*. World Health Organization.
- Wu, A. & Francois, D. (2022). Personality disorders in late life. An update. *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 35(3), 167–175. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1024/1662-9647/a000261>

Kristine Gustavsen Madsø  
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

Line Sandven  
NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus

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

# Effekt og tilpasning av psykologisk behandling for angst hos eldre – en paraplyoversikt

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Angst hos eldre er en viktig årsak til nedsatt livskvalitet og funksjonssvikt. Psykologisk behandling er en mulig tilnærming. Denne paraplyoversikten oppsummerer nyere kunnskap om effekt og tilpasning av psykologisk behandling for angst hos eldre, med og uten mild kognitiv svikt (MCI). **Metode:** Vi fulgte PRIOR og søkte i Embase, MEDLINE, PsycINFO og Epistemonikos (1.12.2025). Av 2966 treff ble 14 oversiktsartikler inkludert. Alderskriteriet ble justert til  $\geq 60$  år. Kvalitet og risiko for systematiske skjevheter ble vurdert med AMSTAR 2 og CASP. **Resultater:** Av de mest utbredte psykoterapitilnærmingene viser kognitiv atferdsterapi (KAT) moderat effekt på angst, og bedring i komorbid depresjon; rundt halvparten oppnår remisjon av den primære angstlidelsen ved korttidsoppfølging. Aksept- og verdibasert atferdsterapi (ACT) og ulike tilnærminger basert på oppmerksomt nærvær fremstår lovende, men studiene er begrenset som følge av heterogenitet, publikasjonsbias og få randomiserte kontrollerte studier (RCT). Traumefokuserte tilnærminger kan trolig redusere symptomer ved posttraumatisk stresslidelse, mens psykodynamisk terapi har svært usikker evidens. For eldre med komorbid mild kognitiv svikt (MCI) og angst mangler vi data. Angstbehandling for eldre kan ved behov tilpasses ved å tilrettelegge for fysiske begrensninger, bruk av kognitive støtteverktøy og forlenget psykoedukasjon. Behandling bør inkludere en utvidet utredning for å utelukke at angstsymptomene ikke er en sekundær tilstand til andre vanlige plager og tilstander i alderdommen. **Konklusjon:** Det er evidens for at psykologisk behandling, særlig KAT, er nyttig ved primær angst hos eldre. Det trengs mer forskning på MCI, langtidseffekt av behandling og tilpasningsstrategier.

### KONTAKT

kristine.gustavsen.madso@olaviken.no

### MERKNAD

Vi vil takke Universitetsbiblioteket i Bergen for uvurderlig hjelp med søkestrategi, og overlege Kristina Skogseth ved NKS Olaviken alderspsykiatriske sykehus for verdifulle råd. Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen relevante interessekonflikter.

Angst- og depresjonslidelser er blant de viktigste årsakene til funksjonssvikt og redusert livskvalitet hos eldre (Li et al., 2025). Sammenliknet med tidligere eldre-kohorter har vi sett en positiv helseutvikling i nyere år, men omtrent 10 % av kvinner og 5 % av menn rapporterer fremdeles betydelige psykiske plager i eldre år (Folkehelseinstituttet, FHI, 2025). Prevalensen av angstsymptomer hos hjemmeboende eldre er 8–13 % i alderen 60–79 år og 12–17 % i gruppen 80+ (FHI, 2025), mens moderat til alvorlig angst rammer 1–8 % (Skjellegrind et al., 2021). Angstforekomsten er høyere (14 %) ved mild kognitiv svikt (MCI, Chen et al., 2018). Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre anbefaler psykoterapi på linje med yngre voksne ved angstlidelser (Helsedirektoratet, 2019), men eldre får sjeldnere tilgang til slik behandling (Strand, 2016). Europeiske data viser et betydelig gap mellom forekomst og behandlingstilbud, særlig i Skandinavia (Horackova et al., 2019). Barrierer inkluderer antakelser om at psykiske plager er «normale» ved aldring (Canadian Coalition for Seniors' Mental Health [CCSMH], 2024), og somatiske uttrykk for psykiske plager som øker risiko for underdiagnostikk (Erickson & Rector, 2022). Nasjonalfaglige råd anbefaler selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI) eller serotonin- og noradrenalinreopptakshemmere (SNRI) ved generalisert angstlidelse (GAD) hos eldre, dersom langvarig medikamentell behandling er aktuelt (Helsedirektoratet, 2019). Vanedannende anxiolytika og antipsykotika forskrives likevel fortsatt hyppig (Berg et al., 2018; Gjerden et al., 2017).

De nasjonale faglige rådene gir lite informasjon om hvordan psykologisk behandling bør tilpasses gruppen (Helsedirektoratet, 2019), og mange terapeuter opplever at de mangler kompetanse på eldre helse (Brunvold & Lunde, 2014; Kessler & Blachetta, 2020). Depresjon hos eldre er bedre belyst (se for eksempel Bilbrey et al., 2022; Cuijpers et al., 2020; eller Devita et al., 2022), mens angst har fått mindre oppmerksomhet. I denne paraplyoversikten har vi sammenfattet oversiktsartikler om effekt og tilpasning av psykologisk angstbehandling for eldre med og uten kognitiv svikt.

## Metode

Artikkelen følger Preferred Reporting Items for Overview of Reviews (PRIOR), en Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)-basert metodikk for paraplyoversikter (Gates et al., 2022).

Inklusjonskriterier var: integrativ, narrativ, sonderende eller systematisk oversiktsartikkel, meta- eller nettverksanalyse; studier av hjemmeboende over 65 år; deltakere både med og uten MCI; deltakere med klinisk signifikant angst; studier som omhandler effekt av psykologiske intervensjoner eller tilpasning av disse til eldrepopulasjonen; norsk- eller engelskspråklig; publikasjoner

fra de siste fem årene. Eksklusjonskriterier var: yngre enn 65 år; beboere i institusjon; oversiktsstudier avgrenset til spesifikke populasjoner med usikker generaliserbarhet til norsk kontekst; psykologiske intervensjoner for angst hos personer med spesifikke somatiske sykdommer (KOLS, hjerneslag, nevrodegenerative sykdommer, m.m.); farmakologiske eller digitale intervensjoner, musikkterapi eller fysisk aktivitet; utfallsmål knyttet til livskvalitet, ensomhet eller isolasjon uten samtidige mål på angst.

Målsettingen vår for artikkelen er å belyse både evidens for ulike terapitilnærminger, og å kunne gi kliniske råd om tilpasning av psykologisk angstbehandling. Derfor har vi valgt å også inkludere integrative, narrative og sonderende oversiktsartikler, selv om disse vanligvis ikke inngår i en paraplyoversikt.

## Søkestrategi

Søkestrategien ble utviklet med bibliotekar ved Universitetet i Bergen. Søket ble gjennomført 01.12.2025 i Embase, MEDLINE, PsycINFO og Epistemionikos (inkluderer Cochrane library). Søkeord var synonymmer til populasjonen «eldre», artikkeltypen «oversiktsartikkel» og intervensjonen «psykologisk behandling». Full søkestrategi finnes i Tabell S1 (tilgjengelig som onlinesupplement).

## Dataekstraksjon og kvalitetsvurdering

Søkeresultatet ble importert til Zotero 7 (Roy Rosenzweig Center for History and New Media, 2016), der duplikater ble fjernet før overføring til screeningverktøyet Rayyan (Ouzzani et al., 2016). KGM og LS gjennomførte blindet screening av tittel og sammendrag. KGM vurderte deretter fulltekst, mens LS dobbeltscreenet 20 % av artiklene. Ved uenigheter ble disse diskutert mellom forfatterne før endelig beslutning ble tatt.

Risikovurdering for systematiske feil (Risk of Bias, RoB) ble vurdert av KGM og IHN. Systematiske oversikter ble vurdert med A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews 2 (AMSTAR 2, Shea et al., 2017), og integrative og narrative oversikter med sjekklister Critical Appraisal Skills Programme (CASP, 2024). Fra hver artikkel ekstraherte KGM og IHN opplysninger om artikkeltype, tilstand og intervensjon, antall deltakere og studier, studietype, alder og kognitiv funksjon, samt hovedfunn om effekt eller beskrevne tilpasninger av psykologisk behandling og resultatenes heterogenitet. En forhåndsdefinert plan for inklusjonskriterier, søkestrategi og dataekstraksjon ble utarbeidet i samarbeid med universitetsbibliotekar, og pilotert av førsteforfatter før søkeprosessen ble gjennomført. Grad av overlapp mellom de inkluderte studiene i de ulike oversiktsartiklene ble ikke undersøkt, fordi vi ikke hadde til hensikt å gjennomføre en metaanalyse. Eventuelle avvik fra planen rapporteres i resultatdelen.

## Resultater

Søket ga 2966 treff. Etter fjerning av duplikater og screening av tittel og sammendrag gjensto 73 artikler for fulltekstgjennomgang. To ekstra artikler ble identifisert via referansegjennomgang, og totalt inkluderte vi 14 artikler i oversikten. Se Flyttdiagram i Figur 1.

Blindet gjennomgang ga en reliabilitet på 97.4 %. Fulltekstgjennomgang viste ulike definisjoner av eldre mellom land, og inklusjonskriteriet ble endret til  $\geq 60$  år. To unntak gjelder for de største meta-analysene av høyest kvalitet. Hendriks et al. (2024) sin metaanalyse av RCT-studier for angst der snittalder er over 60, men fire av 21 studier også inkluderer alderen 55+. Orgeta et al. (2022) inkluderer initialt 55+, men viser manglende data for eldre med MCI og angst. Oversiktsartikler med utvidede alderskriterier ble også vurdert for relevante data, og originalstudier ble gjennomgått og relevante data ekstrahert ved uklarheter. Resultatene er organisert i to tema: effekt av spesifikke terapimetoder og anbefalinger for tilpasning. Tabell 1 viser behandlingsmetodene slik de er definert i de inkluderte artiklene.

### Effekten av spesifikke terapimetoder

Effekten av spesifikke terapimetoder er presentert i 12 artikler, og resultatene er presentert i Tabell 2. Effekt-

størrelsene (standardisert gjennomsnittsforskjell, SMD, Hedge's  $g$  eller Cohen's  $d$ ) tolkes slik at  $\geq 0.2$  tilsvarer en lav effekt,  $\geq 0.5$  tilsvarer moderat effekt og  $\geq 0.8$  tilsvarer stor effekt (Gates et al., 2022).

### Kognitiv- og atferdsterapi

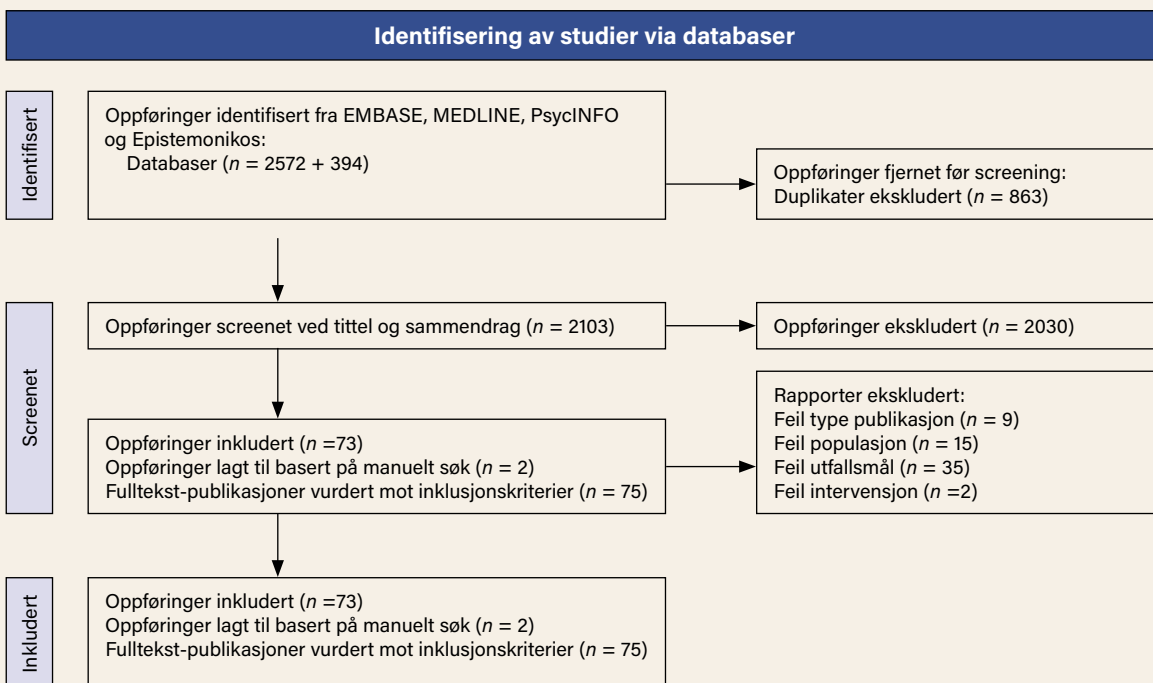
Tre artikler belyser effekten av behandling med KAT. CCSMH (2024) viser i en metaanalyse av RCT-studier at KAT har stor effekt på angst hos eldre sammenliknet med venteliste eller vanlig behandling (*treatment as usual*, TAU). Sammenliknet med andre aktive behandlinger er effekten på angst lik, men KAT har høyere effekt på livskvalitet og komorbid depresjon.

Hendriks et al. (2024) finner i sin metaanalyse av RCT-studier at KAT gir en moderat reduksjon i angstsymptomer sammenliknet med minimal oppfølging etter endt behandling. Ved oppfølging etter tre-seks måneder finner de imidlertid liten forskjell mellom gruppene. KAT viser også en moderat effekt på depresjonssymptomer komorbid med angst, og denne vedvarer etter tre-seks måneder. Minimal oppfølging er definert som standard oppfølging uten psykologisk behandling, og det var stor variasjon i hva som ble inkludert som sammenlikning. Studier som var spesifikt tilpasset eldrepopulasjonen, hadde samme resultat som standard KAT.

I kontrast til symptomorienterte effektmål undersøker Johnco et al. (2025) klinisk relevante utfall som

FIGUR 1

Flyttdiagram over litteratursøket



Merknad. Figuren er basert på PRISMA 2020 flyttdiagram for systematiske oversikter.

TABELL 1

**Oversikt over behandlingsmetoder**

Kognitiv atferdsterapi (KAT, De Vito et al., 2022)

Strukturert, målrettet terapi som endrer maladaptive tanker og atferd gjennom kognitiv restrukturering, eksponering og ferdighetstrening.

Forsterket KAT (Enhanced CBT - ECBT, De Vito et al., 2022)

KAT med ekstra støtte (repetisjon, oppsummering, påminnelser, strukturhjelpemidler) for bedre læring og gjennomføring; kan inkludere fysisk og kognitiv trening.

Aksept og verdibasert atferdsterapi (ACT, Delhom et al., 2022)

Øker psykologisk fleksibilitet gjennom aksept, oppmerksomt nærvær, løsrivelse fra fastlåste tanker, og verdibaserte handlinger; reduserer unngåelse og fremmer meningsfulle valg.

Mindfulness-baserte intervensjoner (MBI, Ye et al., 2024; Leow et al., 2023)

Manualiserte program som trener oppmerksomt nærvær og ikke-dømmende holdning via sansebasert oppmerksomhet, kroppsskanning, pust og psykoedukasjon; ofte gruppebaserte over 8–12 uker. Inkluderer mindfulness-awareness-program og mindfulness-basert kognitiv atferdsterapi (MBCT).

Mindfulness-baserte meditasjonsintervensjoner (MMI, Hatch et al., 2022)

Meditasjonsfokusede intervensjoner som sittende meditasjon, pustefokus og observasjon av tanker og følelser for å fremme emosjonsregulering og indre ro. Inkluderer mindfulnessbasert stressreduksjon (MBSR), MBCT, Breathing, Relaxation, and Education for Anxiety Treatment in the Home Environment (BREATHE) og mindfulness awareness practices (MAPS).

«Life review» (Jiang et al., 2024)

Strukturert gjennomgang av livshendelser for å integrere minner og styrke mening, identitet og sammenheng i livshistorien.

Traumefokusert psykologisk behandling (Gómez-Bautista et al., 2025)

Tre tilnærminger er beskrevet. Narrativ eksponeringsterapi innebærer at pasientens traumatiske livshendelser settes inn i en sammenhengende livsfortelling som korrigeres, kompletteres og bearbejdes.

Traumefokusert KAT kombinerer psykoedukasjon, avspenning, kognitiv restrukturering, problemløsning, eksponering og utvikling av et adaptivt traumenarrativ.

«Life review» er også inkludert her.

Psykodynamisk og psykoanalytisk terapi (Seiler et al., 2025)

Innsiktsorientert terapi som utforsker ubevisste konflikter og relasjonsmønstre for å styrke selvforståelse, emosjonsregulering og relasjoner.

*Merknad.* Tabellen gir en oversikt over hvilke behandlingsmetoder som er undersøkt i de inkluderte artiklene, basert på hvordan de er definert i den enkelte publikasjonen.

diagnostisk remisjon og behandlingsrespons. I deres metaanalyse av RCT-studier oppnådde over halvparten diagnostisk remisjon av primær angstlidelse etter KAT, sammenliknet med inaktive kontrollbetingelser. Over halvparten av deltakerne viste også behandlingsrespons definert som klinisk signifikant symptomreduksjon. Tilbakefall var sjelden rapportert, men der data forelå, viste om lag en tredjedel tilbakefall innen seks måneder etter endt behandling.

**Aksept- og meditasjonsbaserte tilnærminger**

Fire oversiktsartikler beskriver effekten av aksept- og meditasjonsbaserte tilnærminger for eldre. Delhom et al. (2022) viser i en systematisk oversiktsartikkel over kliniske studier at ACT trolig reduserer symptomer på angst og GAD. Flere studier var ikke randomiserte, og støttet effekten av ACT i ulik grad. Hatch et al. (2022) undersøker RCT-studier av mindfulnessbaserte intervensjoner med en meditasjonskomponent (MMI) for eldre med symptomer på GAD. De finner en sannsynlig klinisk effekt, men størrelsen på effekten er usikker, og på grunn av heterogenitet var det ikke tilrådelig å gjøre metaanalyser. Ye et al. (2024) finner i sin metaanalyse av MBCT en liten signifikant effekt ved komorbid angst og depresjon i kliniske studier. Her mangler data på

langtidseffekt. Effektstørrelsen er usikker og trolig preget av publikasjonsbias, samt manglende randomisering. Wuthrich et al. (2021) finner i en metaanalyse av både KAT og mindfulnessbaserte intervensjoner (MBI) at det er en mulig moderat effekt ved komorbid angst og depresjon. Resultatene er usikre fordi de ikke er statistisk signifikante, og det er høy grad av heterogenitet.

**Traumefokusert psykologisk behandling**

Én metaanalyse av RCT-studier for eldre (Gómez-Bautista et al., 2025) finner en liten og usikker effekt på symptomer på posttraumatisk stress lidelse (PTSD) ved traumefokusede psykologiske behandlinger. De finner også en liten til moderat effekt på depresjonssymptomer ved PTSD. Ingen av funnene er statistisk signifikante, og langtidseffekt ble ikke påvist.

**«Life review»**

Én integrativ oversiktsartikkel (Jiang et al., 2024) rapporterer om at «life review» ved PTSD og traumesymptomer hos eldre kan ha effekt. Oppsummert viser 13 kliniske studier, hvorav to RCT-studier, en mulig nedgang i PTSD-symptomer over tid, og mulige positive effekter på tilfredshet med livet etter behandlingen. Det advares mot re-traumatisering, spesielt ved lav terapeutkompetanse.

TABELL 2

Effekt av psykologiske behandlinger for eldre med angst: systematiske oversikter og metaanalyser

Forfatter (år)	Type oversikt	Populasjon	Intervensjon	Sammenlikning	N studier (deltakere) <sup>a</sup>	Resultater og effektstørrelser (95 % CI / PI) <sup>b</sup>	Heterogenitet <sup>c</sup> og andre svakheter
<b>KOGNITIV ATFERDSTERAPI</b>							
Hendriks et al. (2024)	Metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, angstlidelser (GAD, panikklidelse, sosial fobi, PTSD, uspesifisert angstlidelser)	KAT <sup>d</sup>	Minimal oppfølging	18 (591)	Effekt på angst: SMD = -0.51 (-0.66 - -0.36) etter behandling.	Heterogenitet lav $I^2 = 26\%$
					8 (226)	Ikke signifikant langtids effekt etter 3-6 md.: SMD = -0.29 (-0.59 - 0.01)	Heterogenitet moderat $I^2 = 52\%$
					16 (458)	Effekt på komorbid depresjon ved angst etter endt behandling: SMD = -0.57 (-0.74 - -0.40).	Heterogenitet lav $I^2 = 24\%$
					7 (175)	Effekt på komorbid depresjon ved angst etter 3-6 md. SMD = -0.68.	Heterogenitet høy $I^2 = 85\%$
Johnco et al. (2025)	Metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, angstlidelser (GAD, blandet angstlidelser, panikklidelse)	KAT	Inaktiv kontrollgruppe (venteliste eller TAU)	2 (144)	Primær angstlidelser i remisjon etter behandling: 44.8 % sammenliknet med 29.8 % i kontrollbetingselsen.	Heterogenitet var moderat høy $I^2 = 56\%$
					11 (417)	Behandlingsrespons etter endt behandling - 53 % (18.0 - 85.0%).	Høy heterogenitet $I^2 = 79\%$
					2 (36)	Tilbakefall i symptomer etter 6 måneder: 33 %.	Svært lav N
CCSMH (2024)	Metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, angst (GAD og panikkangst)	KAT	Ingen intervensjon (venteliste eller TAU)	18 (754)	Effekt på angst: SMD 0.89 (0.64 - 1.14).	Høy heterogenitet (ikke oppgitt størrelse)
						Ingen forskjell i effekt på angst, men KAT gav større effekt på livskvalitet og komorbid depresjon.	
<b>AKSEPT- OG MEDITASJONSBASERTE TILNÆRMINGER</b>							
Delhom et al. (2022)	Systematisk oversikt over kliniske studier	≥ 65 år, angstlidelser/ GAD	ACT		7 (633)	Studiene viste mulig, men inkonsistent effekt av ACT på angst hos eldre. Beskriver også vedvarende effekt ved oppfølging. Ikke tilrådelig med metaanalyser.	Manglende randomisering, kontrollgrupper og små utvalg
Hatch et al. (2022)	Systematisk oversikt over RCT-studier	≥ 60 år, GAD	MMI	Aktiv kontroll eller TAU	6 (214)	Klinisk effekt etter intervensjonen: Cohen's d fra 0.03 - 1.3. Ikke tilrådelig med metaanalyser.	Høy heterogenitet på tvers av studier
Ye et al. (2024)	Metaanalyse av kliniske kontrollerte studier	≥ 60 år, komorbid angst og depresjon	MBCT	Inaktiv kontroll	5 (148)	Hedges g = 0.43 (0.20 - 0.65) Ingen data på langtids effekt.	$I^2 = 30\%$ Publikasjonsbias og manglende randomisering

Forfatter (år)	Type oversikt	Populasjon	Intervensjon	Sammenlikning	N studier (deltakere) <sup>a</sup>	Resultater og effektstørrelser (95 % CI / PI) <sup>b</sup>	Heterogenitet <sup>c</sup> og andre svakheter
Wutrich et al. (2020)	Systematisk oversikt og metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, komorbid angst og depresjon	KAT og MBI	Aktiv kontroll eller venteliste	4 (138)	Effekt på angst ved komorbid depresjon og angst: Ikke signifikant Hedge's g -0.44 (-1.38 - 0.50). Effekt på depresjon ved komorbid depresjon og angst: Ikke signifikant Hedge's g -0.55 (-1.25 - 0.14).	Høy heterogenitet $I^2 = 90\%$  $I^2 = 82\%$
<b>TRAUMEFOKUSERT PSYKOLOGISK BEHANDLING</b>							
Gómez-Bautista et al. (2025)	Metaanalyse	≥ 60 år, PTSD	Traumefokusert terapi (narrativ eksponerings-terapi, «life review» og KAT)	TAU	5 (261)	Mulig reduksjon av PTSD-symptomer etter endt behandling: Ikke signifikant SMD -0.29 (-0.62 - 0.03). Ingen langtidseffekt funnet.	$I^2 = 37\%$
<b>«LIFE REVIEW»</b>							
Jiang et al. (2024)	Integrativ oversikt over kliniske studier og RCT-studier	≥ 60 år, PTSD og traumesymptomer	«Life review»		7 (504)	Mulig effekt på komorbid depresjon: Ikke signifikant SMD -0.48 (-0.74 - 0.23).	$I^2 = 38\%$
<b>PSYKODYNAMISKE OG PSYKOANALYTISKE TILNÆRMINGER</b>							
Seiler et al. (2025)	Systematisk oversikt over case-studier og prospektive studier	≥ 60 år, angst	Individuell psykodynamisk terapi	Støttegruppe og TAU	2 (60)	Statistisk signifikant effekt på livstilfredshet og PTSD-symptomer i to studier.	Manglende randomisering og kontrollgrup-per. Uklart antall N Svært lav N
<b>MILD KOGNITIV SVIKT (MCI) OG ANGST</b>							
Leow et al. (2023)	Systematisk oversikt og metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, MCI og angst	MBI	Aktiv kontrollgruppe med psykoedukasjon eller kognitiv trening	4 (161)	Liten og ikke signifikant effekt på angst i favor av kontrollgruppen: SMD 0.39 (-0.03 - 0.81).	$I^2 = 41\%$
Orgeta et al. (2022)	Systematisk oversikt og metaanalyse av RCT-studier	≥ 60 år, MCI og angst	Psykologisk behandling		-	Ingen RCT-studier undersøkte effekten av psykologisk behandling for angst hos personer med MCI.	Manglende kliniske kontrollerte studier Svært lav N

<sup>a</sup>Antall deltakere gjelder dem som fikk den aktuelle intervensjonen. <sup>b</sup>CI: konfidensintervall; PI: prediksjonsintervall. <sup>c</sup>Heterogenitet rapportert som  $I^2$  betyr her grad av variasjon i resultatene som skyldes ekte ulikhet mellom studiene. Lav = ≤ 25%, moderat = ≤ 50%, høy = ≤ 75%. Dersom ikke annet er oppgitt, ble ikke aktuelle moderatører avdekket i metaanalysen. For utfyllende vurdering av kvaliteten på oversiktsartikkelen, se Tabell S2 (tilgjengelig som online-supplement). <sup>d</sup>Inklusjonskriteriene i Hendriks et al. (2024) omfatter også ACT og MBCT, men ingen av de inkluderte studiene i metaanalysen belyser disse to tilnærmingene. ACT og MBCT er derfor presentert under akseptbaserte eller meditasjonsbaserte tilnærminger.

## Psykodynamiske og -analytiske tilnæringer

Én systematisk oversiktsartikkel beskriver psykodynamisk terapi (Seiler et al., 2025). Fire case-studier og én prospektiv studie oppsummerer at individuell psykodynamisk terapi for eldre med angst kan ha positiv effekt på eksempelvis refleksjon, innsikt, relasjoner og dødsangst. Funnene er svært usikre.

## Behandling ved MCI og angst

Én oversiktsartikkel sammenlikner RCT-studier for å se på effekten av psykologisk behandling for eldre med MCI og angst (Orgeta, et al., 2022), og finner at det mangler tilstrekkelig datagrunnlag om dette.

Leow et al. (2023) undersøker RCT-studier av effekten av MBI ved angst og finner at de aktive kontrollgruppene med psykoedukasjon eller kognitiv trening har en liten og ikke-signifikant positiv effekt. Forfatterne antar her at kontrollgruppene er bedre tilpasset behovene til eldre og deres livskontekst. De konkluderer med at mindfulness trolig heller bør være en *komponent* i psykologisk behandling for eldre med angst og samtidig MCI, og ikke en selvstendig tilnærming.

## Spesifikke anbefalinger om tilpasning

Fem artikler beskriver tilpasning av psykologisk angstbehandling for eldre. Ye et al. (2024) og Hatch et al. (2022) beskriver hvordan MMI og MBI er tilpasset eldre i de inkluderte kliniske studiene, mens De Vito et al. (2022) og Erickson og Rector (2022) drøfter ulike forskningsbaserte tilpasningsstrategier ved KAT. CCSMH (2024) gir råd om både utredning og behandling. Tabell 3 gir en oversikt over de mest sentrale tilpasningene fra disse fem artiklene.

I en narrativ oversiktsartikkel beskriver De Vito et al. (2022) strategier for å forsterke KAT ved angst hos eldre. Eksekutiv dysfunksjon er et transdiagnostisk fenomen ved psykiske lidelser hos eldre, sentralt for emosjonsregulering. Eldre med alvorlig angst har ofte redusert kognitiv fleksibilitet, herunder evne til kognitive skift, perspektivtaking og økt perseverasjon. Slike utfordringer kan gå ut over effekten av KAT, og derfor er nevropsykologisk kartlegging viktig. Aktuelle tester som nevnes, er Trail Making Test-B (TMT-B, Reitan, 1958), Verbal flyt (Delis et al., 2001), og tallhukommelse (Wechsler, 2008). TMT-B kan gi informasjon om hvor lett en person kan skifte fokus, tenke fleksibelt og holde tempo, noe som er viktig for å kunne ta i bruk nye perspektiver og strategier i KAT. Verbal flyt viser hvordan personen kommer i gang med oppgaver, organiserer tanker og finner ord, ferdigheter som er sentrale i samtalerapi. Tallhukommelse sier noe om evnen til å holde og bearbeide informasjon i minnet, noe som påvirker om eldre pasienter klarer å følge terapeutiske instruksjoner og arbeide med hjemmeoppgaver i KAT. Sammenhengen mellom eksekutiv dysfunksjon og angst hos eldre er trolig toveis, og KAT-ferdigheter og

eksekutiv funksjon kan øke parallelt gjennom behandlingen. Bedring i eksekutiv funksjon vil ikke være mulig for alle, og klinisk anbefales det å utelukke demensutvikling før behandling.

Ved kognitive vansker med hukommelse, oppmerksomhet eller eksekutiv funksjon kan KAT forsterkes gjennom kognitive støttestrategier («enhanced» CBT; ECBT, se Tabell 1). Terapeutdrevne tilpasninger som er integrert i behandlingen og tilpasset pasientens kognitive profil, er mest nyttig, og en oversikt over støttestrategier finnes i Tabell 3. ECBT er vist å gi økt effekt ved GAD, med økt gjennomføring av hjemmeoppgaver. Det samme er ikke vist ved helseangst.

For eldre med eksekutive vansker innenfor kognitive skift kan det være vanskeligere å bruke kognitiv restrukturering, som er en sentral intervensjon i KAT. Effekten av kognitiv trening er også undersøkt, der en anbefaler at eventuell kognitiv trening bør være av kort varighet, kunnskapsbasert, med høyere intensitet i begynnelsen. Noen kognitive treningsopplegg har hatt svært stor drop-out, trolig fordi det krever for mye. KAT støttet med oppmerksomhetstrening kan bedre eksekutiv funksjon og synes å redusere bekymring mer enn vanlig KAT.

Det er ikke undersøkt om andre KAT-elementer som selvledet eksponering, problemløsning eller å stoppe invaderende tanker påvirkes av eksekutive vansker.

CCSMH (2024) har publisert en klinisk behandlingsretningslinje for angst hos eldre over 65 år med og uten kognitiv svikt. De gir 32 konkrete råd basert på metaanalyser av RCT-studier der det er tilgjengelig, og ellers kontrollerte studier, observasjonsstudier, ekspertråd og søk i best-practice databaser. Deres råd om utredning av angst hos eldre er oversiktlig oppsummert (CCSMH, 2024, s. 10). Utredningsverktøy tilpasset populasjonen er nyttig, som Geriatric Anxiety Inventory (GAI, Pachana et al., 2007, grenseverdi >9). Angstutredning bør inneholde en bred kartlegging med sykehistorie, klinisk undersøkelse inkludert kognitiv screening, debut/varighet/alvorlighet, funksjonspåvirkning, unngåelsesatferd og somatiske og psykososiale stressorer. Helseangst og somatiske symptomer er vanlig, og ikke alle eldre gjenkjenner symptomene sine som angst. Komorbiditet kan komplisere utredningen. Ettersom 20 % av eldre med primær angstlidelse også har depresjon, bør angstsymptomer utløse vurdering for depresjon og selvmordsfare. Nyoppstått angst hos tidligere ikke-engstelige eldre tyder ofte på sekundær angst til somatisk tilstand, medikamentbehandling eller inntak av stimulanter (inkludert koffein).

Førstevalg for behandling er ikke-farmakologisk, med unntak ved svært alvorlige symptomer eller pasientpreferanse for medikamentell behandling. Psykososial støtte bør gis, og spesifikke risikofaktorer og stressorer adresseres. En bør undersøke angst for fall, og om dette fører til aktivitetsbegrensning. Da er anbefalt behandling fallforebyggende kurs, eventuelt supplert med KAT.

Ved angstlidelser har KAT best evidens, både i gruppe-

TABELL 3

**Tilpasning av psykologisk behandling for eldre med angst**

Utvidet psykoedukasjon og sosialisering – vær oppmerksom på klientens psykiske helsekompetanse og bruk nok tid på å bygge forståelsen for hva som opprettholder angst.

Tilpass til fysisk kapasitet – kortere sesjoner med pauser kan være nyttig. Tilpass til syns-vansker ved å bruke stor, kontrastrik skrift. Tilpass for hørselsvansker ved å sitte slik at klienten ser behandlers ansikt, og inviter til å bruke hørselstekniske hjelpemidler under konsultasjonen.

Eksponeringsøvelser – skill mellom funksjonsrelatert og angstrelatert unngåelse. Fysiske helseproblemer bør inkluderes i kaususformuleringen og tilrettelegges for. Interoseptiv eksponering tilpasses fysisk funksjon, med kortere øvelser, justeringer i intensitet og format. Svimmelhet kan gi ustøhet og fare for fall og påfølgende skader, så sittende øvelser kan være foretrukket.

Mindfulness og meditasjon – øvelser tilpasses ved å tilby stoler fremfor yogamatter, tilpasse meditasjonsposisjon til funksjonsnivå, og ha roligere gående meditasjon. Dette kan forebygge fall eller skader.

Tilpass til kognitiv kapasitet – fremgangsmåte og tempo i behandlingen bør tilpasses klientens oppmerksomhetsspenn og prosesseringshastighet. Fokuser på én ferdighet per sesjon. Start enkelt og øk kompleksiteten når 80 % mestring er nådd.

Oppmerksomhetsstøtte – start timen med å bygge en bro fra forrige konsultasjon. Lag agenda, uthev viktige terapeutiske begreper og bruk visuelle hjelpemidler som tavle. Vis til agendaen hvis samtaletemaene drifter fra ønsket tema.

Innlæring – kategoriser tema som hører sammen, for å støtte innlæring. Hjelp pasienten med å knytte de mer abstrakte begrepene til konkrete situasjoner fra eget liv. Fokuser på å repetere generaliserbarhet til andre liknende situasjoner.

Hukommelsesstøtte – repeter og oppsummer viktige poenger og strategier hyppig. La pasienten selv formulere hovedpoenget fra timen for å styrke hukommelsen. Bruk skriftlig materiale, mnemonics, sjekklister eller andre påminnere. Gi positive tilbakemeldinger underveis.

Forenkling – kognitiv restrukturering kan forenkles ved å bruke enklere modeller som «Catch – Check – Change» – fang tanken, sjekk bevis, endre tanken. Bruk trinnsvis problemløsning: Definer problem – kom med ideer – velg idé – planlegg – test.

*Merknad.* Tabell 3 er basert på CCSMH (2024), De Vito et al., (2022), Erickson & Rector (2022), Hatch et al., (2022) og Ye et al., (2024).

og individuelle format. Kortere behandlingsforløp har også god evidens, eksempelvis seks sesjoner der spesifikke KAT-strategier tilpasset pasientens behov kan brukes isolert (eksponering, avspenning, pust, kognitiv restrukturering og problemløsning). Booster-telefonsamtaler kan brukes til å minne om hjemmeoppgaver ved kognitive vansker. Kortere behandlingstimer, mindre grupper og involvering av pårørende anbefales ved kognitive utfordringer.

Erickson og Rector (2022) formidler i sin narrative oversiktsartikkel om tilpasning av KAT for eldre med angst at en grundig utredning er viktig. Her sammenfaller rådene i stor grad med anbefalingene gitt over. Screening med Montreal Cognitive Assessment (MoCa, Nasreddine et al., 2005) anbefales, fordi den er mest sensitiv for milde kognitive vansker. Skår <23 gir indikasjon for videre utredning. Redusert aktivitet kan også være aldersrelatert, eksempelvis ved forflytningsvansker eller helsereelaterte begrensninger. De understreker derfor viktigheten av å skille mellom aldersrelatert og angstrelatert unngåelsesatferd, både for å sette riktig diagnose og å tilpasse momenter i behandlingsplanen for pasienten.

Dagens eldre kohort kan ha lavere psykisk helsekunnskap («*mental health literacy*») enn vi finner i yngre kohorter. Eldre pasienter kan ha vansker med å identifisere symptomer som psykisk betinget eller kan mangle oppdatert kunnskap om anbefalt hjelp for plagene. Derfor er det viktig å bruke tid på å sikre tilstrekkelig forståelse for angstlidelsen i en KAT-modell, der tankefeller, mistolkninger, sikkerhetsatferd og effekten av unngåelse er sentralt. Dette kan gi mer positive forventninger til behandlingen, og øke villigheten til å engasjere seg i

hjemmeoppgaver. Pasientens evne til følelsesgjenkjenning, bevissthet om automatiske tanker og vilje til å ha en aktiv rolle i behandling og eksponering er også viktig å undersøke. Økning i slike grunnferdigheter er viktig i begynnelsen av behandlingen.

Eldre kan underrapportere negative følelser og ha lav mestringsstro, særlig ved GAD. Mestringsstro kan styrkes ved å finne eksempler på mestring av tidligere livserfaringer (Se Ken Laidlaws «Timeline»-arbeid, Bilbrey et al., 2022). Arbeid med motforestillinger mot kroppslig aktivisering kan også være nyttig. Interoseptiv eksponering (IE, øvelser som gir kroppslig aktivisering) er like effektivt for eldre som for yngre klienter, men intensiteten må tilpasses eventuelle begrensninger hos klienten. Ved alvorlig skrøpeligheit bør lege konsulteres, spesielt ved lunge- eller hjertesykdom.

### Kvalitetsvurdering

Oppsummert vurderer vi at de fleste systematiske oversiktsartiklene er av adekvat kvalitet basert på AMSTAR-2 og CASP. Vi finner høy RoB hos Seiler et al. (2025) og Jiang et al. (2024) fordi kvaliteten på de inkluderte studiene ikke er vurdert, og konklusjonene som kommer frem i diskusjonen, ikke samsvarer med usikkerheten i datamaterialet. Det mangler forhåndsregistrering av protokollen hos Delhom et al. (2022). Søkestrategi er ikke beskrevet hos De Vito et al. (2022) eller Erickson og Rector (2022). Hos Hendriks et al. (2024) benyttes det strengere kriterier for bedring i behandlingsstudiene for psykologisk behandling sammenliknet med medikamentelle studier, noe som kan medføre risiko for å

undervurdere effekten av den psykologiske behandlingen (Johnco et al., 2025). Se supplerende Tabell S2.

## Diskusjon

I denne parapyversikten har vi belyst psykologisk behandling for angst hos eldre med og uten MCI. Samlet ser vi at det er god evidens for at KAT har effekt på angstlidelser hos eldre *uten* MCI, der tre metaanalyser av RCT-studier finner både en moderat behandlingseffekt, og remisjon hos omtrent halvparten av pasientene (Hendriks et al., 2024; Johnco et al., 2025; CCSMH, 2024). Sterkest evidens finner vi for KAT ved GAD. Vi vet lite om langtidseffekt, og det ser ut til å være en viss fare for tilbakefall (Johnco et al., 2025; Hendriks et al., 2024). Det er sannsynlig at traumefokuserte behandlinger, inkludert narrativ eksponeringsterapi, «life review» og

KAT har noe effekt på PTSD hos eldre, men direkte effekt på angstnivå er ikke belyst (Gómez-Bautista et al., 2025; Jiang et al., 2024). Aksept- og meditasjonsbaserte tilnærminger er også lovende ved angst hos eldre, men er mindre studert. MBCT kan ha effekt på komorbid angst og depresjon (Ye et al., 2024). MMI har trolig effekt på GAD (Hatch et al., 2022). For eldre med angst og MCI kan MBI ha effekt på angst etter endt behandling, men psykoedukative tilnærminger og kognitiv trening kommer bedre ut (Leow et al., 2023). ACT kan ha effekt på angst hos eldre, men har inkonsistente funn (Delhom et al., 2022). Svært få studier har undersøkt effekten av psykodynamisk behandling på angst (Seiler et al., 2025).

Ser vi på tidligere metaanalyser, er det funnet at eldre har lavere effekt av KAT sammenliknet med yngre (Kishita & Laidlaw, 2017; Wetherell et al., 2013). Nyere metaanalyser finner derimot at effektstørrelsene faktisk er ganske like (CCSMH, 2024; Hendriks et al., 2024; Johnco

## RÅD OM PSYKOLOGISK ANGSTBEHANDLING FOR ELDERE

- Vi vil anbefale KAT som førstevalg ved psykologisk behandling for angst hos eldre. Mindfulness- eller akseptbaserte tilnærminger kan være gode alternativ.
- Eldre med angstlidelser har oftere kroppslige angstuttrykk. Symptomkartlegging med verktøy tilpasset populasjonen er tilrådelig, med eksempelvis Geriatric Anxiety Inventory (Pachana et al., 2007). En skår over 9 her indikerer klinisk signifikant angst.
- Kroppslige angstsymptomer hos eldre kan også være uttrykk for somatisk sykdom, medikamentelle bivirkninger, inntak av stimulerende midler (inkludert koffein), abstinenser ved toleranseutvikling for avhengighetsskapende midler og depresjon.
- Grundig utredning er viktig. Nyoppstått, akutt/subakutt eller atypisk angst hos eldre er oftere somatisk betinget. Undersøk om angsten kom forut for eller samtidig med somatisk sykdom, om det er to parallelle tilstander eller om angsten er knyttet til somatisk tilstand.
- Det er viktig å skille mellom angstrelatert unngåelse og funksjonsrelatert unngåelse når en skal planlegge eksponeringsøvelser. Aktivitetsbegrensning på grunn av angst er vektlagt i eksponeringstreningen, mens funksjonsrelaterte begrensninger bør tilrettelegges for.
- En del eldre har angst for å falle, og her bør tiltaket være fallforebyggende trening eventuelt i kombinasjon med KAT. Mange kommuner tilbyr tilrettelagte tilbud, eksempelvis «Sterk og stødig» (Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, 2026).
- Interoseptiv eksponering er effektivt hos eldre. Tilpass intensiteten i øvelsen til klientens funksjonsnivå, gjør øvelser sittende for å unngå fall, og konferer med lege ved skrøpelig, hjerte- eller lungesykdom.
- Eldre med symptomer på PTSD kan ha nytte av traumefokuserte tilnærminger som narrativ eksponeringsterapi, «life review» eller KAT. Vær oppmerksom på symptomer på retraumatisering.
- Eldre kan ofte oppleve at angsten påvirker deres kognitive kapasitet. Spør klienten om symptomene går ut over konsentrasjon, tempo, oppmerksomhet og hukommelse, og tilby kognitiv screening med eksempelvis MoCA (Nasreddine et al., 2005; MoCA Cognition, 2026). Bruk resultatene fra kartleggingen til å tilpasse videre samtaleterapi. Kalkulator med norske normer tilpasset for utdanning og alder (70–90 år) er tilgjengelig, og bør benyttes for å tolke om skåren indikerer kognitiv svikt (Nasjonalt senter for aldring og helse, 2026).
- For å øke effekten av KAT kan forsterket KAT (ECBT) være gunstig. ECBT bør være en terapeutdrevet integrert del av behandlingen, basert på pasientens kognitive profil. Se Tabell 3.
- Dersom den eldre klienten ikke har forventet effekt av den psykologiske angstbehandlingen, bør diagnose og tilnærming revurderes. Manglende effekt kan tyde på andre utløsende eller opprettholdende mekanismer som somatiske tilstander, nevrodegenerativ sykdom, sosioøkonomiske forhold eller personlighetsforstyrrelse.

et al., 2025). Remisjonsraten og behandlingseffekten av KAT for angst hos eldre som ble funnet hos Johnco et al. (2025) og Hendriks et al. (2024), tilsvarer omtrent det vi også finner for yngre voksne (van Dis et al., 2020), og er høyere enn ved medikamentell behandling for angst alene (Johnco et al., 2025). Et viktig metodisk funn i denne paraplyoversikten er at effektstørrelser basert på gjennomsnittlig symptomendring (for eksempel SMD) og kliniske utfallsmål som remisjon gir ulike, men utfyllende bilder av behandlingseffekt. Hendriks et al. (2024) og CCSMH (2024) rapporterer moderate til store gruppebaserte effekter på angstsymptomer etter KAT, mens Johnco et al. (2025) viser at om lag halvparten av eldre angstpasienter oppnår diagnostisk remisjon. Disse funnene står ikke i motsetning til hverandre, men reflekterer ulike analytiske tilnærminger. Standardiserte effektstørrelser påvirkes av stor symptomheterogenitet, komorbiditet og brede kontrollbetingelser, som kan bidra til en undervurdering av klinisk relevant bedring hos eldre. Remisjonsrater gir derimot et mer pasientnært mål på behandlingsutfall, og er særlig relevante for klinisk beslutningstaking. Samlet tyder funnene på at KAT gir en meningsfull klinisk gevinst for mange eldre med primære angstlidelser, selv om gjennomsnittlige symptomendringer fremstår som moderate (Hendriks et al., 2024; CCSMH, 2024).

Ser vi på naturalistiske studier av poliklinisk psykologisk behandling – studier som i større grad speiler klinisk hverdagspraksis og ofte inkluderer betydelig flere deltakere enn RCT-studiene som er inkludert i de eksisterende metaanalysene, finner vi et annet, men komplementært bilde av behandlingseffekt. En sentral styrke ved slike studier er at de gir innsikt i behandlingseffekt i klinisk praksis, der terapeuter har mulighet til å justere og prøve ut ulike psykologiske tilnærminger dersom én metode ikke gir tilstrekkelig effekt. Dette i motsetning til RCT-studier, hvor én spesifikk intervensjon typisk undersøkes isolert under kontrollerte betingelser. Når angstlidelser hos eldre er godt utredet og ikke forstås som sekundære til somatisk sykdom, nevrodegenerativ lidelse eller medikamentelle bivirkninger, viser naturalistiske studier gjennomgående god effekt av psykologisk behandling. Flere studier finner at eldre har like god eller bedre angstreduksjon ved KAT sammenliknet med yngre, og ofte med færre konsultasjoner (N = 99, Pomerleau et al., 2022; N = 288, Wrede et al., 2025). Tilsvarende har naturalistiske studier av lavterskel samtalebehandling, inkludert KAT, støttesamtaler og interpersonlig terapi, vist noe bedre effekt hos eldre enn hos yngre ved angstlidelser (N = 3894, Saunders et al., 2021). Hendriks et al. (2024) finner heller ingen forskjell i effekt mellom standard KAT og KAT tilpasset eldre. Vi mener derfor det er gode grunner for at psykologisk behandling for eldre med angstlidelser bør kunne tilbys av terapeuter med grunnleggende kompetanse, både i kommunale lavterskeltilbud og i DPS. For eldre med mer omfattende kognitive

vansker er det mer usikkert om psykologisk behandling har effekt, og derfor vurderer vi at oppfølging ved angst hos denne gruppen krever mer spesialisert kompetanse på kognitiv svikt hos eldre.


## Kunnskapshull

Oversiktsartiklene fant lite data på varigheten av effekten av KAT (Johnco et al., 2025; CCSMH, 2024). En nylig oppfølgingsstudie viser imidlertid at ved ti års oppfølging hadde eldre som fikk KAT for GAD, lavere tilbakefall (25–31 %), sammenliknet med en aktiv kontrollbetingelse (50–78 %, 54 deltakere, Johnco et al., 2024). Resultatene viste også at vi har utilstrekkelig forskning på hvordan psykologisk behandling bør tilpasses eldre med MCI og angst. De eldste eldre (80+), LGBTQ+, eldre med minoritetsbakgrunn og mannlige deltakere (foruten i PTSD-studier) er underrepresentert. Vår kunnskapsoversikt har også vist at vi trenger flere studier på aksept- og mindfulnessbasert behandling, life review, problemløsningsterapi, interpersonlige og psykodynamiske tilnærminger. Presisjonsnivået i de eksisterende metaanalysene er også varierende, og mange primærstudier har ikke redegjort godt nok for utredning av pasientene i forkant, og kan dermed ha inkludert pasienter med sekundære angstsymptomer. I tillegg tar flere metaanalyser lite hensyn til at ulike primærstudier kan være bedre eller dårligere tilpasset populasjonen. Et søkelys på tilpasning til aldersrelaterte endringer vil trolig gi mer presise konklusjoner i fremtidige oversikter, eksempelvis aldersrelaterte endringer i eksekutiv funksjon og hukommelse (De Vito et al., 2022).

## Begrensninger

Ved å kun inkludere oversiktsartikler fra de siste fem årene kan vi ha gått glipp av viktige publikasjoner om terapitilpasning, selv om vi mener å ha fanget opp de mest sentrale effektstudiene. Paraplyoversikter gir heller ikke sikrere kunnskapsstatus enn kvaliteten i de inkluderte metaanalysene, som ofte bygger på studier med høy heterogenitet. Presisjonen i effektstørrelsene er dermed ofte lav og preget av usikkerhet, og på grunn av heterogeniteten i studiene valgte vi å ikke gjøre egne metaanalyser. Større naturalistiske studier som Saunders et al. (2021), Pomerleau et al. (2022) og Wrede et al. (2025) er også ekskludert, selv om disse har langt flere deltakere enn de fleste små RCT-studiene i metaanalysene. Disse studiene fra ordinær klinisk praksis støtter også at psykologisk behandling for angst hos eldre har god effekt, inkludert KAT, støttesamtaler, rådgivning og interpersonlig terapi. Tilpasning til eldre, screening for kognitiv svikt og komorbiditet er ofte dårlig belyst i metaanalysene. Ekskludering av kvalitative oversikter gjør materialet mindre klinikk- og brukernært. Feltet for tilpasning av psykologiske metoder for eldre er fortsatt mangelfullt. En

sonderende oversikt over primærstudier kunne trolig bedre belyse metoder som ACT, mindfulness-baserte intervensjoner, interpersonlig terapi og psykodynamisk terapi. Fysisk aktivitet som intervensjon ble ekskludert, men bør anbefales ved angst hos eldre (Goodarzi et al., 2025). Digitale intervensjoner ble også ekskludert her, men kan være nyttige ved lang reisevei eller

forflyttingsvansker (Coombs & Kim, 2025). Effekt av psykologisk behandling ved somatisk samsykkelighet ble også ekskludert. men en nylig oppsummering finnes i Kayser et al. (2022). Behandling for søvnvansker, som også er vanlig ved angst, er ikke belyst her, men se Pallesen et al. (2026). 

#### REFERANSER

- Referanser merket med asterisk (\*) angir at studiene er inkludert i metaanalysen.
- Berg, C., Blix, H. S., Fenne, O., Furu, K., Hjellvik, V., Husabø, K. J., Litlekare, I., Rønning, M., Sakshaug, S., Selmer, R., Søgaard, A. & Torheim, S. (2018). Legemiddelstatistikk 2018:2 Reseptregisteret 2013–2017. Tema: Legemidler og eldre (Nos. 1890–9647). Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/publ/2018/legemiddelstatistikk-20182-reseptregisteret-20132017/>
- Bilbrey, A. C., Laidlaw, K., Cassidy-Eagle, E., Thompson, L. W. & Gallagher-Thompson, D. (2022). Cognitive Behavioral Therapy for Late-Life Depression: Evidence, Issues, and Recommendations. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(1), 128–145. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.02.003>
- Brunvold, A. R. & Lunde, L.-H. (2014). Eldre i psykoterapi: En undersøkelse av fastlegers henvisningsrutiner og privatpraktiserende psykologers holdninger. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 51(2), 113. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2014aso2ae-Eldre-i-psykoterapi-en-undersokelse-av-fastlegers-henvisningsrutiner-og-privatpraktiserende-psykologers-holdninger>
- \*Canadian Coalition for Seniors' Mental Health. (2024). *Canadian Guidelines for the Assessment and Treatment of Anxiety in Older Adults*. Rapport. [https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/01/Anxiety-Clinical-Guidelines\\_ENG\\_digital\\_final.pdf](https://ccsmh.ca/wp-content/uploads/2024/01/Anxiety-Clinical-Guidelines_ENG_digital_final.pdf)
- Critical Appraisal Skills Programme (2024). *CASP Systematic review checklist*. <https://casp-uk.net/casp-tools-checklists/systematic-review-checklist/>
- Chen, C., Hu, Z., Jiang, Z. & Zhou, F. (2018). Prevalence of anxiety in patients with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 236, 211–221. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.110>
- Coombs, L. A. & Kim, M. (2025). Effectiveness of web-based interventions on depression and anxiety in older adults: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 139, 106 025. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2025.106025>
- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S. & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- \*De Vito, A. N., Ahmed M. & Mohlman J. (2022). Cognitive Enhancement Strategies to Augment Cognitive-Behavioral Therapy for Anxiety and Related Disorders: Rationale and Recommendations for Use With Cognitively Healthy Older Adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(1), 175–184. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2019.10.007>
- \*Delhom, I., Mateu-Mollá, J. & Lacomba-Trejo, L. (2022). Is acceptance and commitment therapy helpful in reducing anxiety symptomatology in people aged 65 or over? A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 976 363. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.976363>
- Delis, D. C., Kaplan, E., Kramer, J. H. & Ober, B. A. (2001). *Delis-Kaplan Executive Function System (D-KEFS)*. The Psychological Corporation.
- Devita, M., De Salvo, R., Ravelli, A., De Rui, M., Coin, A., Sergi, G. & Mapelli, D. (2022). Recognizing Depression in the Elderly: Practical Guidance and Challenges for Clinical Management. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 18, 2867–2880. <https://doi.org/10.2147/NDT.S347356>
- \*Erickson, J. & Rector, N. A. (2022). Anxiety Disorders in Late Life: Considerations for Assessment and Cognitive-Behavioral Treatment. *Cognitive and behavioral practice*, 29(3), 635–647. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.009>
- Folkehelseinstituttet. (2025). *En kartlegging av psykisk helse og livskvalitet blant eldre i Norge*. Rapport. <https://www.fhi.no/publ/2025/en-kartlegging-av-psykisk-helse-og-livskvalitet-blant-eldre-i-norge/>
- Gates, M., Gates, A., Pieper, D., Fernandes, R. M., Tricco, A. C., Moher, D., Brennan, S. E., Li, T., Pollock, M., Lunny, C., Sepúlveda, D., McKenzie, J. E., Scott, S. D., Robinson, K. A., Matthias, K., Bougioukas, K. I., Fusar-Poli, P., Whiting, P., Moss, S. J. & Hartling, L. (2022). Reporting guideline for overviews of reviews of healthcare interventions: Development of the PRIOR statement. *BMJ*, 378, e070 849. <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070849>
- Gjerden, P., Bramness, J. G., Tvette, I. F. & Slørdal, L. (2017). The antipsychotic agent quetiapine is increasingly not used as such: Dispensed prescriptions in Norway 2004–2015. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 73(9), 1173–1179. <https://doi.org/10.1007/s00228-017-2281-8>
- \*Gómez-Bautista, D., Lye, V., Zabihi, S., Beenakker, M., Günak, M. M., Roche, M., Sobczak, S., Cook, J. M., Cations, M., Olff, M. & Orgeta, V. (2025). *Effectiveness of treatments for post-traumatic stress disorder for older people: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials*. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.120433>
- Goodarzi, Z., Levy, A., Whitmore, C., Chan, T., Mojgani, J., Niculescu, I., Suthakaran, A., Flint, A., Gough, A., Grenier, S., Juola, H., Reynolds, K., Neil-Sztramko, S., Trenaman, S. C., Weir, E., Van Ameringen, M., Yeung, A. & Iaboni, A. (2025). A systematic review and meta-analysis on physical activity for the treatment of anxiety in older adults. *International Psychogeriatrics*, 100 044. <https://doi.org/10.1016/j.inpsy.2025.100044>
- \*Hatch, S., Webber, J., Rej, S., Finlayson, M. & Kessler, D. (2022). The effectiveness of mindfulness-based meditation treatments for late life anxiety: A systematic review of randomized controlled trials. *Aging & Mental Health*, 27(6), 1045–1055. <https://doi.org/10.1080/13607863.2022.2102140>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige råd psykiske lidelser hos eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- \*Hendriks, G.-J., Janssen, N., Robertson, L., van Balkom, A. J., van Zelst, W. H., Wolfe, S., Oude Voshaar, R. C. & Uphoff, E. (2024). Cognitive behavioural therapy and third-wave approaches for anxiety and related disorders in older people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2024(7), CD007 674. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd007674.pub3>
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B. & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57(57), 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.002>
- \*Jiang, V., Galin, A. & Lea, X. (2024). Life review for older adults: An integrative review. *Psychogeriatrics*, 24(6), 1401–1417. <https://doi.org/10.1111/psyg.13194>
- Johnco, C. J., Zagic, D., Rapee, R. M., Kangas, M. & Wuthrich, V. M. (2024). Long-term remission and relapse of anxiety and depression in older adults after Cognitive Behavioural Therapy (CBT): A 10-year follow-up of a randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 358, 440–448. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.05.033>
- \*Johnco, C. J., Dickson, S. J. & Seaton, A. (2025). A Systematic Review and Meta-analysis of Diagnostic Remission, Treatment Response, Attrition and Relapse Following Cognitive Behavior Therapy (CBT), Other Psychological Therapies and Pharmacological Treatments for Anxiety Disorders in Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2025.05.010>
- Kayser, J., Hu, R. X., Rosenscruggs, D., Li, L. & Xiang, X. (2022). A systematic review of the impact of select mindfulness interventions on psychological outcomes among older adults with chronic health conditions. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/07317115.2022.2076636>
- Kessler, E.-M. & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24(1), 193–196. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1515889>
- Kishita, N. & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety

- disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, 52, 124–136. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.003>
- \*Leow, Y., Rashid, N. L. B. A., Klainin-Yobas, P., Zhang, Z. & Wu, X. V. (2023). Effectiveness of mindfulness-based interventions on mental, cognitive outcomes and neuroplastic changes in older adults with mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 79(12), 4489–4505. <https://doi.org/10.1111/jan.15720>
- Li, R., Zhou, X., Wang, X., Cheng, P., Xu, J., Cao, J., Gao, Q. & Zhu, H. (2025). Global burden of depression and anxiety disorders in older adults, 1990–2019: An analysis of age-period-cohort and temporal-spatial patterns. *Journal of Affective Disorders*, 383, 90–100. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.04.106>
- MoCA Cognition (2026, 24. april). *The MoCA Test*. <https://mocacognition.com/>
- Nasjonalt senter for aldring og helse. (2026, 24. april). MoCA kalkulator. <https://www.aldringoghelse.no/normkalkulatorer/mocakalkulator/>
- Nasjonalt senter for aldring og helse (2026, 24. april). *Sterk og stødig – treningsgrupper tilpasset for seniorer*. <https://www.aldringoghelse.no/fysisk-helse/laer-mer-om-fysisk-helse/sterk-og-stodig/>
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L. & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatric Society*, 53(4), 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan [Dataprogram]. Qatar Computing Research Institute. <https://www.rayyan.ai>
- \*Orgeta, V., Leung, P., del-Pino-Casado, R., Qazi, A., Orrell, M., Spector, A. E. & Methley, A. M. (2022). Psychological treatments for depression and anxiety in dementia and mild cognitive impairment. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(4), CD009125. Embase. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009125.pub3>
- Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold, E. (2007). Development and validation of the Geriatric Anxiety Inventory. *International Psychogeriatrics*, 19(1), 103–114. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003504>
- Pallesen, S., Flo-Groeneboom, E., Bjorvatn, B. & Nordhus, I. H. (2026). Søvn og søvnlidelser hos eldre. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(6), 445–452. <https://doi.org/10.52734/RFLY4712>
- Pomerleau, V., Sekhon, H., Bajsarowicz, P., Demoustier, A., Rej, M. & Myhr, G. (2022). Do older adults respond to cognitive behavioral therapy as well as younger adults? An analysis of a large, multi-diagnostic, real-world sample. *International journal of geriatric psychiatry*, 38(6), e5953. <https://doi.org/10.1002/gps.5953>
- Reitan, R. M. (1958). Validity of the Trailmaking Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271–276.
- Roy Rosenzweig Center for History and New Media. (2016). Zotero (versjon 7) [Dataprogram]. George Mason University. <https://www.zotero.org>
- Saunders, R., Buckman, J. E. J., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., Lewis, G., Cape, J. & Pilling, S. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: Evidence from a large sample of mental health service attendees. *Journal of Affective Disorders*, 294, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.084>
- \*Seiler, N., Rosella, S., Ziegeler, B. & Newham, B. (2025). Psychodynamic and psychoanalytic psychotherapy in the older population: A systematic review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 55(3), 229–237. <https://doi.org/10.1007/s10879-025-09671-z>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E. & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Skjellegrind, H., Thingstad, P., Kjelvik, G. & Selbæk, G. (2021). Rapport eldrehelse HUNT4 70+. [https://www.ntnu.no/documents/10304/1297645053/Levanger\\_HUNT4+70%2B%C2%AoRapport+2021\\_v2\\_WEB.pdf/5e676de7-3a72-be72-ecd9-4751774b9bcc?t=1613635539414](https://www.ntnu.no/documents/10304/1297645053/Levanger_HUNT4+70%2B%C2%AoRapport+2021_v2_WEB.pdf/5e676de7-3a72-be72-ecd9-4751774b9bcc?t=1613635539414)
- Strand, N. (2016). Ukjent hjelpetilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(5), 346. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2016as05ae-Ukjent-hjelpetilbud](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2016as05ae-Ukjent-hjelpetilbud)
- van Dis, E. A. M., van Veen, S. C., Hagenaars, M. A., Batelaan, N. M., Bockting, C. L. H., van den Heuvel, R. M., Cuijpers, P. & Engelhard, I. M. (2020). Long-term Outcomes of Cognitive Behavioral Therapy for Anxiety-Related Disorders: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(3), 265–273. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3986>
- Wechsler, D. (2008). Wechsler Adult Intelligence Scale—Fourth Edition (WAIS-IV). Pearson Assessment.
- Wetherell, J. L., Petkus, A. J., Thorp, S. R., Stein, M. B., Chavira, D. A., Campbell-Sills, L., Craske, M. G., Sherbourne, C., Bystritsky, A., Sullivan, G. & Roy-Byrne, P. (2013). Age differences in treatment response to a collaborative care intervention for anxiety disorders. *British Journal of Psychiatry*, 203(1), 65–72. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.118547>
- Wrede, N., Hillebrand, M. C., Risch, A. K., Alpers, G. W., Bartholdy, S., Brakemeier, E.-L., Bräscher, A.-K., Brockmeyer, T., Christiansen, H., Equit, M., Fehm, L., Forkmann, T., Glombiewski, J., Heider, J., Helbig-Lang, S., Hermann, A., Hermann, C., Hoyer, J., In-Albon, T., ... Wilz, G. (2025). How do young-old and old-old adults benefit from cognitive-behavioral therapy compared to working-age adults? A large multicenter naturalistic study. *Journal of affective disorders*, 375, 456–464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.145>
- \*Wuthrich, V. M., Meuldijk, D., Jagiello, T., Robles, A. G., Jones, M. P. & Cuijpers, P. (2021). Efficacy and effectiveness of psychological interventions on co-occurring mood and anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(6), 858–872. <https://doi.org/10.1002/gps.5486>
- \*Ye, J., Pan, Y., Wu, C., Hu, Z., Wu, S., Wang, W., Guo, J. & Xiao, A. (2024). Effects of mindfulness-based cognitive therapy on depression and anxiety in late life: A meta-analysis. *Alpha Psychiatry*, 25(1), 1–8. <https://doi.org/10.5152/alphapsychiatry.2024.231379>

**TEKST** Kristine Sirevåg  
Solli Distrikpsykiatriske Senter (DPS)

Silje Haukenes Stavestrand  
Solli Distrikpsykiatriske Senter (DPS)

# Behandling for eldre med generalisert angstlidelse – erfaringer og funn fra Solli DPS

PEXACOG-studien viser at kognitiv terapi kombinert med fysisk trening er gjennomførbart og gir god effekt.

Ved Solli DPS har vi siden 2014 gjennomført en randomisert kontrollert behandlingsstudie der vi har forsøkt å forsterke den psykologiske behandlingen for generalisert angstlidelse (GAD) hos personer over 60 år ved å kombinere den med fysisk trening. Vi har også undersøkt nevrobiologiske mekanismer ved GAD ved å sammenligne en pasientgruppe med friske kontrolldeltagere. I artikkelen presenterer vi erfaringer vi har samlet fra arbeidet med studien *Physical exercise augmented cognitive behaviour therapy for older adults with generalised anxiety disorder* (PEXACOG; Stavestrand et al., 2019; Stavestrand et al., 2025). Det ble tidlig tydelig at vanlige fordommer knyttet til alder og psykisk helse i alderdommen kan stå i veien for både forskning og klinisk praksis. Vi erfarer at det er viktig å tilgjengeliggjøre både kunnskap om og behandling av psykiske lidelser hos personer i andre halvdel av livet.

Mange assosierer psykiske lidelser hos eldre med kognitiv svikt og skrøpeligheit, og dette er også et vanlig tilstandsbilde ved alderspsykiatriske avdelinger (Helse-Bergen, 2023). Imidlertid er disse alvorlige tilstandene ikke representative for flertallet av eldre som har en psykisk lidelse. Angst og depresjon er de vanligste psykiske lidelsene i aldersgruppen 65+ (Andreas et al.,

**KONTAKT** [kristine.sirevag@solli.no](mailto:kristine.sirevag@solli.no)

**MERKNAD** Studien er finansiert av Helse Vest, Dobbelkompetanses stipend fra Universitetet i Bergen, Solli DPS og L. Meltzer Høyskolefond. Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

2017). Symptompresentasjonen kan ofte være annerledes enn hos yngre personer, med somatiske og kognitive symptomer som hovedbekymring, og de rapporterer oftere subterskel psykiatriske symptomer, som kan komplisere differensialdiagnostiske vurderinger (Lutz & Van Orden, 2020). Til tross for at eldre ønsker psykoterapi dersom de får muligheten (McHugh et al., 2013), er det en lavere andel som kommer til behandling i aldersgruppen eldre sammenlignet med yngre voksne (Wuthrich & Frei, 2015).

En rekke barrierer hindrer eldre med psykiske lidelser i å få den behandlingen de har behov for (Elshaikh et al., 2023; Hannaford et al., 2019; Wuthrich & Frei, 2015). Den største barrieren på tvers av studier er alderisme: fordommer og negative stereotypier knyttet til alder. Disse kan være noe en retter både mot seg selv og mot andre, og kan ende med å bli selvopppyllende profetier (Levy, 2001). En eldre person som strever med angst eller depresjon, kan for eksempel tenke at symptomene er en normal del av aldring, og lar derfor være å søke hjelp. Hjelperne kan vurdere plagene som pasienten presenterer, som en normal del av aldring og la være å tilby hjelp. Imidlertid er psykisk lidelse ikke et uttrykk for normal aldring (Wuthrich & Frei, 2015). Barrierene ligger på ulikt tjenestnivå, både på henvisningsnivå og hos spesialisthelsetjenesten. De kan også finnes i holdninger hos helsepersonell, pårørende og andre, så vel som hos pasienten selv. Forestillinger om at eldre personer er lite endringsvillige, ikke ønsker psykologisk behandling eller at man ikke har et godt nok tilbud til dem, lever dessverre fortsatt. En av barrierene som hindrer eldre i å få tilgang på behandling for psykiske helseplager, er at de kan være bekymret for at tilstanden kun vil bli behandlet medikamentelt (Wuthrich & Frei, 2015). Eksisterende psykologisk behandling kan i stor grad være til hjelp for eldre, og flere naturalistiske studier viser til og med bedre effekt av psykoterapi i aldersgruppen 60+ enn for yngre pasienter (Pomerleau et al., 2023; Saunders et al., 2021; Wrede et al., 2025).

Imidlertid er det vist at for eksempel ved generalisert angstlidelse er eksisterende psykologisk behandling mindre effektiv for eldre enn for yngre voksne (Gould et al., 2012; Kishita & Laidlaw, 2017). Av den grunn er det et større fokus på å forsterke denne behandlingen for å øke behandlingseffekten for eldre. Det er av samme grunn viktig å undersøke hva det er ved denne gruppen som gjør at behandlingen må tilpasses. Her kan vi nærme oss disse spørsmålene fra ulike vinkler, deriblant vitenskapelige undersøkelser av kliniske og nevrobiologiske kjennetegn. Skal vi forstå hvorfor psykologisk behandling ikke alltid gir god nok effekt for eldre, er det nødvendig å undersøke både kliniske og biologiske mekanismer, og å gjøre dette der pasientene faktisk mottar behandling.

### Klinisk og basal forskning i DPS-kontekst

Til tross for at en av kjerneoppgavene til de regionale helseforetakene er forskning, sammen med behandling, opplæring av pasienter og pårørende, og utdanning av helsepersonell, er ikke forskningsaktiviteten ved DPS-ene

i Norge veldig stor (Helse- og omsorgsdepartementet, 2025). I hovedsak gjennomføres forskningen på universitetssykehusene og i de større helseforetakene, der det er brede fag- og forskningsmiljøer i tillegg til utbredt infrastruktur og støttefunksjoner til å gjennomføre forskning. Å utføre randomiserte kontrollerte studier som inkluderer mer enn symptom- og atferdsmål, vil for mange DPS-er være en utopi. I tillegg til mangel på brede forskningsmiljøer og infrastruktur handler dette blant annet om tilgangen til forskningsmidler, som etter vår erfaring i mange tilfeller vil være svært vanskelig å oppnå for et DPS i konkurransen med de større forskningsinstitusjonene.

## — bekymringsangst er en vanlig og alvorlig angstlidelse blant eldre

Etter å ha gjennomført vår studie vil vi likevel hevde at med god styre- og ledelsesforankring, robuste lokale fagmiljøer og sterke nasjonale og internasjonale vitenskapelige samarbeidspartnere er det mulig å gjennomføre slik forskning også i DPS-kontekst. Vi vil også hevde at det er viktig å gjennomføre forskning i en slik kontekst, der pasientene er og mottar sin behandling. Det skal likevel nevnes at deltagerne i PEXACOG i hovedsak ikke var interne pasienter på DPS-et. Vi rekrutterte i stor grad deltagere eksternt, da pasientgrunnlaget var begrenset internt gjennom hele prosjektperioden. Dette tror vi blant annet gjenspeiler noen av de barrierene som innledningsvis ble nevnt. Vi erfarte i vår studie at deltagerne var syke nok til å prioriteres i DPS, i behov av behandling, og at de ønsket psykologisk behandling, men at de likevel ikke var representert som pasienter ved DPS-et.

### Fysisk trening som del av behandlingen

Solli DPS har siden 2007 bygget både klinisk erfaring og forskningskompetanse på bruk av fysisk trening som en del av behandlingen for psykiske lidelser. Pasienter med panikk lidelse (Hovland et al., 2015; Hovland et al., 2013), generalisert angstlidelse (Stavestrands et al., 2025) og psykoselidelser (pågående prosjekt) har inngått i studiene. Vi iverksetter også en studie for voksne med ADHD. Ved Solli DPS satser vi dessuten på å bli nasjonalt ledende når det gjelder bruk av fysisk trening i behandling av psykiske lidelser.

Evidensgrunnlaget for bruken av fysisk trening i behandling av depresjon er nå så robust at trening er anbefalt som likeverdig behandlingstiltak for milde til moderate depresjonstilstander, og som en del av behandlingen for moderate til alvorlige depresjonstilstander

(Helsedirektoratet, 2025). Også for angstlidelser er det etter hvert relativt godt dokumentert at fysisk trening både forebygger, reduserer og demper angstsymptomer (Singh et al., 2023). Dessuten har fysisk trening vist seg å være et nyttig tillegg til samtaleterapi (Frederiksen et al., 2021).

Fysisk trening har en fysiologisk effekt på nevrobiologiske mekanismer som bedrer hjernehelse og kognitiv funksjon (Colcombe & Kramer, 2003; Erickson & Kramer, 2009). Blant mekanismene som påvirkes, er nevrotrofinet Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF), som har en positiv effekt på hjernehelse og en medierende effekt på kognitive funksjoner (Erickson et al., 2011). En sentral anatomisk hjernestruktur i relasjon til BDNF er hippocampus, som er involvert i blant annet verbal hukommelse, og som er særlig utsatt for de skadelige effektene av stress som følge av økning i stresshormonutskillelse ved angstlidelser (Anand & Dhikav, 2012; Pedersen et al., 2001). Hippocampus har høy tetthet av BDNF-reseptorer, og økning i BDNF-nivåer kan derfor virke beskyttende på hippocampus og tilhørende funksjoner (Baksh et al., 2021). Følgelig kan man tenke seg at fysisk trening er en intervensjon som kan gi bedre hjernehelse og kognitive funksjoner hos personer med angstlidelser, kanskje særlig hos eldre personer, som er enda mer utsatt for økning i stresshormoner og reduserte kognitive funksjoner.

## Generalisert angstlidelse

Generalisert angstlidelse (GAD) eller bekymringsangst er en vanlig og alvorlig angstlidelse blant eldre (Canuto et al., 2018) og kjennetegnes av utbredt og ukontrollerbar bekymring som har vart i minst seks måneder (American Psychiatric Association, 2013). Vanlige symptomer er rastløshet, tretthet, konsentrasjonsvansker, irritabilitet, muskelspenninger og søvnvansker. I praksis innebærer det å ha GAD ofte en vedvarende følelse av uro: en motor som bare går og går, sammen med tanker som tar form som en snøball som stadig vokser etter som den ruller av gårde. Mens personer uten bekymringsangst gjerne opplever bekymring med visuelt innhold, er innholdet i bekymringstankene hos mennesker med bekymringsangst ofte verbalt (Borkovec & Inz, 1990). En av teoriene om bekymringens funksjon er at bekymring er en mestringsstrategi for å unngå kroppslig og følelsesmessig aktivering (Borkovec et al., 2004). De fleste angstlidelsene har gjennomsnittlig debutalder fra sent i tenårene til tidlig i 20-årene, mens mange med GAD utvikler tilstanden etter fylte 50 år (Chou, 2009).

For mange eldre innebærer livet omveltende endringer: å gå fra å være arbeidstager til pensjonist, endrede familiestrukturer der man kan oppleve at man kanskje ikke «trengs» på samme måte lenger, familie og venner som faller fra, og økt risiko for fysiske sykdommer. Selv om ikke alle endringer er negative, for eksempel å skulle bidra som besteforelder, vil de kunne innebære stress. Mange har hatt en tendens til engstelse som har fulgt dem gjennom livet, mens hos andre oppstår denne

følelsen først i godt voksen alder. For noen vil denne engstelsen og dette stresset, muligens i kombinasjon med aldersrelaterede kognitive endringer, kunne føre til utviklingen av GAD. Kjente risikofaktorer for å utvikle GAD i alderdommen er å være kvinne, ha opplevd tidlige traumer, ha økt risiko for somatisk sykdom (Zhang et al., 2015) og kognitive vansker (Zainal & Newman, 2018). Eldre med GAD opplever et funksjonsfall som for andre, også helsepersonell, kan fremstå mer skjult enn for yngre voksne, da de ikke lenger skal på jobb eller har andre faste avtaler. Likevel fører tilstanden til lidelse og redusert livskvalitet.

## Kognitiv atferdsterapi og med fysisk trening

Den anbefalte behandlingen for GAD er kognitiv atferdsterapi ((National Institute for Health and Clinical Excellence [NICE], 2020). Imidlertid har effekten av denne behandlingen vist seg å være mindre for eldre enn for yngre voksne (Kishita & Laidlaw, 2017), muligens grunnet aldersrelaterede kognitive endringer. Velfungerende kognitive funksjoner er en forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg kognitiv atferdsterapi. Fysisk trening er en intervensjon som bedrer kognitiv fungering (Singh et al., 2025). Tidligere studier har vist at fysisk trening kan være et effektivt tillegg til annen behandling for angst (Frederiksen et al., 2021), men dette er ikke undersøkt hos eldre med GAD.

For å fylle kunnskapshull om kjennetegn ved og behandling av eldre med GAD gjennomførte derfor Solli DPS i samarbeid med Universitetet i Bergen den randomiserte kontrollerte studien PEXACOG. Her kombinerte vi kognitiv atferdsterapi med fysisk trening for å undersøke behandlingseffekt hos et utvalg av voksne mellom 60 og 75 år med GAD. Inkluderte deltagere ble tilfeldig fordelt til en av to behandlingsbetingelser: kognitiv atferdsterapi kombinert med fysisk trening eller kognitiv atferdsterapi kombinert med telefonoppfølging. Deltagerne ble testet på en rekke ulike mål både før, under og like etter behandlingen, og dessuten etter seks og tolv måneder. Målene favnet bredt, fra symptom mål på angst og depresjon, nevropsykologiske tester, fysiske og fysiologiske tester av utholdenhet, styrke og hjerteratevariabilitet, biologiske mål som BDNF og kortisol, og fMRI.

Til studien designet vi et treningsprogram med individuell kombinert styrke- og utholdenhetstrening med én veiledet økt og to egentreningsøkter i uken. De fem første ukene trente deltagerne med lav intensitet for å venne seg til treningsøvelsene, før programmet la opp til progresjon mot høy intensitet de siste ti ukene. Styrkeøvelsene rettet seg mot store muskelgrupper og var valgt ut for å være funksjonelle med tanke på å bedre muskelstyrke. Utholdenhetstreningen fulgte intervallprinsippene og kunne utføres både på tredemølle, sykkel, romaskin eller ute i naturen. Den kognitive atferdsterapien bygget på Borkovec og Costellos manual for generalisert angstlidelse (1993). Viktige elementer her er progressiv avspenning, diafragmatisk pust, kontrollert desensitivisering og ordinære elementer fra kognitiv atferdsterapi,

## — kan ha behov for behandling uten samtidig å være preget av somatisk skrøpeligheit eller kognitiv svikt

som å identifisere og justere negative automatiske tanker. I behandlingen fokuserer vi først på ferdighetene diafragmatisk pust og progressiv avspenning, før vi bruker disse og andre mentale teknikker for å redusere angst og spenning som er assosiert med bekymringer.

Resultatene våre viste at deltagere som trente, hadde fem ganger høyere sannsynlighet for reliabel endring i bekymringsgrad etter seks og tolv måneder sammenlignet med dem som ikke trente. Fysisk trening ga også bedre behandlingseffekt enn telefonoppfølging dersom deltageren hadde lav tiltro til kognitiv atferdsterapi ved oppstart. Tre fjerdedeler av deltagerne ble vurdert å være i remisjon fra GAD etter behandling, uavhengig av hvilken betingelsesgruppe de var i (Stavestrand et al., 2025).

Foruten behandlingseffekt ga studien også anledning til å undersøke kliniske og nevrobiologiske kjennetegn hos eldre med GAD, noe som kan bidra til en dypere forståelse av både lidelsen og behandlingsresponsen.

### Kliniske og nevrobiologiske kjennetegn

I vår studie fant vi flere kliniske og nevrobiologiske kjennetegn ved GAD. Vi sammenlignet deltagere med GAD med friske deltagere. De med GAD hadde like gode kognitive funksjoner som de friske deltagerne, og gjorde det til og med bedre på et mål på kognitiv inhibisjon (Sirevåg et al., 2024). Siden vi brukte krysseksjonelle data, er det vanskelig å si om dette skyldes premorbide forskjeller mellom gruppene, eller om det faktisk er slik at det å være mye bekymret kan gi bedre inhibitorisk evne gjennom stadig øvelse av denne ferdigheten ved å undertrykke negative emosjoner. Imidlertid var kognitiv inhibisjon også en prediktor for remisjon i etterkant av behandlingen, der bedre funksjon ved baseline var assosiert med remisjon (Stavestrand et al., 2025). Vi fant også at forbindelsen mellom hippocampusvolum og verbal hukommelse var mindre tydelig hos deltagere med GAD enn hos friske deltagere (Sirevåg et al., 2025). Dette kan indikere at det skjer endringer i hjernen til eldre personer med GAD, men longitudinelle studier er nødvendige for å kunne trekke konklusjoner om kausalitet.

Deltagerne med GAD i denne studien var gjennomgående i relativt god fysisk form og hadde et høyt funksjons- og evnenivå. Dette bidrar til antakelsen om at vårt utvalg skiller seg fra det som ofte assosieres med «typiske» pasienter i alderspsykiatrisk behandling, hvor skrøpeligheit og kognitiv svikt ofte dominerer symptom- og funksjonsbildet. Et viktig funn i studien er derfor at eldre personer kan ha betydelige angstplager og behov

for behandling uten samtidig å være preget av somatisk skrøpeligheit eller kognitiv svikt. Samlet sett utfordrer funnene ikke bare etablerte antakelser om kognitiv fungering hos eldre med angst, men reiser også spørsmål ved hvordan denne pasientgruppen fanges opp i psykisk helsevern for voksne. Vi kan for eksempel ikke argumentere for at vi først ved kognitiv svikt bør prioritere eldre til behandling.

Andelen eldre som mottar behandling i ordinært psykisk helsevern, er lav. Vi ønsket å øke oppmerksomheten rundt og henvisningsandelen av denne pasientgruppen, hvilket bidro til å motivere oppstarten av PEXACOG. Henvisningsandelen av eldre pasienter til vårt eller øvrige DPS i Bergensregionen har ikke økt nevneverdig de siste årene, til tross for en økende andel eldre i samfunnet.

### Konklusjon og implikasjoner

PEXACOG-studien viste at det å kombinere fysisk trening med kognitiv atferdsterapi for eldre med GAD er gjennomførbart (Sirevåg et al., 2023) og gir god effekt (Stavestrand et al., 2025). Basert på funnene fra vår studie kan vi si at kognitiv atferdsterapi i seg selv vil ha god effekt for personer med GAD mellom 60 og 75 år, og enda bedre dersom man legger til fysisk trening, særlig for personer som i utgangspunktet har lav behandlingstiltro. Funnene våre viser også at det ikke er nevneverdig grunn til å skulle tenke at personer i denne aldersgruppen skiller seg tilstrekkelig fra yngre voksne når det gjelder kognitive funksjoner og fysisk form til at psykoterapi i kombinasjon med fysisk trening ikke er indisert. Samlet sett ser vi at psykiske lidelser hos eldre fortsatt i for stor grad forstås og identifiseres først når de opptrer i sammenheng med skrøpeligheit eller kognitiv svikt. Personer over 60 kan ha behandlingskrevende psykiske lidelser på lik linje med yngre voksne. Eldre bør derfor ha samme tilgang til behandling for psykiske helseplager som yngre voksne. Vår studie inkluderte somatisk friske og yngre eldre, og det understreker viktigheten av mer forskning. Videre forskning på enda eldre utvalg kan bidra til nyansering av våre funn. Forskning som inkluderer eldre med lavere kognitiv funksjon og flere somatiske helseutfordringer, kan øke kunnskapen om psykoterapi for skrøpeligere populasjoner. Longitudinelle design som sammenligner friske deltagere med informasjon fra pasienter, kan gi innsikt i årsaksforhold mellom symptomer og nevrobiologiske mål.

For å lykkes med å gjennomføre et så ambisiøst prosjekt som PEXACOG er det avgjørende med en sterk

vitenskapelig arbeidsgruppe som sammen er ansvarlig for de forskningsmessige beslutningene som fattes. Vi har hatt samarbeidspartnere fra inn- og utland som har bidratt til å plassere studien i feltet, til utformingen av vitenskapelig design, utvelgelse av målemetoder samt til analyse- og skrivarbeidet. Det tverrfaglige samarbeidet har vært avgjørende for implementeringen og gjennomføringen av studien.

Studien har vært ledet av Anders Hovland (Helse Fonna / UiB), mens forfatterne av artikkelen har vært ph.d.-kandidater i studien. Professor emerita Inger Hilde Nordhus (UiB) og professor Karsten Specht (UiB) har bidratt som biveiledere på doktorgradene. Professor Helge Molde, professor Åsa Hammar og førsteamanuensis Anne Halmøy fra UiB har alle bidratt i studien. Fra

Solli DPS har fysioterapeut og fagansvarlig for fysisk trening Trygve Bruun Endal og tidligere seksjonsleder Trond Sjøbø vært sentrale for implementering av behandling og testing. Professor Hans Morten Nordahl (NTNU) har bidratt med tilpasning av manual for kognitiv atferdsterapi og veiledning av våre kognitive terapeuter. Fra USA har professor Julian F. Thayer (Ohio State University) og professor Jan Mohlman (William Paterson University) bidratt med sin ekspertise på hjerteratevariabilitet, studiedesign, generalisert angstlidelse og fMRI. Høyskolelektor Eva Andersson (Gymnastik och Idrottshögskolan, Stockholm). I tillegg er det mange dyktige fagpersoner som har bidratt på ulikt vis i testing, behandling og analyser, både på Solli DPS, Haukeland universitetssjukehus og ved UiB. ♾

#### REFERANSER

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5. utg.). American Psychiatric Association.
- Anand, K. S. & Dhikav, V. (2012). Hippocampus in health and disease: An overview. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 15(4), 239. <https://doi.org/10.4103/0972-2327.104323>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., Dehoust, M., Sehner, S., Suling, A., Ausin, B., Canuto, A., Crawford, M. & Da Ronch, C. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis\_ICF65+ study. *The British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Baksh, R. A., Ritchie, C. W., Terrera, G. M., Norton, J., Raymont, V. & Ritchie, K. (2021). The association between anxiety disorders and hippocampal volume in older adults. *Psychology and Aging*, 36(2), 288. <https://doi.org/10.1037/pag0000597>
- Borkovec, T. & Inz, J. (1990). The nature of worry in generalized anxiety disorder: A predominance of thought activity. *Behaviour research and therapy*, 28(2), 153–158. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90027-G](https://doi.org/10.1016/0005-7967(90)90027-G)
- Borkovec, T. D. & Costello, E. (1993). Efficacy of applied relaxation and cognitive-behavioral therapy in the treatment of generalized anxiety disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 611. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.611>
- Borkovec, T. D., Alcaine, O. M. & Behar, E. (2004). Avoidance theory of worry and generalized anxiety disorder. I R. G. Heimberg, C. L. Turk & D. S. Mennin (Red.), *Generalized anxiety disorder: Advances in research and practice* (s. 77–108). Guilford Press.
- Canuto, A., Weber, K., Baertschi, M., Andreas, S., Volkert, J., Dehoust, M. C., Sehner, S., Suling, A., Wegscheider, K., Ausin, B., Crawford, M. J., Da Ronch, C., Grassi, L., Hershkovitz, Y., Muñoz, M., Quirk, A., Rotenstein, O., Santos-Olmo, A. B., Shalev, A., ... Härter, M. (2018). Anxiety disorders in old age: Psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(2), 174–185. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.08.015>
- Chou, K.-L. (2009). Age at onset of generalized anxiety disorder in older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(6), 455–464. <https://doi.org/10.1097/jgp.0b013e31818f3a9>
- Colcombe, S. & Kramer, A. F. (2003). Fitness effects on the cognitive function of older adults: A meta-analytic study. *Psychological Science*, 14(2), 125–130. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.t01-1-01430>
- Elshaikh, U., Sheik, R., Saeed, R. K. M., Chivese, T. & Alsayed Hassan, D. (2023). Barriers and facilitators of older adults for professional mental health help-seeking: a systematic review. *BMC geriatrics*, 23(1), 516. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04229-x>
- Erickson, K. & Kramer, A. F. (2009). Aerobic exercise effects on cognitive and neural plasticity in older adults. *British journal of sports medicine*, 43(1), 22–24. <https://doi.org/10.1136/bjism.2008.052498>
- Erickson, K. L., Voss, M. W., Prakash, R. S., Basak, C., Szabo, A., Chaddock, L., Kim, J. S., Heo, S., Alves, H. & White, S. M. (2011). Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proceedings of the national academy of sciences*, 108(7), 3017–3022. <https://doi.org/10.1073/pnas.1015950108>
- Frederiksen, K. P., Stavestrånd, S. H., Venemyr, S. K., Sirevåg, K. & Hovland, A. (2021). Physical exercise as an add-on treatment to cognitive behavioural therapy for anxiety: a systematic review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 49(5), 626–640. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000126>
- Gould, R. L., Coulson, M. C. & Howard, R. J. (2012). Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 218–229. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03824.x>
- Hannaford, S., Shaw, R. & Walker, R. (2019). Older adults' perceptions of psychotherapy: what is it and who is responsible? *Australian Psychologist*, 54(1), 37–45. <https://doi.org/10.1111/ap.12360>
- Helse-Bergen. (2023). *Alderspsykiatri tilvisning*. <https://www.helse-bergen.no/avdelinger/psykisk-helsevern/psykiatrisk-klinikk/psykosomatisk-medisin/alderspsykiatri/alderspsykiatri-tilvisning/>
- Helsedirektoratet. (2025). *Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/fysisk-aktivitet-i-forebygging-og-behandling/sykdommer-og-tilstander/depresjon/veiledet-og-individuelt-tilpasset-fysisk-aktivitet-og-trening-bor-innga-i-behandling-og-oppfolging-av-depresjon>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2025). *Måling av forskning og innovasjon i helseforetaka og kompetansesentra utanfor spesialisthelsetenesta*. <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/helseforskning/maling-av-forskning-og-innovasjon-i-helseforetaka-og-kompetansesentra-utanfor-spesialisthelsetenesta/id446980/>
- Hovland, A., Johansen, H., Sjøbo, T., Vollestad, J., Nordhus, I. H., Pallesen, S., Havik, O. E., Martinsen, E. W. & Nordgreen, T. (2015). A Feasibility study on Combining Internet-Based Cognitive Behaviour Therapy with Physical Exercise as Treatment for Panic Disorder--Treatment Protocol and Preliminary Results. *Cogn Behav Ther*, 44(4), 275–287. <https://doi.org/10.1080/16506073.2015.1022596>
- Hovland, A., Nordhus, I. H., Sjøbo, T., Gjestad, B. A., Birknes, B., Martinsen, E. W., Torsheim, T. & Pallesen, S. (2013). Comparing Physical Exercise in Groups to Group Cognitive Behaviour Therapy for the Treatment of Panic Disorder in a Randomized Controlled Trial. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(04), 408–432. <https://doi.org/doi:10.1017/S1352465812000446>
- Kishita, N. & Laidlaw, K. (2017). Cognitive behaviour therapy for generalized anxiety disorder: Is CBT equally efficacious in adults of working age and older adults? *Clinical Psychology Review*, 52, 124–136. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.01.003>
- Levy, B. R. (2001). Eradication of ageism requires addressing the enemy within. *The gerontologist*, 41(5), 578–579. <https://doi.org/10.1093/geront/41.5.578>
- Lutz, J. & Van Orden, K. A. (2020). Sadness and worry in older adults: differentiating psychiatric illness from normative distress. *Medical Clinics*, 104(5), 843–854. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2020.05.001>
- McHugh, R. K., Whitton, S. W., Peckham, A. D., Welge, J. A. & Otto, M. W. (2013). Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(06), 595–602. <https://doi.org/10.4088/JCP.12r07757>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2020, 15. juni). *Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: Management (Clinical guideline CG113)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- Pedersen, W. A., Wan, R. & Mattson, M. P. (2001). Impact of aging on stress-responsive neuroendocrine systems. *Mechanisms of ageing and development*, 122(9), 963–983. <https://doi.org/10.1016/S0047->

- 6374(01)00250-0  
Pomerleau, V. J., Sekhon, H., Bajsarowicz, P., Demoustier, A., Rej, S. & Myhr, G. (2023). Do older adults respond to cognitive behavioral therapy as well as younger adults? An analysis of a large, multi-diagnostic, real-world sample. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 38(6), e5953. <https://doi.org/10.1002/gps.5953>
- Saunders, R., Buckman, J. E., Stott, J., Leibowitz, J., Aguirre, E., John, A., Lewis, G., Cape, J. & Pilling, S. (2021). Older adults respond better to psychological therapy than working-age adults: evidence from a large sample of mental health service attendees. *Journal of Affective Disorders*, 294, 85–93. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.084>
- Singh, B., Bennett, H., Miatke, A., Dumuid, D., Curtis, R., Ferguson, T., Brinsley, J., Szeto, K., Petersen, J. M. & Gough, C. (2025). Effectiveness of exercise for improving cognition, memory and executive function: a systematic umbrella review and meta-meta-analysis. *British journal of sports medicine*. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2024-108589>
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T. & Eglitis, E. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *British journal of sports medicine*, 57(18), 1203–1209. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>
- Sirevåg, K., Stavestrånd, S. H., Sjøbø, T., Endal, T. B., Nordahl, H. M., Andersson, E., Nordhus, I. H., Rekdal, Å., Specht, K. & Hammar, Å. (2023). Physical exercise augmented cognitive behaviour therapy for older adults with generalised anxiety disorder (PEXACOG): a feasibility study for a randomized controlled trial. *BioPsychoSocial medicine*, 17(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13030-023-00280-7>
- Sirevåg, K., Stavestrånd, S. H., Specht, K., Nordhus, I. H., Hammar, Å., Molde, H., Mohlman, J., Endal, T. B., Halmøy, A. & Andersson, E. (2024). Executive functions in older adults with generalised anxiety disorder and healthy controls: Associations with heart rate variability, brain-derived neurotrophic factor, and physical fitness. *Applied Neuropsychology: Adult*, 1–10. <https://doi.org/10.1080/23279095.2024.2415421>
- Sirevåg, K., Stavestrånd, S. H., Specht, K., Nordhus, I. H., Mohlman, J., Molde, H., Hammar, Å., Halmøy, A., Endal, T. B. & Andersson, E. (2025). Diagnostic status moderates the association between verbal memory and left hippocampal volume in older adults with generalised anxiety disorder and healthy controls. *Journal of Affective Disorders*, 119621. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119621>
- Stavestrånd, S. H., Sirevåg, K., Nordhus, I. H., Sjøbø, T., Endal, T. B., Nordahl, H. M., Specht, K., Hammar, Å., Halmøy, A., Martinsen, E. W., Andersson, E., Hjelmervik, H., Mohlman, J., Thayer, J. F. & Hovland, A. (2019). Physical exercise augmented cognitive behaviour therapy for older adults with generalised anxiety disorder (PEXACOG): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 20(1), 174. <https://doi.org/10.1186/s13063-019-3268-9>
- Stavestrånd, S. H., Sirevåg, K., Nordhus, I. H., Specht, K., Molde, H., Nordahl, H. M., Endal, T. B., Thayer, J. F., Sjøbø, T. & Mohlman, J. (2025). Physical exercise augments cognitive behaviour therapy for older adults with generalised anxiety disorder: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 1–21. <https://doi.org/10.1080/16506073.2025.2592230>
- Wrede, N., Hillebrand, M. C., Risch, A. K., Alpers, G. W., Bartholdy, S., Brakemeier, E.-L., Bräscher, A.-K., Brockmeyer, T., Christiansen, H., Equit, M., Fehm, L., Forkmann, T., Glombiewski, J., Heider, J., Helbig-Lang, S., Hermann, A., Hermann, C., Hoyer, J., In-Albon, T., ... Wilz, G. (2025). How do young-old and old-old adults benefit from cognitive-behavioral therapy compared to working-age adults? A large multicenter naturalistic study. *Journal of Affective Disorders*, 375, 456–464. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.01.145>
- Wuthrich, V. M. & Frei, J. (2015). Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *International Psychogeriatrics*, 27(7), 1227–1236. <https://doi.org/10.1017/S1041610215000241>
- Zainal, N. H. & Newman, M. G. (2018). Executive function and other cognitive deficits are distal risk factors of generalized anxiety disorder 9 years later. *Psychological medicine*, 48(12), 2045–2053. <https://doi.org/10.1017/S0033291717003579>
- Zhang, X., Norton, J., Carrière, I., Ritchie, K., Chaudieu, I. & Ancelin, M.-L. (2015). Generalized anxiety in community-dwelling elderly: Prevalence and clinical characteristics. *Journal of Affective Disorders*, 172, 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.09.036>

# Skriving som vedlikehold

Publikasjon i fagtidsskrift teller 20 timer vedlikeholdsaktivitet for spesialistgodkjenningen.



**TEKST** Ingrid Hyldmo  
Enhet for psykiske helsetjenester i somatikken,  
Diakonhjemmet sykehus

Torkil Berge  
Enhet for klinisk forskning og innovasjon,  
Diakonhjemmet sykehus

Arnstein Finset  
Avdeling for atferdsmedisin,  
Universitetet i Oslo

# Fire gode vaner i kommunikasjon med eldre pasienter

Kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner har en klinisk helsepsykologisk tilnærming, og er et nyttig redskap i samtaler om mestring av sykdom.

Eldre personer er en uensartet gruppe som omfatter mennesker fra 65 år og oppover. Mange holder seg friske lenge, og med medisinsk kunnskap i stadig utvikling kan flere tilstander behandles. Dette betyr at mange lever lenger med sykdomsbelastninger. Nesten hver tredje person med kronisk sykdom får psykiske plager, og nesten halvparten av de med psykiske lidelser har også kronisk sykdom (Naylor et al., 2012).

Jo eldre pasientene blir, desto mer kompleks er sykehistorien, med flere sykdommer, ofte redusert fysisk funksjon, svekket hørsel og syn, og for noen også kognitiv svikt. Jo mer sammensatt sykdomsbildet er, desto mer tid kan vi trenge for å kartlegge symptomer og behandlingsbehov, og desto viktigere blir vår evne til å kommunisere godt med pasienten og eventuelt også dennes pårørende.

I artikkelen kan du lese om hvordan kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner kan brukes i samtale med eldre pasienter. Eksemplene er hentet fra en klinisk helsepsykologisk tilnærming. Psykologen bidrar i

**KONTAKT** [ingrid.hyldmo@diakonsyk.no](mailto:ingrid.hyldmo@diakonsyk.no)

**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter. Takk til Kristine Solhaug og Berit Holsvik for nyttige innspill.

behandlingen av somatiske sykdommer og kroppslige plager som en del av en tverrfaglig tilnærming der leger og andre profesjoner er involvert.

### Komplekst sykdomsbilde

At eldre pasienter ofte har flere ulike sykdommer, gir en rekke negative konsekvenser, både for funksjon og helserelatert livskvalitet (Rizzuto et al., 2017). For mange eldre er det å opprettholde funksjon og uavhengighet viktigere enn sykdomsspesifikke utfallsmål (Vermunt et al., 2018). Den beste behandlingen for sykdommen behøver ikke nødvendigvis å være den beste behandlingen for pasienten som person når det gjelder funksjon og livskvalitet. I kommunikasjonen med pasienter må man ta hensyn til slike forhold. Søkelyset skal ikke bare rettes mot den enkeltes sykdomstilstand. Minst like viktig er det hva slags behandlingsresultat pasienten ønsker, og at dette legger føringer for samtalen.

Åpne spørsmål i kliniske samtaler er alltid viktig. Gitt eldre pasienters ofte komplekse sykdomshistorie og sykdomsbilde, samt viktigheten av å anerkjenne pasientens individuelle prioriteringer, er det særlig viktig å stille åpne spørsmål om pasientens bakgrunn og sykdomsforståelse. Et slikt utvidet perspektiv krever mer tid, men er en lønnsom investering. Det kan gi et innblikk i pasientens identitet, ressurser, behov og verdier, styrke alliansen og sikre bedre faglige beslutninger.

### Fire gode kommunikasjonsvaner

God kommunikasjon mellom pasient og helsepersonell er viktig for å etablere en allianse, få et dekkende bilde av sykdom, og for valg og gjennomføring av hjelpetiltak. Noen kommunikasjonsferdigheter er det spesielt viktig å beherske, som å bygge en god relasjon og å innhente og formidle helseinformasjon. Vi må evne å utforske pasientens perspektiv, forhandle om og lage en plan for tiltak, og avrunde samtalen på en god måte.

Kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner (Frankel et al., 2003), som er tilpasset norske forhold av Gulbrandsen og Finset (2019), er vist å bidra til gode og effektive samtaler mellom pasienter og helsepersonell (Gulbrandsen et al., 2009; Jensen et al., 2010). Metoden er spredt til en rekke sykehus i Norge (Hyldmo et al., 2014) og implementeres også ved alle helsehus i Oslo og andre steder i kommunehelsetjenesten (Kvæl et al., 2024; Kvæl et al., 2025). Det arrangeres egne kurs i metoden (Mørkhagen et al., 2025).

Fire gode vaner-modellen er laget for å være lett å huske og for å gi intuitiv mening. Vane 1, 2 og 4 følger kronologisk etter hverandre, mens vane 3 er gjennomgående gjennom hele samtalen med pasienten.

### Vane 1: Invester i begynnelsen

Marit, 71 år, befant seg for første gang i sitt liv på venterommet til en psykolog. Hun var spent på hvem

hun skulle møte, og var usikker på hva hun kunne forvente, men hadde etter lang tid med tiltagende smerter, nedstemthet og søvnvansker kommet fram til at hun skulle lytte til sønnens råd om å søke hjelp. Det bød seg en mulighet da hun var til poliklinisk kontroll for sin revmatiske sykdom. Revmatologen fanget opp at hun var mye plaget, og foreslo at hun kunne henvises til psykolog på sykehuset. På venterommet så Marit på de ulike personene som kom for å hente pasientene sine. Hun så at flere av behandlerne var unge, ja de kunne vært barnebarna hennes. Hun håpet i sitt stille sinn at hun ikke skulle få en ung og uerfaren psykolog som ikke kunne hjelpe henne.

Å investere i kontakten i starten bidrar til tillit og sikrer at du og pasienten har samme agenda. Hovedelementene i den første kommunikasjonsvanen er å etablere god kontakt tidlig, få fram hva pasienten har på hjertet, og planlegge konsultasjonen sammen med pasienten.

Som ung psykolog i møte med eldre var Siri forberedt på at noen pasienter kunne være skeptiske på grunn av alderen hennes. Hun hadde også opplevd at mange av dem ikke hadde vært til psykolog tidligere, og at de ofte var usikre på hva de kunne forvente, eller faktisk gruet seg til møtet med psykologen.

En ung, smilende kvinne står foran Marit og sier: Hei og velkommen. Jeg er psykolog Siri Amundsen og har sett fram til å møte deg.

Marit: Hei, jeg heter Marit Knutsen.

Siri: Velkommen! Bli med meg ... Du kan sette deg i denne stolen. Du er henvist av revmatolog her på sykehuset på grunn av smerter, søvnplager og spørsmål om du er deprimeret. Har du fått forklart hvor du er nå, og hva vi kan hjelpe deg med her?

Marit: Nei, bare at legen mente det var lurt, så jeg vil gjerne vite mer om dere. Jeg har ikke vært hos psykolog før og er usikker på hva du kan hjelpe meg med. Du er jo så ung. Du kunne vært barnebarnet mitt ...

Siri: Jeg forstår godt at du tenker det. Jeg er jo mye yngre enn deg, og har ikke samme livserfaring. Men jeg har en del erfaring med behandling av både smerter, søvnvansker og depressive plager. Hvis du synes det er greit, kan vi bruke denne første timen på å bli kjent. Jeg kan få høre mer om hvordan du har det, så ser vi om det er noe du tror kan bli bra, selv om jeg er mye yngre enn deg. Jeg vil også forklare deg mer om hvem vi er her i denne enheten på sykehuset, og hva vi kan tilby deg. Hva tenker du om det?

Her gjør Siri flere viktige «vane 1-grep»: Hun skaper god kontakt ved å ønske velkommen og vise at Marit er ventet, og at hun er kjent med henvisningen fra revmatologen. Hun setter en kort agenda og åpner for en

samtale om Marits skepsis til aldersforskjellen mellom dem. Denne vanen tar vanligvis kort tid, men med eldre pasienter kan det være nødvendig å bruke litt mer tid enn ellers. For eksempel kan litt småprat i begynnelsen av samtalen bidra til at pasienten senker skuldrene (Eide et al., 2003). Å høre litt om pasientens somatiske helse tidlig i samtalen kan skape en trygg overgang til å snakke om hvordan de kroppslige plagene påvirker funksjon og livskvalitet. Herfra kan du finne åpninger for å løfte fram sammenhenger mellom fysisk og psykisk helse senere i samtalen. Ved å forklare hva timen skal inneholde, og hvor lang tid den tar, får du kontroll på tiden samtidig som du skaper allianse.

## Vane 2: Utforsk pasientens perspektiv

Hovedelementer i denne vanen er at du utforsker pasientens forståelse av sykdom og plager, og hvilke forventninger pasienten har til hva du kan hjelpe pasienten med. Helsekompetanse er å kunne finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon og helsetjenester for å fremme og bevare god helse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Eldre pasienter med flere samtidige sykdommer er en sårbar gruppe, der god helsekompetanse er særlig viktig for god mestring av sykdom (Pettersen, 2024). Informasjon fra helsepersonell bør i størst mulig grad tilpasses den enkeltes helsekompetanse, for eksempel for at pasienten skal kunne delta i samvalg rundt helserelaterte beslutninger (Finset & Lie, 2024). I samtale med eldre pasienter er det ekstra viktig å tilpasse informasjonen (Brooks et al., 2017).

Noen eldre pasienter kan underrapportere eller idyllisere, fordi de er blitt vant med at de i perioder har kroppslige plager, eller fordi de er preget av sin generasjons forventninger om at man ikke skal klage eller be om hjelp når det ikke er helt nødvendig. Andre kan være skremt av muligheten for en alvorlig diagnose, fordi de som ung har opplevd at sykdommer som vi i våre dager har langt bedre behandlingsresultater for, medførte uførhet eller død hos nære.

Det oppstår ofte svikt i kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten, mellom leger med ulike spesialiseringer og mellom helsepersonell og pasient (Hansson et al., 2018). En svensk studie fant at eldre pasienter med flere kroniske sykdommer kan møte 15 ulike leger i løpet av en 18-måneders periode (Sveriges Kommuner och Landsting, 2012). I samtale med eldre pasienter er det derfor viktig å kartlegge hva andre behandlere har sagt, og hvordan pasienten forstår

det som er blitt sagt. Hvilke ord blir brukt? Hvilken forståelse har pasienten av medisinske begreper? Men like viktig som sykehistorien er «friskehistorien». Hva er det pasienten kan glede seg over og fortsatt får til, til tross for sykdommen? Mange har en lang sykehistorie, og det å få hjelp til en helhetlig forståelse av symptomer og plager, men også av ressurser og mestringsevne, er viktig. Her kan psykologen ha en viktig rolle.

Reidar, som er 68 år gammel, er kommet for rehabilitering etter hjerneslag og er blitt tatt imot av det tverrfaglige teamet. Etter å ha snakket med lege og fysioterapeut er det tid for psykologen. Psykolog Even starter med å ønske velkommen og informerer så om hvem han er, og hva hans rolle er. Så spør han Reidar om hva han sitter igjen med etter å ha snakket med lege og fysioterapeut. Det gir Reidar anledning til å fortelle om hva han tar med seg fra de to konsultasjonene, og Even får nyttig informasjon om hvordan disse samtaler har vært for Reidar (emosjonelt), og hva han sitter igjen med (kognitivt). Deretter spør Even om Reidar har vært til psykolog før, hvilke forventninger han har til samtalen, og hva han kan hjelpe Reidar med, samt hans forventninger til hele rehabiliteringsoppholdet.

Vane 2 innebærer også å danne seg et bilde av hvordan både fysiske og psykiske symptomer påvirker pasientens hverdag. Som helsepersonell vet vi ikke på forhånd hvordan pasientene selv forstår sykdommen sin og plagene sine. For å gi best mulig hjelp må vi spørre dem om deres synspunkter og erfaringer forbundet med det som er tema i samtalen.

Dessuten er det viktig å få avklart pasientens opplevelse av å håndtere sine sykdommer. Ved kroniske sykdommer er det i høy grad opp til den eldre pasient og dennes pårørende å følge opp behandlingstiltak, for eksempel etterlevelse av medikamentell behandling og helse råd om fysisk aktivitet og ernæring. Gjennomføringen av tiltak vil avhenge av pasientens egne erfaringer, kunnskaper og holdninger.

Å utforske pasientens perspektiv er forbundet med økt pasienttilfredshet (Lang et al., 2002). Pasienter som får uttrykke behovene og bekymringene sine, er mer fornøyd med helsehjelpen, uansett om behovene blir oppfylt eller ikke. Dessuten husker de bedre informasjonen som blir gitt, føler mer ansvar for å følge opp tiltakene som foreslås, og de blir mer åpne for vurderinger og forslag (Frankel et al., 2003).

— *Å investere i kontakten i starten bidrar til tillit*

### Vane 3: Vis empati

Hovedelementer i denne kommunikasjonsvanen er at du er åpen for og fanger opp pasientens følelser, og at du gir uttrykk for empati både verbalt og ikke-verbalt. Dessuten er det viktig at du er oppmerksom på dine egne følelsesmessige reaksjoner, slik at du både registrerer informasjonen de gir, og regulerer dem på en hensiktsmessig måte. Å være åpen for pasientens følelser er ikke det samme som at du må snakke om dem med pasienten, men at du lytter etter pasientens uttrykk for følelser og ved behov responderer på dem på en hensiktsmessig måte. Ellers kan de komme til å stå i veien for hjelpen du skal gi.

Ulike pasienter vil i varierende grad klare å uttrykke følelser verbalt. Pasienter med somatisk sykdom vil oftest formidle følelser gjennom små hint (Zimmermann et al., 2007). Et utsagn som «Jeg er usikker på hvordan det går» kan være et hint om at pasienten er bekymret. Å mangle ord for følelser kan være et generasjonsfenomen. Yngre eldre og eldre eldre vil gjennomgående uttrykke seg forskjellig. Personer som er over 80 år, er vokst opp i en tid med mindre åpenhet om følelser og psykiske plager enn det er i dag. Vi kan derfor oppleve at eldre pasienter idylliserer eller underrapporterer egne følelser.

Reidar forteller at han lurer på om han noen gang blir den samme etter hjerneslaget, og at han synes han husker mye dårligere enn før. Han er mye trett og utmattet og lurer på om han er blitt lat. Han hadde gledet seg til en aktiv tid som pensjonist sammen med sin kone Helene, og nå ser han at han kanskje ikke klarer dette. Dessuten gråter han lett og lurer på om han er blitt en pingle. Denne viktige informasjonen kom ikke fram før. Even hadde formidlet kunnskap om vanlige reaksjoner etter hjerneslag, for eksempel at mange av de som rammes, får langvarig mental og fysisk utmattelse (Glader et al., 2002; Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag, 2017). Han plukket opp noen hint fra Reidar som hadde sagt «Det går vel i og for seg greit» og «Jeg kan jo ikke forvente at livet fortsetter å gå på skinner». Utforskningen av hintene hjalp Reidar til å fortelle mer om hvordan han egentlig hadde det.

I flere studier er det funnet at usikkerhet er den aller vanligste formen for hint (for eksempel Heyn et al., 2012). Reidar gir uttrykk for usikkerhet på om han noen gang blir den samme, om han klarer å leve med lammelsene etter slaget. Hintene tyder på at han er bekymret og redd, men han bruker ikke de ordene. I møte med pasienter som Reidar er det ekstra viktig å fange opp hintene og på en tydelig og empatisk måte anerkjenne og validere deres reaksjoner. Validering innebærer en tydelig formidling av at du anerkjenner pasientens fortelling, uten å argumentere mot den, og at du gir pasienten rom til å uttrykke følelsene videre. Empatisk utforskning kan her være «Når du sier det i og for seg går greit, får jeg inntrykk av at det også er noe som ikke er greit, kan du si mer om det?» Eksempler på validering kan være: «Det er ikke så rart at ...» og «Det er forståelig at ...» Når du validerer, vil pasienten oppleve å bli forstått og tatt på alvor. Hvis du

ikke bruker muligheten til å utforske hva bekymringen går ut på, ved for eksempel å svare litt overflatisk at «Det går sikkert bra» og så skifte tema, vil pasienten raskt trappe ned hintene sine.

Det er solid dokumentasjon for en positiv sammenheng mellom empatisk kommunikasjon og en rekke viktige forhold, som pasienttilfredshet, etterlevelse, reduksjon i depressive plager, bedre livskvalitet og styrket mestring av egen sykdom (Neumann et al., 2012; Zimmermann et al., 2007). Empatisk kommunikasjon kan påvirke fysiologiske faktorer forbundet med sykdom, for eksempel en lavere forekomst av metabolske komplikasjoner ved diabetes (Del Canale et al., 2012).

### Vane 4: Invester i avslutningen

Den fjerde vanen handler om hvordan du formidler informasjon og presenterer eventuelle konklusjoner og anbefalinger etter at pasienten er utredet. Vane 4 er altså langt mer enn bare selve avslutningen. Du tar utgangspunkt i det du vet om pasientens helsekompetanse og sykdomsforståelse fra vane 2 når du skal gi informasjon og foreslå hjelpetiltak.

Kari, 76 år, har hatt et hjerteinfarkt og kom hjem etter noen døgn på hjertemedisinsk avdeling. Hun hadde fått infarkt da hun var på hytta. Hun hadde alltid stolt på kroppen sin og vært fysisk aktiv. Nå følte hun seg svak, at hun hadde en slags hjernetåke, og hun stolte ikke lenger på hukommelsen sin. Hun fryktet at hun var i ferd med å bli dement. Det var vanskelig å huske mye av det hun hadde fått av informasjon på sykehuset. Hun hadde fått foreskrevet både betablokkere og kolesterolsenkende og blodfortynnende medisiner, og bare det å skulle huske å ta alle medisinene var overveldende. Kari hadde heldigvis en oppfølgingssamtale med psykolog på sykehuset neste dag. Hun følte at hun trengte hjelp til å sortere i alt hun hadde gått gjennom.

Under samtalen oppdaget psykologen nettopp at det var mye hun ikke hadde fått med seg fra utskrivings-samtalen. Hun hadde ikke turt å spørre av respekt for legen. Det samme kan skje i møte med psykologen. I samtalen med Kari forklarte psykologen at det å streve med å motta informasjon og å huske dårligere kan være en følge av stressbelastningen ved å gjennomgå sykdom og behandling, men også en naturlig del av aldringsprosessen. Mange pasienter merker at de har mild kognitiv svikt og kan derfor være redde for at de er i ferd med å bli demente. At mild kognitiv svikt ikke nødvendigvis betyr at det foreligger demens, kan derfor være fint å informere om. Psykologen kom også med konkrete forslag til hvordan Kari kunne huske å ta medisinene sine og ha oversikt over denne viktige delen av behandlingen.

En norsk studie av pasienter etter hjerteinfarkt viste at et flertall, uansett alder, hadde store vansker

med etterlevelse av behandlingstiltak og helseråd for å forebygge et nytt infarkt (Sverre et al., 2017). Når du skal gi informasjon til eldre pasienter i en slik situasjon, er det ekstra viktig å bruke et språk som pasienten forstår og kjenner seg igjen i. I vårt tilfelle hadde ikke psykologen truffet Kari før og måtte derfor gå tilbake til vane 2 for å kunne skreddersy informasjonen til Karis oppfatning av sykdommen.

Deretter kommer jobben med å formidle informasjon slik at pasienten forstår og husker det som blir sagt. Prioriter hva du vil si, ikke alt er like viktig. Gi informasjonen i små porsjoner, og ta en pause mellom hver bit av informasjon. Involver pasienten ved å gjøre det til en dialog, ikke en forelesning. Og sjekk at pasienten har forstått. Du kan spørre: «Hva tar du med deg av det jeg har sagt?», eller «Hva vil du si til de der hjemme når de lurer på hva vi snakket om på sykehuset?» (Gulbrandsen &

Finset, 2019). Spør til slutt om det er noe pasienten fortsatt lurer på, og forsikre deg om at det er gjort klare avtaler.

## Konklusjon

I årene fremover vil en økende gruppe eldre pasienter leve med flere kroniske sykdommer. Muligheten de har til å delta aktivt i egen behandling, ta gode helsevalg og etterleve helseråd vil i høy grad avgjøre funksjonen og livskvaliteten deres. Det stiller krav til at psykologer og annet helsepersonell evner å skape gode samtaler der pasientens sykdomsforståelse, erfaringer og synspunkter får plass. Her kan kommunikasjonsmodellen Fire gode vaner være et nyttig redskap. Den er også et effektivt verktøy når du som psykolog skal veilede annet helsepersonell i hvordan de kan kommunisere med pasienter på en hensiktsmessig måte. ♡

## REFERANSER

- Brooks, C., Ballinger, C., Nutbeam, D. & Adams, J. (2017). The importance of building trust and tailoring interactions when meeting older adults' health literacy needs. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2428–2435. <https://doi.org/10.1080/09638288.2016.1231849>
- Del Canale, S., Louis, D. Z., Maio, V., Wang, X., Rossi, G., Hojat, M. & Gonnella, J. S. (2012). The relationship between physician empathy and disease complications: an empirical study of primary care physicians and their diabetic patients in Parma, Italy. *Academic Medicine*, 87(9), 1243–1249. <https://doi.org/10.1097/ACM.0b013e3182628fbf>
- Eide, H., Graugaard, P., Holgersen, K. & Finset, A. (2003). Physician communication in different phases of a consultation at an oncology outpatient clinic related to patient satisfaction. *Patient Education and Counselling*, 51(3), 259–266. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00225-2](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00225-2)
- Finset, A. & Lie, H. C. (2024). Helsekommunikasjon og helsekompetanse. I A. K. Wahl, K. S. Pettersen & S. Helseth (Red.), *Helsekompetanse. Teori, forskning og praksis* (s. 254–263). Fagbokforlaget.
- Frankel, R. M., Stein, T. & Krupat, E. (2003). *The four habits approach to effective clinical communication*. The Kaiser Permanente Medical Group. Physician Education and Development. Bearbeidet for norske forhold av Finset, A., Gulbrandsen, P. & Westgaard, E. E. (2007).
- Glader, E. L., Stegmayr, B. & Asplund, K. (2002). Poststroke fatigue: a 2-year follow-up study of stroke patients in Sweden. *Stroke*, 33(5), 1327–1333. <https://doi.org/10.1161/01.str.000014248.28711.d6>
- Gulbrandsen, P. & Finset, A. (2019). *Skreddersyde samtaler – en veileder i medisinsk kommunikasjon* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Gulbrandsen, P., Jensen, B. F. & Finset, A. (2009). Endring i mestringstillit hos sykehusleger etter kurs i klinisk kommunikasjon. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 129, 2343–2346. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.09.0261>
- Hansson, A., Svensson, A., Ahlström, B. H., Larsson, L. G., Forsman, B. & Alsén, P. (2018). Flawed communications: Health professionals' experience of collaboration in the care of frail elderly patients. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(7), 680–689. <https://doi.org/10.1177/1403494817716001>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>
- Heyn, L., Ruland, C. M. & Finset, A. (2012). Effects of an interactive tailored patient assessment tool on eliciting and responding to cancer patients' cues and concerns in clinical consultations with physicians and nurses. *Patient Education and Counseling*, 86(2), 158–165. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2011.04.024>
- Hyldmo, I., Fjerstad, E., Bragason, Á., Husby, A., Lang, N., Ranhoff, A. H., Ødegård, S. & Finset, A. (2014). Kommunikasjon som verktøy i klinisk hverdag. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 134, 1925–1926. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.14.0500>
- Jensen, B. F., Gulbrandsen, P., Dahl, F. A., Krupat, E., Frankel, R. M. & Finset, A. (2010). Effectiveness of a short course in clinical communication skills for hospital doctors: results of a crossover randomized controlled trial. *Patient Education and Counseling*, 84(2), 163–169. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.08.028>
- Kvæl, L. A. H., Bye, A., Bergland, A. & Olsen, C. F. (2025). Healthcare professionals' experiences of the Four Habits Model communication course: a qualitative and survey approach to evaluate impact in an intermediate care setting. *BMJ Open*, 15(3), e091143. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-091143>
- Kvæl, L. A. H., Gulbrandsen, P., Werner, A. & Bergland, A. (2024). Implementation of the four habits model in intermediate care services in Norway: a process evaluation. *BMC Health Services Research*, 24(1), Artikkel 1196. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11647-z>
- Landsforeningen for hjerte, lunge og hjerneslag. (2017). *Fatigue – den usynlige fienden* (Brosjyre). <https://prod.lhl.no/globalassets/brosjyrer/fatigue---den-usynlige-fienden.pdf>
- Lang, F., Floyd, M. R., Beine, K. L. B. & Buch, P. (2002). Sequenced questioning to elicit the patient's perspective on illness: effects on information disclosure, patient satisfaction, and time expenditure. *Family Medicine*, 34(5), 325–330.
- Mørkhagen, P. L., Hyldmo, I. & Berge, T. (2025). *Kommunikasjon som verktøy. Fire gode vaner for klinisk kommunikasjon. Metode, gjennomføring og erfaringer fra norske sykehus og helsehus*. Hefte. Diakonhjemmet sykehus.
- Naylor, C., Parsonage, M., McDaid, D., Knapp, M., Fossey, M. & Galea, A. (2012). *Long-term conditions and mental health: the cost of co-morbidities*. King's Fund. <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/long-term-conditions-mental-health>
- Neumann, M., Scheffer, C., Tauschel, D., Lutz, G., Wirtz, M. & Edelhäuser F. (2012). Physician empathy: Definition, outcome-relevance and its measurement in patient care and medical education. *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(1). <https://doi.org/10.3205/ZMA000781>
- Pettersen, K. S. (2024). Helsekompetanse hos eldre. I A. K. Wahl, K. S. Pettersen & S. Helseth (Red.), *Helsekompetanse. Teori, forskning og praksis* (s. 94–105). Fagbokforlaget.
- Rizzuto, D., Melis, R. J. F., Angleman, S., Qiu, C. & Marengoni, A. (2017). Effect of chronic diseases and multimorbidity on survival and functioning in elderly adults. *Journal of American Geriatrics Society*, 65(5), 1056–1060. <https://doi.org/10.1111/jgs.14868>
- Sveriges Kommuner och Landsting. (2012). *Bättre liv för sjuka äldre – en kvalitativ uppföljning*. <https://extra.skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/battrelivforsjukaaldreenkvalitativuppfoljning.64706.html>
- Sverre, E., Peersen, K., Husebye, E., Gjertsen, E., Gullestad, L., Moum, T., Otterstad, J. E., Dammen, T. & Munkhaugen, J. (2017). Unfavourable risk factor control after coronary events in routine clinical practice. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17, Artikkel 40. <https://doi.org/10.1186/s12872-016-0387-z>
- Vermunt, N. P., Harmsen, M., Elwyn, G., Westert, G. P., Burgers, J. S., Olde Rikkert M. G. & Faber M. J. (2018). A three-goal model for patients with multimorbidity: a qualitative approach. *Health Expectations*, 21(2), 528–538. <https://doi.org/10.1111/hex.12647>
- Zimmermann, C., Del Piccolo, L. & Finset, A. (2007). Cues and concerns by patients in medical consultations: a literature review. *Psychological Bulletin*, 133(3), 438–463. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.3.438>



På scenen møter du: Lise Fjeldstad, Anna Helle-Valle, Inger Hilde Nordhus, Elisabeth Flo-Groeneboom, Ingrid Hyldmo, Kristine Sirevåg, Silje Haukenes Stavestrand og Anders Martin Fjell.

**Psykologtidsskriftet inviterer til temakveld om aldring, torsdag 18. juni**

# Til he\*\*\*te med eldrebølgen

I en samfunnsdebatt der eldre mennesker omtales som økonomiske belastninger, omsorgsutfordringer eller som en bølge som må håndteres, blir formidling av kunnskapsbaserte perspektiver en sentral oppgave for psykologstanden. Aldringsfeltet preges av stereotype forestillinger, unyansert språkbruk, begrenset rekruttering og manglende satsing. Men er bildet dekkende?

Velkommen til gratis temakveld hvor vi løfter blikket og viser hva psykologer faktisk bidrar med gjennom menneskemøter, klinikk, forskning og formidling.

Vi utforsker aldringens mange lag – fra hjernens endringer til betydningen av å bli sett, forstått og møtt som den man er.

Ikke gå glipp av Psykologtidsskriftets slippfest for temanummeret om aldring, torsdag 18. juni på Litteraturhuset i Oslo. Arrangementet strømmes.

Vi byr på innlegg og samtaler på scenen, mingling og enkel bevertning. Dørene åpner kl. **16:00**, og programmet varer fra kl. **16:30** til **18:00**. Bli gjerne værende for sosial hygge.

Påmelding etter først-til-mølla-prinsippet til [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)

Mer informasjon:



## Vel møtt

**TEKST** Marthe Grue  
Statens helsetilsyn

# Mangelfull kartlegging av psykisk helse hos hjemmeboende eldre

## OMTALT RAPPORT

Helsetilsynet (2025). *Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide.*  
Rapport fra Helsetilsynet 7/2025.

**KONTAKT** [mjg@helsetilsynet.no](mailto:mjg@helsetilsynet.no)

**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Svak kartlegging gir grunn til bekymring. Norske kommuner har et stort forbedringspotensial.

Kari er 82 år og bor alene i egen leilighet. Etter et hoftebrudd får hun hjemme-sykepleie morgen og kveld. Hjemmetjenesten sørger for medisiner, personlig hygiene og ernæring, og Kari fremstår som samarbeidsvillig og «grei». Samtidig har hun gradvis trukket seg unna sosiale aktiviteter, sover dårlig og spiser mindre enn før. Hun svarer kort når hun blir spurt om hvordan hun har det: «Det går vel.» Først etter et nytt fall og en akutt sykehusinnleggelse kommer det frem at Kari over lengre tid har kjent på vedvarende nedstemthet, håpløshet og manglende motivasjon for å leve videre. Ingen har systematisk kartlagt den psykiske helsen hennes. Endringene har vært tolket som en naturlig del av aldring og redusert funksjon etter skade.

## TILSYNSSATSING

Helsetilsynet og statsforvalterne fører i 2025, 2026 og 2027 tilsyn med hvordan kommunene ivaretar grunnleggende behov hos hjemmeboende eldre over 75 år. Som en del av arbeidet ble det i 2025 gjennomført en landsomfattende spørreundersøkelse blant alle landets kommuner.

Undersøkelsen omhandlet blant annet hvordan kommunene kartlegger forhold som er sentrale for helse, funksjon og livskvalitet ved oppstart av tjenester: ernæring, fallrisiko, samtykkekompetanse, kognitiv funksjon, sosialt nettverk – og psykisk helse. Over 90 prosent av kommunene besvarte undersøkelsen.

## HOVEDFUNN

På en skala fra 1 til 5 svarte en av ti kommuner at de kartlegger den psykiske helsen i svært stor grad. Cirka 28 prosent kartlegger den psykiske helsen i stor grad, 48 prosent i middels grad, mens 14 prosent oppgir at de i liten og svært liten grad kartlegger den psykiske helsen ved oppstart av tjenester. Variasjonen er stor – både mellom fylker og mellom kommuner i samme fylke.

Områder som henger sammen med psykisk helse, kartlegges også i varierende grad. Én av fire kommuner kartlegger kognitiv funksjon i middels til svært liten grad, 55 prosent kartlegger sosiale aktiviteter i middels til svært liten grad, mens 16 prosent kartlegger pårørende og annet nettverk i middels til svært liten grad (Helsetilsynet, 2025).

Historien er konstruert, men forløpet er høyst realistisk. Har hjemmetjenesten tilstrekkelig kunnskap om eldre pasienters psykiske helse?

### Faglig forsvarlige tjenester

Kartlegging er en forutsetning for faglig forsvarlige tjenester. En spørreundersøkelse til alle landets kommuner viser at den psykiske helsen til hjemmeboende eldre i liten grad blir kartlagt ved oppstart av kommunale helsetjenester i hjemmet (se tekstboks).

Funnene gir grunn til bekymring, fordi tjenesten kan overse viktig informasjon om den enkelte pasient når kartlegging av psykisk helse ikke er tydelig forankret i rutiner, verktøy og praksis.

## Psykisk uhelse gjenkjennes ikke

Psykiske lidelser blant eldre er vanlige, men symptombildet kan være sammensatt. Depresjon kan arte seg som energiløshet, passivitet, søvn- og appetittendringer, økte somatiske plager eller redusert kognitiv funksjon. Angst kan komme til uttrykk gjennom uro, kroppslige symptomer eller unnvikelsesatferd, og forekommer ofte sammen med andre psykiske lidelser hos eldre (Helsedirektoratet, 2019).

Samtidig vet vi at psykisk helse henger tett sammen med kognitiv funksjon, somatisk sykdom og sosial deltakelse (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.-a). Depresjon og demens kan forekomme samtidig, og flere symptomer kan overlape, noe som gjør klinisk vurdering krevende (Bystad et al., 2014).

Når spørreundersøkelsen viser at om lag én av fire kommuner kartlegger kognitiv funksjon i liten eller svært liten grad, samtidig som kartlegging av psykisk helse ofte uteblir, øker risikoen for at slike tilstander feiltolkes eller ikke oppdages. For pasienter som Kari kan dette innebære at en depresjon ikke identifiseres og behandles, med påfølgende funksjonsfall, økt hjelpebehov og redusert livskvalitet.

## Mister et viktig klinisk kompass

Fysiske, psykiske og sosiale behov er avgjørende for helse, livskvalitet og trygghet. Tjenestene mister et viktig klinisk kompass når hjelp i hjemmet settes inn uten at psykisk helse blir tilstrekkelig kartlagt. Når man ikke har gjort en systematisk vurdering i forkant, er det vanskelig å vurdere endring over tid, både med hensyn til forverring og forbedring. Endringer i pasientens fungering kan bli oppdaget sent, og tiltak settes inn reaktivt fremfor forebyggende.

Å gi hjemmeboende eldre rett hjelp til rett tid vil være av stor betydning for den det gjelder, pårørende og for samfunnet som helhet. Ved å sette inn målrettede tiltak og behandling av psykisk uhelse vil en kunne forebygge ytterligere svikt i både psykisk og fysisk funksjon og helse, og dermed også redusere behovet for mer inngripende tiltak på et senere tidspunkt.

## Tjenester for den enkelte

Kommunens plikt til å yte forsvarlige tjenester innebærer også å sørge for at tjenester er basert på tilstrekkelig kunnskap om den enkelte. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene stiller klare krav til at brukernes fysiske, psykiske og sosiale behov skal ivaretas (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

For kommuneledere handler dette om:

- tydelige forventninger til hva som skal kartlegges ved oppstart av tjenester
- kompetanse og støtte til ansatte i førstelinjen
- systemer som legger til rette for dokumentasjon, vurdering og oppfølging
- bruk av kartleggingsdata som grunnlag for kvalitetsforbedring og tjenesteutvikling

Nasjonalt finnes det lite kunnskap om kvaliteten på helsehjelpen til hjemmeboende eldre. Riksrevisjonen har tidligere pekt på risiko for svikt i kartlegging av eldres behov ved tildeling av helse- og omsorgstjenester (Riksrevisjonen, 2018). Våre funn indikerer at denne risikoen fortsatt er til stede, særlig når det gjelder psykisk helse.


## Tidlig innsats for individ og samfunn

Å oppdage psykisk uhelse tidlig kan ha stor betydning. For den enkelte eldre kan det bety mindre lidelse, bedre mestring og økt livskvalitet. For pårørende kan det bety avlastning og økt trygghet. For kommunen og samfunnet kan det bety lavere behov for omfattende tjenester og

færre akutte innleggelse og re-innleggelse.

Over 90 prosent av kommunene har gjennom spørreundersøkelsen kartlagt egen praksis, og de fleste oppgir at de vil bruke resultatene i eget kvalitetsforbedringsarbeid. Dette gir et godt utgangspunkt for videre utvikling.

Samtidig viser andre undersøkelser at eldre i mindre grad enn yngre har tilgang til psykologisk behandling, både i offentlig og privat regi (Nasjonalt senter for aldring og helse, u.å.-b). Dette understreker behovet for et helhetlig løft, der kartlegging, vurdering og behandling sees i sammenheng.

Historien om Kari viser at god kartlegging er selve fundamentet for forsvarlige, målrettede og effektive tjenester. Alder bør ikke være et hinder for at psykisk helse tas på alvor – verken klinisk eller organisatorisk. 

### REFERANSER

Bystad, M., Pettersen, K. & Grønli, O. K. (2014). Depresjon eller demens av Alzheimers type? *Tidsskrift for den norske legeforening*, 134(5), 525–528. <http://dx.doi.org/10.4045/tidsskr.13.0364>

Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre*. Hentet 27. april 2026 fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>

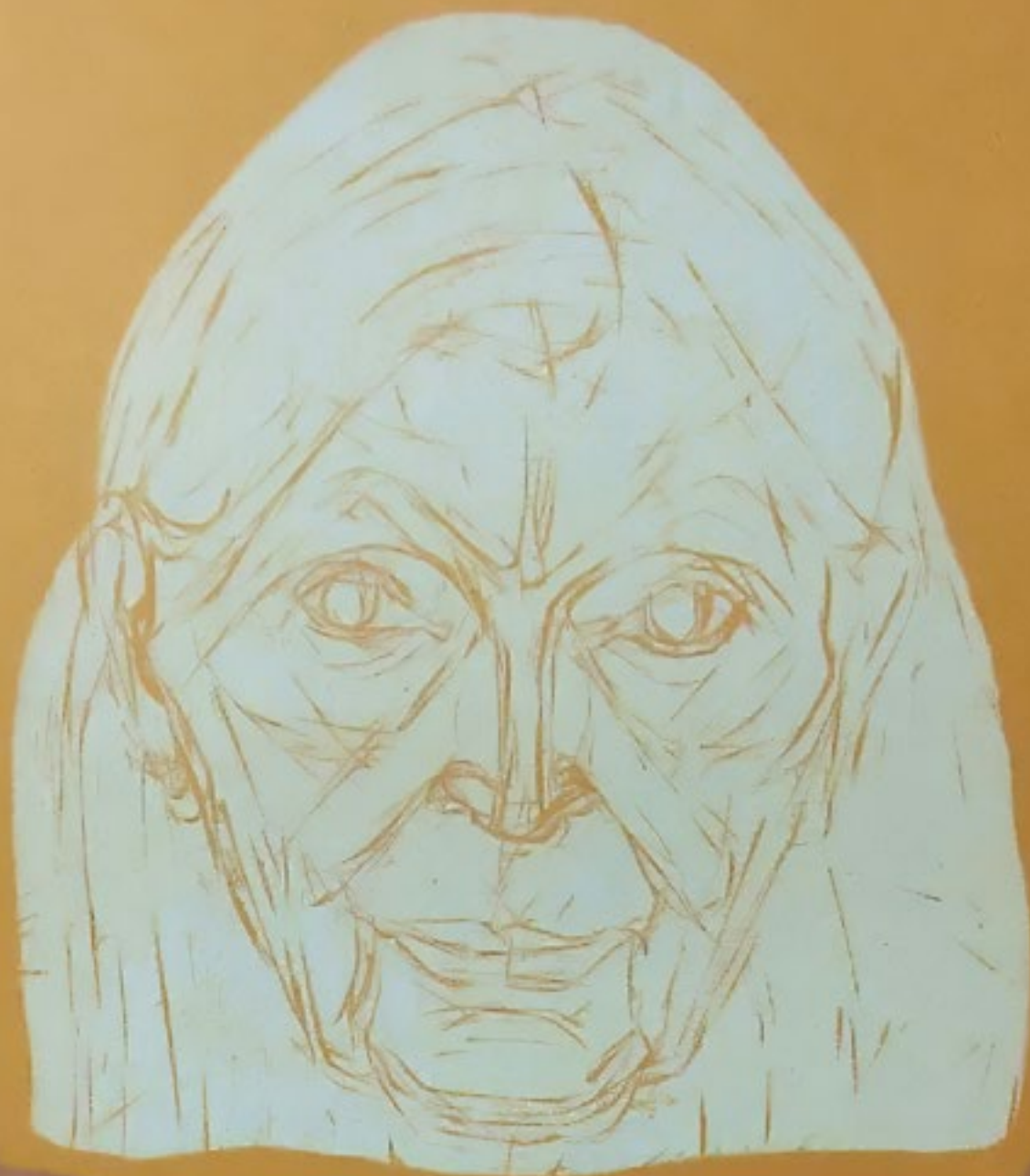
Helsetilsynet. (2025). *Risiko for at forverring hos hjemmeboende eldre ikke oppdages i tide*. [\[forverring-hos-hjemmeboende-eldre-ikke-oppdages-i-tide/#\]\(#\)

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. \(2003\). \*Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.\* \(FOR-2003-06-27-792\). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Nasjonalt senter for aldring og helse. \(u.å.-a\). \*Psykiske lidelser og symptomer\*. Hentet 16. april 2026 fra <https://www.aldringoghelse.no/psykisk-helse/psykiske-lidelser/>](https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2025/risiko-for-at-</a></p>
</div>
<div data-bbox=)

Nasjonalt senter for aldring og helse. (u.å.-b). *Psykologisk behandling i eldre år*. Hentet 16. april 2026 fra <https://www.aldringoghelse.no/psykisk-helse/utredning-og-behandling/psykologisk-behandling-i-eldre-ar/>

Riksrevisjonen. (2018). *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen* (Dokument 3:5 (2018–2019)). <https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2018-2019/tilgjengelighetkvaliteteldreomsorgen.pdf>



**Kognisjon og emosjon**



## Kristine B. Walhovd

Senter for livsløpsendringer i hjerne og kognisjon, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
Senter for beregningsorientert radiologi og kunstig intelligens, Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus

## Anders M. Fjell

Senter for livsløpsendringer i hjerne og kognisjon, Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo  
Senter for beregningsorientert radiologi og kunstig intelligens, Avdeling for radiologi og nukleærmedisin, Oslo universitetssykehus

# Hva påvirker når? Et livsløpsperspektiv på kognitiv aldring og hjerneehelse

## Sammendrag

Hva betyr egentlig «vellykket» kognitiv aldring? I media løftes ofte enkeltfenomener frem – som personer med høy funksjon eller tidlig demens, og det gis spesifikke livsstilsråd som er knyttet til å beholde høy funksjon. I denne artikkelen diskuterer vi hva forskning faktisk viser om kognitiv aldring, og hva som i større grad er myter enn realiteter. Vi oppsummerer kunnskapen om hvordan hjernen og kognitive funksjoner endrer seg gjennom livet, og viser at de store forskjellene man ser i hvordan eldre fungerer, ofte reflekterer stabile forskjeller som etableres tidlig, allerede i fosterliv og i løpet av barndom og ungdomstid, like mye som forskjeller i aldring i seg selv. Vi går deretter gjennom tre seiglive-de påstander: at demensrisiko nesten kan halveres gjennom livsstilsendringer, at mye søvn er nødvendig for effektiv «hjernevask», og at høy utdanning bygger kognitiv reserve som beskytter mot aldersrelatert kognitiv svikt og demens. Til slutt diskuterer vi nye samfunnstrender som tilsier at risiko for kognitiv svikt og demens er avtagende, men advarer om at denne utviklingen er et resultat av gunstige samfunnsforhold som må vedlikeholdes. Skal den positive trenden fortsette, må vi investere i faktorer som bygger kognitiv kapasitet og motstandskraft gjennom hele livsløpet, særlig i de tidlige leveårene.

**KONTAKT** [k.b.walhovd@psykologi.uio.no](mailto:k.b.walhovd@psykologi.uio.no)

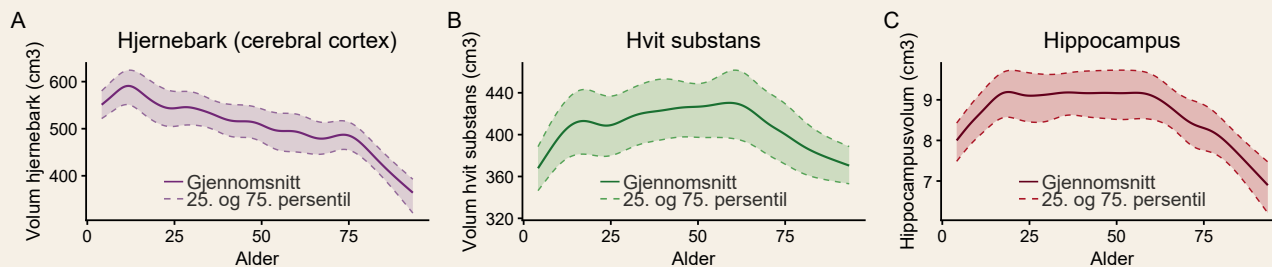
**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut ICJME-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

CC BY 4.0

**Nøkkelord:** livsløpsperspektiv, utvikling, aldring, kognisjon, hjerneehelse

FIGUR 1

## Hjernestrukturer gjennom livet



**Merknad.** Figuren viser volum av hjernebarken (grå substans) (A), hvit substans (B) og hippocampus (C) fra barndom til høy alder, basert på 4915 MRI-skanninger av 2242 kognitivt friske deltagere fulgt i opp til 16 år i studier ved LCBC, Universitetet i Oslo. Den heltrukne linjen viser gjennomsnittlig volum estimert med en kurvetilpasningsmodell. De stiplede linjene angir 25. og 75. persentil – halvparten av deltagerne faller på enhver alder innenfor dette båndet.

De fleste kognitive funksjoner endrer seg når vi blir eldre, hjernehelsetilstanden og helsetilstanden i andre organsystemer endrer seg med dem. Men hva mener vi egentlig når vi snakker om «vellykket kognitiv aldring»? At en 80-åring fungerer som en gjennomsnittlig 40-åring? At man unngår demensdiagnose? Eller at man bevarer sitt eget funksjonsnivå så godt som mulig? En tilnærming har vært å studere eldre som fungerer spesielt godt – såkalte *super-agers* – eldre personer som skårer like høyt som langt yngre (Weintraub et al., 2025). Det kan for eksempel være 80-åring som husker like godt, eller bedre, enn gjennomsnittet av middelaldrende. Slike personer kan være fascinerende, men de utgjør bare en liten andel av de eldre. De kan derfor lett gi en urealistisk standard for hva vi legger i «vellykket aldring».

Minst like viktig er et mer grunnleggende poeng: Å være en «super-ager» sier i utgangspunktet ingenting om hvordan man har endret seg, bare hvor man ligger an i forhold til andre. En 80-åring som skårer like høyt som unge voksne på en hukommelsestest, kan ha hatt ekstremt høye skårer som 30-åring, og faktisk ha tapt seg betydelig. Det illustrerer noe alle kliniske nevropsykologer vet, men som likevel (for) ofte glemmes i forskningen: Når vi bare ser på funksjonen her og nå, vet vi lite om hvordan personen har fungert tidligere.

En alternativ tilnærming legger derfor hovedvekten på faktisk endring over tid, slik vi ser i lengdesnittstudier der deltagere følges med gjentatte undersøkelser. Nyberg og kolleger argumenterte allerede i 2012 for nytten av et *brain maintenance*-perspektiv («hjerne-bevaring») for å forstå hvordan hukommelse endrer seg i aldring, hvor vellykket aldring først og fremst forstås som liten eller ingen reduksjon (Nyberg et al., 2012), snarere enn et høyt nivå i seg selv. Når de samme personene følges gjentatte ganger, får man et annet bilde enn når man bare sammenligner ulike aldersgrupper: Noen opprettholder et relativt stabilt nivå av episodisk hukommelse over mange år også i høy alder, selv om gruppesnittet faller.

Ut fra dette perspektivet kan en person som starter på et lavere kognitivt nivå, men holder seg bemerkelsesverdig stabil, i prinsippet ha en mer «vellykket» aldring enn en høytfungerende person som taper seg mye, selv om den siste fortsatt skårer høyt.

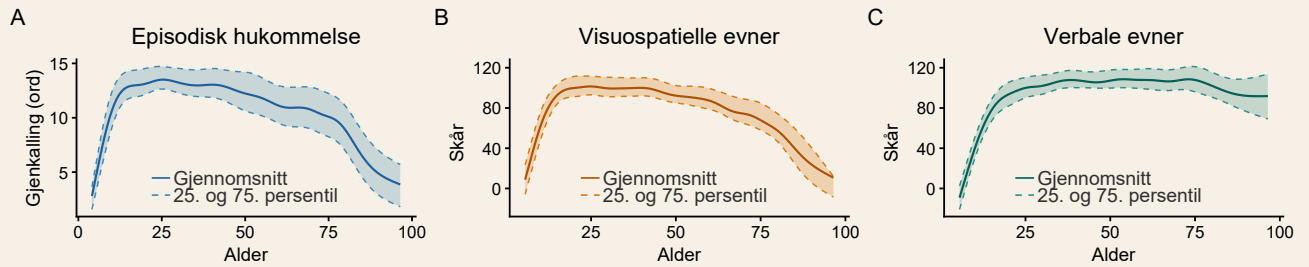
Så ja – det finnes eldre som fungerer bedre kognitivt enn de fleste 25-åring, men det betyr ikke at de har unngått aldersendringer. Det er lite sannsynlig at noen opprettholder helt uendret hjernefunksjon gjennom et liv. De som er blant de beste som 80-åring, har sannsynligvis vært blant de aller beste også som 30-åring. Dette har minst to viktige implikasjoner: For å forstå kognitiv funksjon i aldring holder det ikke å studere bare eldre, og hvis vi vil bidra til å optimalisere kognitiv funksjon, må vi ta inn over oss at mange viktige innflytelser virker lenge før pensjonsalder. Vi må ha et livsløpsperspektiv på hjerne og kognisjon – og spørre *hva som påvirker hvem når*.

## Hva skjer egentlig i hjernen i aldring?

For å forstå kognitiv aldring må vi se på de strukturelle og funksjonelle endringene i hjernen. De siste tiårenes forskning har vist at hjernen endres kontinuerlig gjennom hele livet, men at disse endringene er ujevnt fordelt. Det er ikke slik at hele hjernen krymper i samme takt. De største endringene ser vi i frontallappene (prefrontal cortex) og tinninglappene (temporal cortex). Dette er områder som er avgjørende for høyere kognitive funksjoner, og endringene her sammenfaller godt med det vi observerer kognitivt: Disse områdene er sentrale for planlegging, problemløsning, oppmerksomhet og episodisk hukommelse – altså nettopp funksjoner som oftest svekkes med alder. I kontrast er områder som primær synshjernebark ofte relativt sett bedre bevart. Strukturelt ser vi aldersendringer som tynnere hjernebark og noe redusert overflateareal, mindre volum i dypere strukturer som hippocampus og utvidelse av ventriklene (Figur 1). I tillegg endres trekk

FIGUR 2

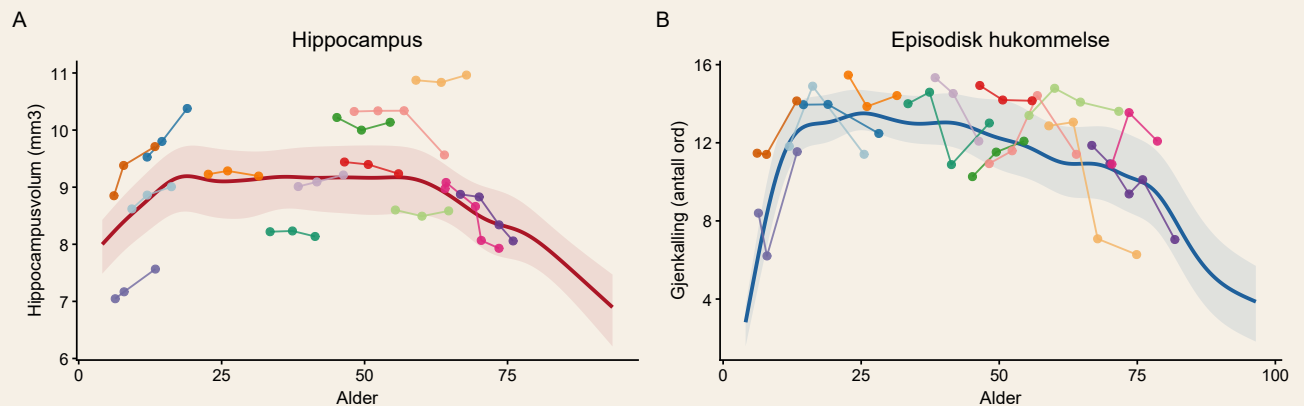
Kognitive evner gjennom livsløpet



**Merknad.** Figuren viser tre mål på kognitiv funksjon fra barndom til høy alder. A: Episodisk hukommelse målt med gjenkalling av ordlister (CVLT), basert på 4774 undersøkelser av 2131 deltagere fulgt opp til 17,3 år i studier ved LCBC. B og C: Visuospatiale (terningsmønster og matriseresonnering) og verbale (likheter og ordforråd) ferdigheter, begge fra WASI (Wechsler Abbreviated Scales of Intelligence), basert på henholdsvis 4121 og 4094 undersøkelser. Testene har et gjennomsnitt på 100 og standardavvik på 15, normert på deltagerne mellom 20 og 40 år. Alle skårer er korrigert for læringseffekter, estimert fra deltagere over 20 år for å unngå sammenblanding med kognitiv modning i barne- og ungdomsårene. Den heltrukne linjen viser gjennomsnittlig skår estimert med en kurvetilpasningsmodell. De stiplede linjene angir 25. og 75. persentil – halvparten av deltagerne faller på enhver alder innenfor dette båndet.

FIGUR 3

Individuelle forløp for hippocampusvolum og episodisk hukommelse



**Merknad.** Figuren illustrerer individuelle forskjeller i hjernestruktur og kognitiv funksjon over tid. Bakgrunnskurven viser gruppegjennomsnittet med 25. og 75. prosentilbånd (se Figur 1 og 2 for detaljer). De fargede linjene og punktene representerer 14 tilfeldig utplukkede enkelt deltagerer med minst tre målinger. Samme farge angir samme person i begge paneler. Som man kan se, er det store forskjeller både i hvor høyt deltagerne ligger, og hvor mye de endrer seg over tid. Hvis man studerer fargene nøye, er det lett å finne deltagere som viser en mer positiv utvikling i hippocampus enn på hukommelsestesten, og omvendt, noe som viser at det er flere ting som avgjør hvor godt man fungerer.

ved hjernens hvite substans, som utgjøres av nervefibrene og myelinet (isolasjonen) som sørger for rask og effektiv kommunikasjon mellom områder. Dette henger godt sammen med et av de mest robuste funnene i forskningen: at prosesseringshastighet og effektiv informasjonsflyt blir langsommere med alderen.

Men sammenhengen mellom hjernestruktur og kognitiv funksjon er mer kompleks enn «jo mer atrofi (vevstap), desto dårligere fungerer du». Selv om atrofi i hippocampus og midtre tinninglapper er knyttet til hukommelsessvikt (Vidal-Pineiro et al., 2025), forklarer strukturelle hjerneendringer ofte bare en moderat del av variasjonen i kognitiv endring hos ellers friske eldre.

To personer kan ha omtrent samme grad av målbar hjerneatrofi, men likevel fungere svært ulikt kognitivt i hverdagen. Det samme ser vi når vi går fra hjernen til kognisjon (Figur 2). Kognitiv aldring er ikke én prosess, men et sett av ulike forløp. Såkalte «flytende» evner, som visuospatiale ferdigheter, prosesseringshastighet, arbeidsminne, fleksibel problemløsning og læring av nytt materiale, viser gjerne en gradvis svekkelse fra middelalderen og utover, selv om det er en del uenighet rundt på hvilken alder dette typisk er observerbart. Når det gjelder hukommelse, er episodisk hukommelse – minner om tid og sted – særlig sårbar. «Krystalliserte» evner, derimot, som verbal funksjon, allmennkunnskap og mange

språklige ferdigheter, kan øke i voksen alder, og holder seg ofte relativt stabile langt inn i alderdommen. Et annet viktig poeng er at det er individuelle forskjeller i hvor mye kognitive funksjoner endrer seg med alder, også innenfor det vi kan kalle normalspekteret.

Dette leder til et tredje, ofte underkommunisert, poeng: Skillet mellom «normal» aldring og sykdom er langt mindre klart enn vi liker å tro. Obduksjonsstudier og moderne PET-avbildning viser for eksempel at en betydelig andel tilsynelatende kognitivt friske eldre har ansamlinger av typiske Alzheimer-markører, som amyloid og tau, i hjernen. Dette er det nylig også blitt mulig å måle med en blodprøve. Store studier tyder på at opptil 40 % av kognitivt friske 90-åring har så høye nivåer av amyloid at de klassifiseres som «positive». Samtidig kan noen med relativt beskjedne mengder av slik patologi ha uttalte kognitive symptomer. Man kan altså ha en hjerne som ser «syk» ut, men fungerer helt normalt, og vice versa. Dette støtter et dimensjonalt syn på kognitiv aldring, hvor overgangen fra normalitet til patologi ofte ikke er klart avgrenset, men går langs et kontinuum. Dette gjelder spesielt i høy alder, der forskjellene mellom en som er frisk, og en med en Alzheimer-diagnose kan være mye mindre enn mellom en frisk og en dement 60-åring. Dette åpner for et mer nyansert syn: Hjernen eldes, men hvordan dette faktisk slår ut kognitivt, er resultatet av en rekke faktorer som kan virke gjennom et langt liv.

## Å fremme god hjerneehelse

Hva kan gjøres for å fremme høy kognitiv funksjon og god hjerneehelse? For å forstå hva som gir god hjerneehelse i eldre år, må vi først erkjenne en fundamental, men ofte oversett dynamikk: Grunnlaget for hvor godt hjernen fungerer som 80-åring, legges i stor grad før vi fyller 20. Selv om vi i aldringsforskningen ofte leter etter årsaker til kognitiv svikt sent i livet, viser livsløpsdata at individuelle forskjeller i hjernestruktur og kognitiv funksjon er bemerkelsesverdig stabile gjennom hele livet. Et av de mest overbevisende funnene kommer fra Lothian Birth Cohort-studiene i Skottland, ledet av Ian Deary. En stor gruppe barn som tok en intelligens-test som 11-åring, ble testet igjen i 70-, 80- og 90-årsalderen. Resultatene viser en forbløffende høy korrelasjon (rundt .70) mellom prestasjonene i barndommen og i alderdommen (Deary et al., 2013). Det betyr at selv om den kognitive funksjonen svekkes hos alle gjennom livsløpet, endres vi i stor grad i samme takt. De som skåret høyt som barn, skåret som regel høyt som gamle. Likevel var det liten sammenheng mellom hvor høyt deltagerne skåret i barndommen, og hvor mye de endret seg i 80-årene. Det er altså ikke så lett å bytte plass i køen; rangordningen mellom individer er bemerkelsesverdig stabil.

Dette mønsteret bekreftes også når vi ser direkte på hjernestruktur. I en nylig studie fra vår egen forsknings-

gruppe analyserte vi hvordan ulike hjernestrukturer endret seg over tid gjennom voksenlivet (Grodem et al., 2025). Funnene viser at individuelle forskjeller i hjernevolum domineres av stabile forskjeller, altså det nivået man tar med seg inn i voksenlivet, helt frem til høy alder. Forskjeller i hvor raskt hjernen eldes (atrofiraten), begynte først å få betydning for rangordningen mellom folk når de nærmet seg 80 år. Implikasjonen er tydelig: Hvis vi ønsker å forbedre hjerneehelse og redusere forekomsten av kognitiv svikt, ligger det et stort potensial i å løfte utgangspunktet. Mye tyder på at det er vanskeligere å bremse aldringsprosessen enn det er å sørge for at flest mulig starter alderdommen med et best mulig utgangspunkt.

## Tidlige år former hjernen for livet

Når vi diskuterer hvordan vi kan opprettholde god kognitiv funksjon og hjerneehelse i eldre år, er det lett å sette søkelys på de som er, eller snart er, eldre nå. Men forskning tyder altså på at mye av grunnlaget for hvor godt hjernen vår fungerer som 80-åring, ble lagt i utvikling tidlig i livet (Walhovd et al., 2023). En gjennomgang av livsløpsdata viser at mye av forskjellene vi ser mellom eldre mennesker, egentlig er «gammel variasjon», og at faktorer som virker før fødselen og i tidlig barndom, har minst like stor betydning for hjernens struktur i alderdommen som selve aldringsprosessen. For eksempel viser studier at fødselsvekt, som er en indikator på utvikling i fosterlivet, henger sammen med hjernestruktur og kognitiv funksjon gjennom hele livsløpet, helt opp i 80-årsalderen. Ved å sammenligne norske barn ned til 4 år med voksne og eldre ser vi at områdene i hjernebarken der strukturelle trekk er forbundet med generell kognitiv funksjon, overlapper i svært stor grad på tvers av livsløpet, og hjerneendringene over tid er omtrent like for de som skåret høyt, og de som skåret lavere (Walhovd et al., 2016). Dette indikerer at de nevralt forutsetningene for kognitiv kapasitet etableres tidlig i utviklingen og vedvarer som stabile trekk gjennom livet, snarere enn primært å være et resultat av hvor godt hjernen motstår aldring. Genetikk spiller også en avgjørende rolle her; tvillingstudier indikerer at arvelighet forklarer en betydelig del av variasjonen i både hjernestruktur og kognitiv endring, og at genetiske faktorer bidrar til stabilitet over tid (Fjell et al., 2015).

Det er også en utbredt antakelse innen aldringsforskning at hjernen blir mer sårbar for miljøpåvirkning jo eldre vi blir. Men empirien peker ofte motsatt vei: Hjernen ser ut til å være mest plastisk og mottakelig for påvirkning tidlig i utviklingen. For eksempel ser vi at flere risikofaktorer som trekkes frem som viktige livsstilsfaktorer midt og sent i livet, for eksempel rusmiddelpåvirkning, har en betydelig større påvirkning på hjernen når de forekommer i fosterlivet og tidlig barndom (Walhovd et al., 2023). Konsekvensen av dette er at det vi ofte tolker

som «vellykket aldring», at noen har bevart god funksjon og hjernehelse, i stor grad reflekterer et godt utgangspunkt etablert tidlig i livet. Ved å ignorere disse tidlige faktorene risikerer vi å overvurdere betydningen av livsstil og helsevalg i alderdommen. Det betyr ikke at det vi gjør sent i livet, er uviktig, men at effekten av tiltak rettet mot barn og unge, som å sikre god prenatal omsorg, oppvekst og utdanning, sannsynligvis har en større og mer varig effekt på befolkningens hjernehelse enn noe vi kan gjøre i livets senere faser.

## Hva skjer senere?

I avsnittene over har vi argumentert for at stabile forskjeller mellom mennesker etableres tidlig i livet, og at disse forskjellene fortsatt er viktige i høy alder. Det betyr likevel ikke at alle eldes likt. Vi ser tydelige individuelle forskjeller i hvordan for eksempel hukommelse endrer seg med alder (Fjell et al., 2025), noe som blant annet henger sammen med hvor store hjerneendringer den enkelte gjennomgår (Vidal-Pineiro et al., 2025). Mange faktorer bidrar til slike endringer, men kanskje er det viktigste spørsmålet ikke hva som gjør oss like, men hva som gjør oss forskjellige: Hva forklarer at noen eldes raskere enn andre? Noe kan vi ikke gjøre noe med, som genetiske forskjeller. For eksempel har bærere av APOE  $\epsilon_4$ -allelen, den sterkeste kjente risikofaktoren for sporadisk Alzheimers sykdom, i gjennomsnitt noe brattere aldringsforløp i hjernen (Roe et al., 2024). Samtidig ser vi at demensinsidensen i flere land er fallende: Selv om antallet personer med demens øker på grunn av en eldre befolkning, er sannsynligheten for å få demens på en gitt alder lavere nå enn tidligere. En stor metaanalyse fra Europa og USA har anslått rundt 13 % reduksjon i risiko per tiår (Wolters et al., 2020). Det er usannsynlig at genetikkk kan forklare dette, og slike funn brukes ofte som argument for at modifiserbare faktorer, altså livsløpsfaktorer vi i prinsippet kan påvirke, spiller en rolle for kognitiv funksjon i aldring.

Her er det likevel viktig å ha tunga rett i munnen. Vi vet fortsatt ikke om den lavere demensrisikoen skyldes at folk kommer inn i alderdommen med høyere kognitivt nivå, for eksempel på grunn av Flynn-effekten. Flynn-effekten viser til at man ser i gjennomsnitt høyere kognitiv prestasjon over tid for nyere fødselskohorter. Tidsforløpet varierer noe over land, men i Norge så vi økende kognitiv skårer i ung voksen alder for mennesker født på 1900-tallet, helt frem til kohortene født på midten av 70-tallet. Dagens eldre kan dermed ha «mer å gå på» før de krysser en klinisk terskel for demens enn det deres foreldre hadde. Norske data viser at lav skår på intelligenstester ved 18-årsalder (sesjonsdata) omtrent doubler risikoen for tidlig demens (Bratsberg et al., 2024), og dette tyder på at slike mekanismer kan være viktige: Generasjonsforskjeller i kognitiv funksjon tidlig i livet kan bidra til lavere demensrater flere tiår senere. Samtidig

er det nyere data som tyder på at dagens eldre faktisk har mindre kognitiv nedgang over tid enn tidligere kohorter. Nøyaktig hva som driver dette, er vanskelig å fastslå sikkert, men det finnes mange kandidater, som bedre levekår generelt, inkludert for eksempel redusert eksponering for miljøforurensning, mindre røyking og bedre tilgang til forebyggende behandling for hjerte- og karsykdommer.

Når det gjelder hva enkeltpersoner kan gjøre i middelalder og alderdom for å påvirke kognitiv aldring, er bildet mer usikkert. Å identifisere sterke, kausale mekanismer for endring på individnivå er betydelig vanskeligere enn å påvise sammenhenger, men vi vil trekke frem tre faktorer der det er overbevisende evidens for faktisk påvirkning på kognitiv funksjon:

*Målrettet kognitiv trening:* Mange studier viser at målrettet kognitiv trening kan gi forbedringer på de oppgavene man trener på, og noen ganger ser man også målbare endringer i hjernen (Engvig et al., 2010). Evidensen for bred overføring, at treningen gir varige gevinster i helt andre typer oppgaver eller i daglig fungering, er derimot liten. Effekten ser ofte ut til å være spesifikk og moderat. Man blir kun bedre på akkurat det man trener på.

*Tiltak som bedrer psykisk helse og livskvalitet:* Tiltak som reduserer depresjon, øker sosial aktivitet og gir opplevelse av mestring og glede, kan ha positive effekter på både subjektiv kognitiv funksjon og livskvalitet. Selv om det ikke enkelt lar seg dokumentere at de reduserer demensrisikoen i seg selv, er dette sannsynligvis blant de viktigste og mest håndfaste tingene man kan gjøre for å ha det bra med den hjernen man har. Dessuten husker de fleste mindre når man er engstelig, så for eksempel å engste seg for demens kan paradoksalt nok føre til at man husker dårligere.

*«Det som er bra for hjertet, er ofte bra for hjernen»:* Fysisk aktivitet, blodtrykkskontroll, god behandling av diabetes og generelt kardiovaskulær risikoreduksjon er gjennomgående forbundet med bedre kognitiv funksjon og lavere demensrisiko på gruppenivå. Likevel er det sjelden vi kan si med sikkerhet hva slags effekt et enkelt tiltak vil ha for én bestemt person, effekter vil antagelig akkumuleres over tid, og det er usikkert om slike tiltak har umiddelbar effekt på hjernehelse. Evidensen er sterkest på befolkningsnivå, men det er grunn til å tro at for folk i risikogrupper kan disse faktorene ha en viss betydning. Man bør imidlertid se slike tiltak som et samfunns mål, der det er snakk om at man over tid kanskje kan løfte gjennomsnittshelsen i befolkningen med en viss gunstig effekt også på kognitiv funksjon. Dette kan imidlertid ikke tolkes som at den enkelte har sin skjebne i egne hender, eller selv i stor grad kan påvirke egen kognitiv funksjon i aldring.

Oppsummert: Det finnes flere ting som sannsynligvis kan bidra positivt til kognitiv aldring, men vi har fortsatt ikke grunnlag for å love at spesifikke tiltak forhindrer

eller utsetter demens hos enkeltpersoner. De beste rådene handler derfor om det samme som for fysisk helse generelt: Det bør være et mål å skape samfunn der den enkelte kan utvikle seg til den beste versjonen av seg selv, og der det optimaliseres for hjerte- og karhelse, at folk kan holde seg mentalt og sosialt aktive, og leve liv som gir mening og trivsel, samtidig som vi erkjenner at biologisk aldring og genetiske faktorer setter rammer vi ikke kan gjøre noe med. I det følgende vil vi gå gjennom tre utbredte oppfatninger – det finnes mange flere – og gi en kritisk vurdering av hvor solid kunnskapsgrunnlaget for hver av dem faktisk er.

## Tre myter om kognitiv aldring

### Du kan redusere demensrisiko med 45 %

Denne påstanden stammer fra Lancet Commission on dementia prevention, intervention, and care (Livingston et al., 2024), som har anslått at rundt 45 % av demenstilfellene i befolkningen potensielt kan forebygges ved å redusere 14 risikofaktorer. I pressen formuleres dette ofte som om det gjelder deg som enkeltperson. Det høres ut som et konkret løfte – «gjør du alt riktig, halverer du nesten risikoen» – men tallene er verken individuelle, kausale eller spesielt presise.

For det første er 45 %-tallet et populasjonsmål, ikke en individuell effektstørrelse. Det sier – under svært sterke forutsetninger – noe om hvor stor andel av tilfellene i en hel befolkning som kunne vært unngått dersom alle risikofaktorer både var fullt ut årsaker og helt eliminert. I praksis er mange av faktorene tett sammenvevd (for eksempel utdanning, sosial deltagelse og genetisk pleiotropi [at de samme genene påvirker flere ting]), og beregningen forutsetter at det ikke finnes underliggende faktorer som påvirker flere av dem samtidig, noe vi vet ikke stemmer. Kommisjonen understreker selv at estimatene er usikre og sannsynligvis overvurderer effekten, men det er sjelden det som havner i overskriftene. I tillegg forutsetter 45 %-tallet tilstedeværelsen av alle risikofaktorene. I Norge er det for eksempel under 2 % som drikker mer enn 21 alkoholenheter i uken («excessive alcohol consumption»), rundt 7 % som røyker daglig, rundt 6 % som har diabetes, og kanskje rundt 10 % som har hatt traumatisk hjerneskade. For de fleste enkeltpersoner vil den teoretiske «maksgevinsten» derfor være en brøkdel av 45 %, rett og slett fordi de mangler disse risikofaktorene.

For det andre bygger anslagene i stor grad på observasjonsstudier, altså sammenhenger der man, i beste fall, følger folk over tid, men ikke kontrollerer den kausale effekten av hver enkelt faktor. Slike data er viktige, men det er svært vanskelig å skille årsak fra virkning. Nedsatt hørsel, depresjon eller fysisk inaktivitet kan for eksempel være tidlige symptomer på eller konsekvenser av den samme sykdomsprosessen som senere

gir demens, heller enn selvstendige årsaker. Når man så oversetter slike sammenhenger til «prosent redusert risiko» og media presenterer dem som om de gjelder enkeltpersoner, gir det et skinn av kausal presisjon som ikke finnes i datagrunnlaget. Nyere forsøk på å komme nærmere kausalitet illustrerer problemet. Hørselstap er en enkeltfaktor som Lancet-kommisjonen anslår har blant de sterkeste effektene (7,0 %). ACHIEVE-studien, den første store randomiserte studien som undersøkte om høreapparat kan bremse kognitiv nedgang, fant ingen samlet effekt på generell kognitiv funksjon (Lin et al., 2023). I en forhåndsdefinert høyrisikogruppe med økt kardiovaskulær risiko så man en liten fordel for intervensjonsgruppen på generelt kognitivt nivå ( $\beta \approx 0,19$  SD (standardavvik) over 3 år, 95 % KI (konfidensintervall) 0,02–0,36;  $p=0,027$ ), tilsvarende rundt 3 «IQ-poeng» over tre år på en skala med gjennomsnitt 100 og standardavvik 15. Andre kognitive domener, inkludert hukommelse, som typisk er mest sensitivt for tidlig demens, viste ingen effekt. Det positive resultatet kom fra en sensitivitetsanalyse med flere sammenligninger, og gjelder endring i testskåre, ikke forekomst av demens. Samlet sett gir ACHIEVE derfor støtte til at hørselstiltak kanskje kan ha en begrenset gunstig effekt for enkelte risikogrupper, men langt fra en sterk, generell dokumentasjon for at hørselstiltak i seg selv forebygger demens i befolkningen.

Et lignende bilde ser vi i FINGER-studien (Finnish Geriatric Intervention Study to Prevent Cognitive Impairment and Disability). Den første FINGER-studien var en toårig, bredt anlagt livsstilsintervensjon for eldre med forhøyet demensrisiko, som kombinerte kostholds- og fysisk aktivitet, kognitiv trening og oppfølging av vaskulær risiko (Ngandu et al., 2015). Studien trekkes ofte frem som et hovedargument for at livsstilsendringer kan forebygge kognitiv svikt. FINGER viste statistisk signifikante, men svært små forbedringer i kognitiv funksjon etter to år: Forskjellen i endring mellom intervensjons- og kontrollgruppen var på rundt 0,022 standardavvik på et sammensatt kognitivt mål, tilsvarende om lag en tredels «IQ-poeng». Dette er forenlig med at omfattende livsstilstiltak kan ha en gunstig effekt på kognisjon hos utvalgte risikogrupper i befolkningen, men ligger svært langt unna å dokumentere noe i nærheten av 45 % reduksjon i demensrisiko for enkeltpersoner. I tillegg var deltagerne en selektert gruppe eldre med økt vaskulær risiko, slik at resultatene i begrenset grad kan generaliseres til den brede eldre befolkningen.

Et tredje problem er overgangen fra populasjon til individ, og dette problemet består selv om vi ser bort fra alle innvendingene ovenfor. La oss for argumentets skyld anta at alle metodologiske problemer er løst: at vi hadde presise, kausale effektestimater for hver risikofaktor, og at disse virkelig lot seg summere til 45 %. Selv da ville det ikke følge at en konkret person kan redusere sin individuelle risiko med 45 % ved å endre livsstil. Grunnen er at gjennomsnittlige effekter på tvers av en befolkning

skjuler enorm variasjon mellom enkeltpersoner. En persons grunnrisiko for demens er i betydelig grad bestemt av forhold som genetisk sårbarhet og tidlige livsbetingelser, faktorer som ikke nødvendigvis lett lar seg påvirke i voksen alder, og som avgjør hvor mye rom det er for forbedring. For en person med lav grunnrisiko kan gevinsten av livsstilsendringer være neglisjerbar; for en annen med høy grunnrisiko kan den samme endringen bety mer, men bare hvis livsstilsendringen påvirker nettopp de risikofaktorene denne personen har. De statistiske estimatene sier noe om gjennomsnittseffekter under idealiserte forutsetninger, ikke om skjebnen til en konkret 75-åring som snører på seg joggeskoene.

Til slutt er Lancet-kommisjonens rammeverk ikke en reell livsløpsmodell, selv om den ofte omtales som det. Vi vet at mange faktorer har langt større innvirkning på hjernen når de virker tidlig i livet, men dette tas i liten grad hensyn til. Den eneste «tidliglivsfaktoren» er «less education», og i 2024-oppdateringen er det ikke engang tydelig definert hva dette innebærer. Andre forhold vi vet er svært viktige for kognitiv funksjon i aldring – som generasjonsforskjeller i skole, ernæring, helse og kognitiv stimulering, som antagelig bidrar til Flynn-effekten, er ikke inkludert. Flynn-effekten har vært betydelig, rundt 3 IQ-poeng per tiår i store deler av det 20. århundre (Pietschnig & Voracek, 2015), og det er vanskelig å se hvordan man kan diskutere forebygging av demens uten å ta slike strukturelle forbedringer med i bildet. I tillegg gir det lite mening at enkelte faktorer klassifiseres som «senlivsrisiko» (f.eks. luftforurensning og sosial isolasjon), mens andre kun betraktes som «midtlivsrisiko» (f.eks. depresjon og hørselstep), når det ikke finnes gode grunner til at de ikke også skulle være viktige tidligere i livet.

Alt dette betyr ikke at livsstil er irrelevant. Kontroll av blodtrykk, fysisk aktivitet og god psykisk helse har som nevnt veldokumenterte fordeler for hjerte-karsystemet, funksjon og livskvalitet, og sannsynligvis også for kognisjon hos mange. Poenget er at påstanden om «45 % reduksjon i demensrisiko» i beste fall er et grovt, optimistisk anslag på hvor stor del av sykdomsbyrden som kanskje kan påvirkes på befolkningsnivå gjennom langvarige strukturelle og adferdsmessige endringer. I verste fall gir den et urealistisk løfte og et urimelig press på enkeltmennesker, og risikerer å overskygge den betydelige rollen som tidlige livsbetingelser, genetisk sårbarhet og tilfeldigheter vi ikke har kontroll over, spiller i kognitiv aldring. En frisk hjerne er en hjerne som søker forsterkning, noe som oppleves som belønnende. Det varierer i hvilken grad vi opplever antatte risikofaktorer som forsterkende eller forstyrrende, som for eksempel alkoholbruk, grad av fysisk aktivitet eller kosthold. Oppsummert mener vi evidensen ikke tilsier at enkeltpersoner bør gjøre svært store inngrep i eget liv for å minimere demensrisiko dersom dette oppleves som veldig negativt. Å løpe hver dag og kun spise knekkebrød til lunsj er noe å anbefale kun for de som liker det. Det er etter

vårt syn lite sannsynlig at tid investert i noe man opplever som negativt, kan settes på en konto der man får igjen god og morsom tid med renter senere i livet. Derimot er det viktig for god helse å oppleve livet meningsfylt her og nå og å være glad.

## God «hjernevask» krever mye søvn

En av de mest populære teoriene er at søvnens hovedoppgave er å «rense» hjernen for metabolske avfallsstoffer, som Alzheimer-relatert amyloid, via det såkalte glymfatiske systemet. Tanken er enkel og intuitiv: Sover du for lite, hoper avfallsstoffene seg opp, og hjernen brytes ned. Dette har bidratt til en utbredt forestilling om at vi må sove mye for at hjernen skal holde seg frisk. Ser vi systematisk på forskningen hos mennesker, er imidlertid evidensen for en slik direkte årsakskjede overraskende svak. Hvis lang søvn var kritisk for å bevare hjernen, skulle vi forvente at de som sover lite, jevnt over har mer hjerneatrofi og kognitiv svikt i aldring, og de som sover mer, mer bevarte hjerner. Dette er ikke det mønsteret vi ser. Tvert imot finner flere studier som følger deltagerne over tid, ingen sterk sammenheng mellom søvnlengde og endringer i hjernestruktur, som hippocampusatrofi eller fortynning av hjernebarken (Fjell et al., 2023). Når det først dukker opp sammenhenger, er de ofte små, inkonsistente og forsvinner typisk når man kontrollerer for andre faktorer. Tilsvarende ser man heller ikke at mye søvn systematisk beskytter hukommelse eller annen kognitiv funksjon hos ellers friske voksne.

Det kanskje tydeligste tegnet på at «mer er bedre»-hypotesen ikke holder, er funnene om lang søvn. Det finnes lite belegg for at det å sove mer enn rundt syv timer per natt i seg selv beskytter hjernen. Tvert imot har flere store studier funnet at lang søvn er assosiert med dårligere kognitiv funksjon og økt risiko for kognitiv svikt og demens. Det undergraver ideen om søvn som en enkel dose-respons-kur, der flere timer gir renere og friskere hjerne. Et mer sannsynlig mønster er at endringer i søvnmønster ofte er symptomer på underliggende prosesser, som begynnende nevrodegenerasjon, depresjon eller somatiske sykdommer.

Teorien om «hjernevask» støter også på problemer når vi tar et evolusjonært perspektiv. Gjennom dyreriket er det stor variasjon i hvor mye søvn ulike arter og individer trenger, uten noen enkel kobling mellom søvnlengde og kognitiv kapasitet. Mennesker sover faktisk kortere enn mange andre primater, til tross for at vi har større hjerner og mer avanserte kognitive funksjoner. Dersom lang søvn var helt avgjørende for å rense en stor hjerne, skulle vi forventet at mennesker sov mer, ikke mindre, enn sjimpanser og bavianer. At vi har utviklet oss til å være «kort-sovere», tyder på at søvnens funksjon i stor grad handler om effektivitet og fleksibilitet, et system som kan tilpasses miljøet, heller enn en passiv renseprosess som krever stadig flere timer. Faktisk er søvn en svært

plastisk egenskap som varierer mye med kortvarige eller langvarige skifter i omgivelsene, og det ser ikke ut til å eksistere noen deterministisk «ideell søvnlengde» (Fjell & Walhovd, 2024).

Alt dette betyr ikke at søvn er uviktig for hjernen. Akutt søvnmangel kan påvirke oppmerksomhet, humør og kognitiv prestasjon, og langvarige søvnproblemer henger sammen med redusert psykisk helse. Men bildet som ofte formidles, at kort søvn i seg selv er en driver av nevrodegenerasjon hos ellers friske mennesker, har ikke empirisk grunnlag. Det er ingen grunn til å tro at man kan sove seg til en lykkelig alderdom eller en demensfri hjerne.

## Høy utdanning beskytter mot demens

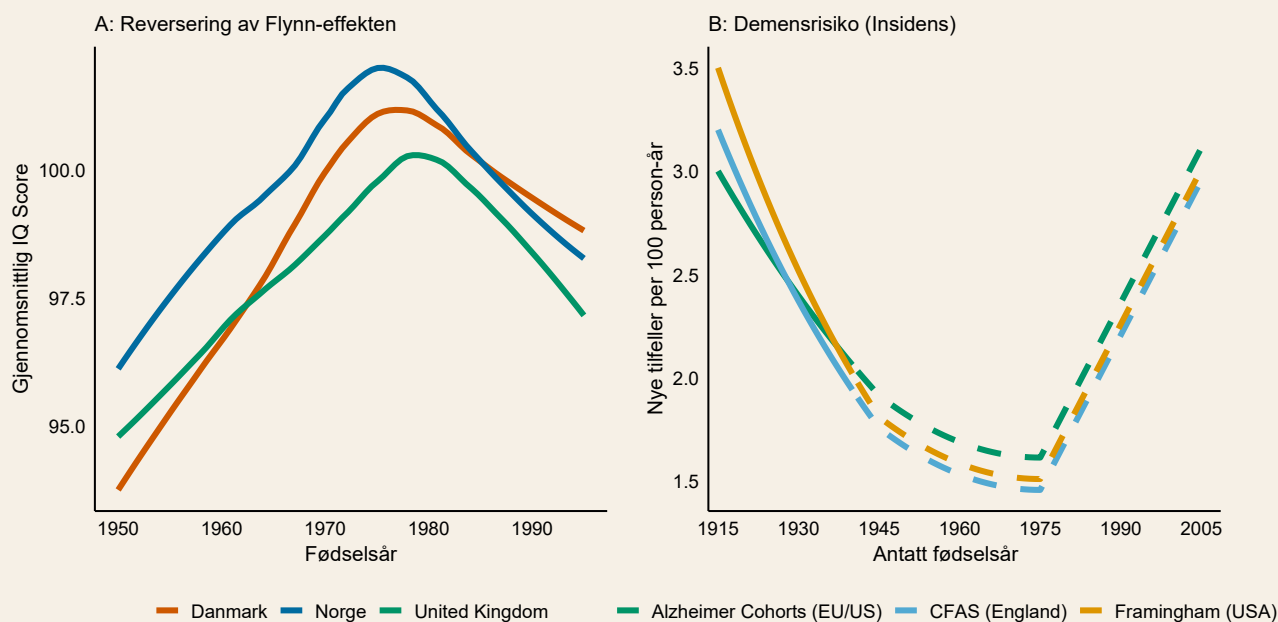
En utbredt oppfatning er at høy utdanning beskytter mot demens ved å bygge opp en såkalt kognitiv reserve. I forskningslitteraturen brukes begrepet kognitiv reserve til å beskrive at noen mennesker kan ha tilsynelatende normal kognitiv fungering selv om hjernen viser betydelig aldring eller sykdom. Tanken har vært at høyere utdanning gjør hjernen mer motstandsdyktig, at år på skolebenken aktivt styrker nettverk og strategier som gjør

at man tåler mer sykdomsforandringer eller vevstap før symptomene viser seg. Går vi empirien etter i sømmene, må dette bildet nyanseres kraftig. Det er godt dokumentert at skolegang gjør at vi presterer bedre på kognitive tester. En stor metaanalyse av naturlige eksperimenter, som reformer innført til ulike tider, viser at hvert ekstra år på skole gir i størrelsesorden 1–5 IQ-poeng økning, og at effekten varer livet ut (Ritchie & Tucker-Drob, 2018). Mer skolegang gjør at man kan gå inn i voksenalv og alderdom med et høyere kognitivt nivå enn man ellers ville gjort. Spørsmålet er om dette også betyr at utdanning bremser aldringen eller reduserer sårbarheten for demens.

Nyere data tyder på at svaret i stor grad er nei. I en stor norsk studie av over 200 000 menn ble sammenhengen mellom utdanning og risiko for tidlig demens undersøkt. Som forventet var lav utdanning forbundet med høyere demensrisiko, men denne sammenhengen forsvant nesten helt når man kontrollerte for kognitiv funksjon ved militær sesjon rundt 18-årsalderen (Bratsberg et al., 2024). Dette tyder på at det er det kognitive funksjonsnivået etablert tidlig i livet, ikke antall år med utdanning i seg selv, som er den sentrale risikofakto-

FIGUR 4

Sammenheng mellom kognitive trender og fremtidig demensrisiko



**Merknad.** Figuren illustrerer hvordan historiske endringer i befolkningens kognitive testresultater (Flynn-effekten) kan henge sammen med trender i forekomst av demens. Panel A viser den betydelige økningen i gjennomsnittlig IQ-skår gjennom store deler av 1900-tallet, etterfulgt av en nedgang i senere kohorter. Dette er en skjematisk fremstilling av kohortrelaterte kognitive trender, basert på rapporterte reverseringer av Flynn-effekten i Norge, Danmark og Storbritannia. Kurvene er forenklete, delvis ekstrapolerte, og ikke direkte gjengivelser av de opprinnelige dataene. Panel B illustrerer den observerte nedgangen i risikoen for å utvikle demens (insidens) for personer født tidlig på 1900-tallet. Historiske data (heltrukken linje) er basert på store internasjonale studier. De stiplede linjene representerer en spekulativ projisering av fremtidig demensrisiko gitt en hypotese om at deler av endringene vi ser, er assosiert med Flynn-effekten.

ren. Utdanning kan bidra til å øke skårene, men når man først har tatt høyde for hvor godt folk faktisk fungerer i ung voksen alder, gir ekstra utdanning liten eller ingen ytterligere beskyttelse mot tidlig demens.

Også når vi ser på forløp over tid, er bildet det samme: Analyser av livsløpsdata viser at utdanning ikke ser ut til å fungere som en «brems» på kognitiv aldring (Fjell et al., 2025). Høyt og lavt utdannede taper seg i gjennomsnitt omtrent like raskt, selv om utgangspunktet er forskjellig. Det finnes heller ikke sterke holdepunkter for at høy akademisk utdanning gir bedre beskyttelse mot aldersrelaterte endringer i hjerne helse enn det å ha fullført videregående. Den store folkehelsegevinsten ser ut til å ligge i at flere gjennomfører grunnskole og videregående, som løfter hele befolkningens kognitive nivå, ikke i at flere tar svært lang utdanning. At personer med høy utdanning statistisk sett får demensdiagnose senere, betyr derfor sannsynligvis først og fremst at de, av grunner som ikke nødvendigvis har med utdanning i seg selv å gjøre, starter høyere og dermed har en lengre vei å falle før de passerer en diagnostisk terskel, ikke at utdanningen har gitt dem en magisk «reserve» de kan bruke for å beskytte seg mot aldersrelaterte endringer i hjernen eller andre sykdomsprosesser.

## Veien videre

Vi ser for tiden en betydelig optimisme knyttet til forebygging av aldersrelatert kognitiv svikt og demens, som reflektert i Lancet-kommisjonens anslag, og data fra Europa og USA tyder på at risikoen for demens er redusert med rundt 13 % per tiår i senere fødselskohorter. Det betyr at selv om antallet personer med demens vil øke fordi det blir flere eldre, er sannsynligheten for å få demens ved en gitt alder lavere nå enn den var for besteforeldregenerasjonen.

Spørsmålet er hvorfor vi ser denne positive utviklingen. Det er klart at senere generasjoner har et høyere kognitivt utgangsnivå, sannsynligvis i stor grad på grunn

av forhold som virket tidlig i livet, som bedre ernæring, helse, skole og oppvekstvilkår. Når det gjelder spørsmålet om nyere kohorter også har en gunstigere aldringstakt, med mer stabile kognitive forløp i eldre år, er forskningen mer sprikende. Flere studier finner at dagens eldre ikke endrer seg mindre kognitivt enn deres foreldre gjorde på samme alder, mens andre resultater tyder på det motsatte. Årsakene vil i så fall være andre enn de som forårsaker det høyere utgangsnivået. Hvis den finnes, vil en slik «stabilitetsgevinst» trolig være drevet av brede samfunnsendringer som akkumuleres gjennom livsløpet, som bedre kontroll av kardiovaskulære risikofaktorer, mindre røyking og redusert eksponering for miljøgifter, men her trengs det mer forskning.

Den positive trenden er imidlertid ingen garanti for fremtiden. Nyere data tyder på at Flynn-effekten har snudd i Norge (Bratsberg & Rogeberg, 2018), altså at unge i dag skårer lavere på kognitive tester enn for 20–30 år siden. I tillegg peker internasjonale undersøkelser som PISA 2022 og studier av læringstap etter COVID-19-pandemien mot betydelige reduksjoner i faglige prestasjoner og kognitiv utvikling hos barn og unge (Jakubowski et al., 2023; OECD, 2023). Dersom lavere skoleprestasjoner og kognitive skårer i oppveksten også vil slå ut på kognitiv funksjon i aldring, kan dagens nedgang i demensrisiko snu (Figur 4). Fremtidige generasjoner kan da møte en dobbel ulempe: lavere utgangsnivå kombinert med mer ustabil kognitiv funksjon i aldring.

Dette er foreløpig spekulasjoner – vi vet ikke om Flynn-effekten faktisk er relatert til redusert demensforekomst, og om en reversering vil ha tilsvarende negative konsekvenser – men vi mener et slikt scenario er sannsynlig nok til at vi må ta det alvorlig. Den observerte nedgangen i demensrisiko er med andre ord ikke en naturkraft, men et resultat av gunstige samfunnsforhold som må vedlikeholdes og videreutvikles for barn og unge i dag og i fremtiden. Hvis vi ønsker å bevare, og helst forsterke, den positive trenden, må vi fortsette å investere i faktorene som bygger kognitiv kapasitet og motstandskraft gjennom hele livsløpet, og spesielt i de tidlige leveårene. ♾

### REFERANSER

- Batsberg, B., Fjell, A. M., Rogeberg, O. J., Skirbekk, V. F. & Walhovd, K. B. (2024). Differences in cognitive function at 18 y of age explain the association between low education and early dementia risk. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U S A*, 121(41), e2412017121. <https://doi.org/10.1073/pnas.2412017121>
- Bratsberg, B. & Rogeberg, O. (2018). Flynn effect and its reversal are both environmentally caused. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U S A*, 115(26), 6674–6678. <https://doi.org/10.1073/pnas.1718793115>
- Deary, I. J., Pattie, A. & Starr, J. M. (2013). The stability of intelligence from age 11 to age 90 years: the Lothian birth cohort of 1921. *Psychological Science*, 24(12), 2361–2368. <https://doi.org/10.1177/0956797613486487>
- Engvig, A., Fjell, A. M., Westlye, L. T., Moberget, T., Sundseth, O., Larsen, V. A. & Walhovd, K. B. (2010). Effects of memory training on cortical thickness in the elderly. *Neuroimage*, 52(4), 1667–1676. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.05.041>
- Fjell, A. M., Grydeland, H., Krogsrud, S. K., Amlien, I., Rohani, D. A., Ferschmann, L., Storsve, A. B., Tamnes, C. K., Sala-Llanch, R., Due-Tønnessen, P., Bjørnerud, A., Solsnes, A. E., Haberg, A. K., Skranes, J., Bartsch, H., Chen, C. H., Thompson, W. K., Panizzon, M. S., Kremen, W. S.,...Walhovd, K. B. (2015). Development and aging of cortical thickness correspond to genetic organization patterns. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U S A*, 112(50), 15462–15467. <https://doi.org/10.1073/pnas.1508831112>
- Fjell, A. M., Rogeberg, O., Sorensen, O., Amlien, I. K., Bartres-Faz, D., Brandmaier, A. M., Cattaneo, G., Duzel, S., Grydeland, H., Henson, R. N., Kuhn, S., Lindenberger, U., Lyngstad, T. H., Mowinckel, A. M., Nyberg, L., Pascual-Leone, A., Sole-Padullés, C., Sneve, M. H., Solana, J.,...Vidal-Pineiro, D. (2025). Reevaluating the role of education on cognitive decline and brain aging in longitudinal cohorts across 33 Western countries. *Nature Medicine*, 31(9), 2967–2976. <https://doi.org/10.1038/s41591-025-03828-y>

- Fjell, A. M., Sorensen, O., Wang, Y., Amlien, I. K., Baare, W. F. C., Bartres-Faz, D., Bertram, L., Boraxbekk, C. J., Brandmaier, A. M., Demuth, I., Drevon, C. A., Ebmeier, K. P., Ghisletta, P., Kievit, R., Kuhn, S., Madsen, K. S., Mowinckel, A. M., Nyberg, L., Sexton, C. E., ...Walhovd, K. B. (2023). No phenotypic or genotypic evidence for a link between sleep duration and brain atrophy. *Nature Humane Behaviour*, 7(11), 2008–2022. <https://doi.org/10.1038/s41562-023-01707-5>
- Fjell, A. M. & Walhovd, K. B. (2024). Individual sleep need is flexible and dynamically related to cognitive function. *Nature Human Behaviour*, 8(3), 422–430. <https://doi.org/10.1038/s41562-024-01827-6>
- Groden, E. O. S., Vidal-Pineiro, D., Sorensen, O., Bartres-Faz, D., Brandmaier, A. M., Cattaneo, G., Garrido, P. F., Henson, R. N., Kuhn, S., Lindenberger, U., MacIntosh, B. J., Nyberg, L., Pascual-Leone, A., Smith, S. M., Sole-Padulles, C., Solana-Sanchez, J., Watne, L. O., Walhovd, K. B., Bjornerud, A. & Fjell, A. M. (2025). Distinguishing Lifelong Individual Differences from Divergent Aging Trajectories of Adult Brain Volumes. *bioRxiv*. <https://doi.org/10.1101/2025.05.26.655710>
- Jakubowski, M., Gajderowicz, T. & Patrinos, H. A. (2023). Global learning loss in student achievement: First estimates using comparable reading scores. *Economic Letters*, 232, 111–113.
- Lin, F. R., Pike, J. R., Albert, M. S., Arnold, M., Burgard, S., Chisolm, T., Couper, D., Deal, J. A., Goman, A. M., Glynn, N. W., Gmelin, T., Gravens-Mueller, L., Hayden, K. M., Huang, A. R., Knopman, D., Mitchell, C. M., Mosley, T., Pankow, J. S., Reed, N. S., ...Group, A. C. R. (2023). Hearing intervention versus health education control to reduce cognitive decline in older adults with hearing loss in the USA (ACHIEVE): a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet*, 402(10 404), 786–797. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(23\)01406-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01406-X)
- Livingston, G., Huntley, J., Liu, K. Y., Costafreda, S. G., Selbaek, G., Alladi, S., Ames, D., Banerjee, S., Burns, A., Brayne, C., Fox, N. C., Ferri, C. P., Gitlin, L. N., Howard, R., Kales, H. C., Kivimaki, M., Larson, E. B., Nakasujja, N., Rockwood, K., ...Mukadam, N. (2024). Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet standing Commission. *Lancet*, 404(10 452), 572–628. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(24\)01296-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(24)01296-0)
- Ngandu, T., Lehtisalo, J., Solomon, A., Levalahti, E., Ahtiluoto, S., Antikainen, R., Backman, L., Hanninen, T., Jula, A., Laatikainen, T., Lindstrom, J., Mangialasche, F., Paajanen, T., Pajala, S., Peltonen, M., Rauramaa, R., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., ...Kivipelto, M. (2015). A 2 year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial. *Lancet*, 385(9984), 2255–2263. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60461-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60461-5)
- Nyberg, L., Lövdén, M., Riklund, K., Lindenberger, U. & Bäckman, L. (2012). Memory aging and brain maintenance. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(5), 292–305. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.04.005>
- OECD. (2023). *PISA 2022 Results (Volume I): The State of Learning and Equity in Education*.
- Pietschnig, J. & Voracek, M. (2015). One Century of Global IQ Gains: A Formal Meta-Analysis of the Flynn Effect (1909–2013). *Perspective of Psychological Science*, 10(3), 282–306. <https://doi.org/10.1177/1745691615577701>
- Ritchie, S. J. & Tucker-Drob, E. M. (2018). How Much Does Education Improve Intelligence? A Meta-Analysis. *Psychological Science*, 29(8), 1358–1369. <https://doi.org/10.1177/0956797618774253>
- Roe, J. M., Vidal-Pineiro, D., Sorensen, O., Grydeland, H., Leonardsen, E. H., Iakunchykova, O., Pan, M., Mowinckel, A., Stromstad, M., Nawijn, L., Milaneschi, Y., Andersson, M., Pudas, S., Brathen, A. C. S., Kransberg, J., Falch, E. S., Overbye, K., Kievit, R. A., Ebmeier, K. P., ...Wang, Y. (2024). Brain change trajectories in healthy adults correlate with Alzheimer's related genetic variation and memory decline across life. *Nature Communications*, 15(1), 10 651. <https://doi.org/10.1038/s41467-024-53548-z>
- Vidal-Pineiro, D., Sorensen, O., Stromstad, M., Amlien, I. K., Baare, W., Bartres-Faz, D., Brandmaier, A. M., Cattaneo, G., Duzel, S., Ghisletta, P., Henson, R. N., Kuhn, S., Lindenberger, U., Mowinckel, A. M., Nyberg, L., Pascual-Leone, A., Roe, J. M., Solana-Sanchez, J., Sole-Padulles, C., ...Fjell, A. M. (2025). Vulnerability to memory decline in aging revealed by a mega-analysis of structural brain change. *Nature Communications*, 16(1), 11 488. <https://doi.org/10.1038/s41467-025-66354-y>
- Walhovd, K. B., Krogsrud, S. K., Amlien, I. K., Bartsch, H., Bjornerud, A., Due-Tonnessen, P., Grydeland, H., Hagler, D. J., Jr., Haberg, A. K., Kremen, W. S., Ferschmann, L., Nyberg, L., Panizzon, M. S., Rohani, D. A., Skranes, J., Storsve, A. B., Solsnes, A. E., Tamnes, C. K., Thompson, W. K., ...Fjell, A. M. (2016). Neurodevelopmental origins of lifespan changes in brain and cognition. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U S A*, 113(33), 9357–9362. <https://doi.org/10.1073/pnas.1524259113>
- Walhovd, K. B., Lovden, M. & Fjell, A. M. (2023). Timing of lifespan influences on brain and cognition. *Trends in Cognitive Sciences*, 27(10), 901–915. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2023.07.001>
- Weintraub, S., Gefen, T., Geula, C. & Mesulam, M. M. (2025). The first 25 years of the Northwestern University SuperAging Program. *Alzheimers Dement*, 21(8), e70 312. <https://doi.org/10.1002/alz.70312>
- Wolters, F. J., Chibnik, L. B., Waziry, R., Anderson, R., Berr, C., Beiser, A., Bis, J. C., Blacker, D., Bos, D., Brayne, C., Dartigues, J. F., Darweesh, S. K. L., Davis-Plourde, K. L., de Wolf, F., Debette, S., Dufouil, C., Fornage, M., Goudsmit, J., Grasset, L., ...Hofman, A. (2020). Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*, 95(5), e519–e531. <https://doi.org/10.1212/WNL.000000000010022>



## Håkan Fischer

Psykologiska institutionen, Stockholms universitet

Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Avdelningen för psykologi, Linköpings universitet

# Emotion och åldrande: emotioners betydelse för uppmärksamhet, minne och ansiktsigenkänning i senare delen av vuxenlivet

## Sammendrag

**Bakgrund och syfte:** Emotionellt åldrande handlar i denna artikel om hur äldre vuxna uppmärksammar, minns och tolkar känslomässig information. Denna narrativa översikt syntetiserar centrala beteende- och neurovetenskapliga fynd inom uppmärksamhet, emotionellt minne och emotionsigenkänning i ansikten.

**Upplägg:** Klassiska studier kombineras med nyare forskning för att belysa både robusta grundfynd och senare fördjupningar kring ekologisk validitet, emotionsreglering och nätverksbaserade neurala analyser. **Resultat:** Äldre vuxna visar ofta en positivitetseffekt, men den är kontextberoende och påverkas av mål, kognitiva resurser, instruktioner och stimulits arousal. Fynden kan förstås genom Socioemotionell Selektivitetsteori, Aging Brain Model, Selektiv optimering med kompensation modellen och ett Konstruktivistiskt perspektiv.

**Implikationer:** Emotionellt åldrande förstås bäst som ett samspel mellan motivation, resurser, erfarenhet, kontext och hjärnans nätverksdynamik. Detta har betydelse för kliniskt arbete med äldre och för framtida forskning om vardagsfunktion, socialt beteende och beslutsfattande.

**KONTAKT** [hakan.fischer@psychology.su.se](mailto:hakan.fischer@psychology.su.se)

**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter

CC BY 4.0

*Nøkkelord:* emotion, åldrande, neurovetenskap

Att åldras innebär inte bara gradvisa förändringar i kognitiva processer som minne och uppmärksamhet, utan också förändringar i hur människor väljer, tolkar och reglerar känslomässig information i vardagen. I senare vuxenliv blir känslor ofta mer tätt sammanlänkade med motivation och sociala mål: vad vi uppmärksammar, minns och vilka relationer vi prioriterar påverkas i hög grad av vad som upplevs som meningsfullt i stunden. I många studier observeras även en så kallad positivitetseffekt, det vill säga att äldre vuxna i högre grad riktar uppmärksamhet mot och minns positiv information (och ibland i mindre grad negativ) jämfört med yngre, särskilt när situationen möjliggör målstyrd reglering. Mot denna bakgrund har översiktslitteraturen argumenterat för att forskningen om emotionellt åldrande behöver breddas bortom frågan om vilka strategier äldre använder, till att även omfatta när och varför reglering initieras samt vilka konkreta taktiker som tillämpas i olika situationer (Isaacowitz & English, 2024; Isaacowitz & Wolfe, 2024).

Lisa Feldman Barretts konstruktivistiska teori betonar att emotioner inte är färdiga ”reaktioner” som enbart utlöses, utan uppstår genom hjärnans prediktioner och kategorisering av kroppsliga signaler (interoception) och situationsledtrådar med hjälp av emotionella begrepp (Barrett, 2017). Därmed kan samma stimulus ges olika emotionell innebörd beroende på mål, kontext och tidigare erfarenheter, vilket bidrar till att förklara varför positivitetseffekter ofta är villkorsbundna och varför instruktioner och sammanhang kan påverka utfallet. Det konstruktivistiska perspektivet stärker argumentet för att emotionellt åldrande bör förstås i termer av dynamiska regleringsprocesser snarare än fasta strategier (Isaacowitz & English, 2024; Isaacowitz & Wolfe, 2024).

Den här artikeln utgör en narrativ översikt av beteende- och hjärnavbildningsstudier om emotionellt åldrande, med fokus på hur emotioner påverkar tre centrala kognitiva domäner: uppmärksamhet, minne och ansiktsgenkänning. Översikten är tematiskt och tolkande upplagd och gör därmed inte anspråk på att vara en systematisk eller metaanalytisk genomgång av hela forskningsfältet. Syftet är i stället att syntetisera centrala och teoretiskt inflytelserika studier – både klassiska arbeten och nyare empiriska bidrag – för att belysa hur fältet utvecklats. Äldre referenser används främst för att etablera robusta grundfynd. Nyare studier lyfts fram när de tillför metodologiska fördjupningar, ökad ekologisk validitet eller nya nätverks- och konnektivitetsperspektiv.

## Emotion och åldrande

Trots många kognitiva och neurologiska förändringar och förluster i det vuxna åldrandet (Kalpouzos & Persson, 2025) har studier visat på mätliga förbättringar inom flera emotionella områden, bland annat i form av mer effektiv känsloreglering samt en ökad benägenhet att

uppmärksamma och minnas positiv snarare än negativ information, en tendens som brukar benämnas positivitetseffekten (Reed & Carstensen, 2012; Reed et al., 2014). En framträdande utveckling inom forskningsfältet utgörs av ett ökat fokus på de förhållanden under vilka effekten uppträder: att den uppvisar relativ robusthet inom vissa paradigmen, men samtidigt är känslig för mål, instruktioner, uppgiftskrav samt individens kognitiva resurser (Mather, 2016; Kryla-Lighthall & Mather, 2017).

För att förstå positivitetseffekten och relaterade åldersskillnader har tre inflytelserika modeller dominerat: socioemotionell selektivitetsteori, Aging Brain Model och selektiv optimering med kompensation.

## Teorier om emotionellt åldrande

### Socioemotionell selektivitetsteori (SST)

SST (Carstensen et al., 1999) utgår från att människor kan överblicka tid och uppfatta sin återstående livstid. När framtiden upplevs som tidsmässigt lång prioriteras ofta utforskande mål (t.ex. kunskapsinhämtning och nya kontakter), medan en begränsad tidshorisont leder till ett systematiskt skifte i motivation: man prioriterar mål som ger emotionell mening, närhet och social kvalitet (Charles & Carstensen, 2010; Carstensen, 2006). En viktig poäng i nyare översikter är att det är upplevd tidshorisont, snarare än kronologisk ålder i sig, som driver målrelaterade skiften (Löckenhoff & Carstensen, 2004; Carstensen, 2021).

När tiden upplevs som kort blir människor mer selektiva: de investerar uppmärksamhet och minne i information som är relevant för emotionella mål. Selektiviteten antas bidra till att äldre, trots ökade hälsoproblem och förluster, ofta rapporterar stabilt eller ökat välbefinnande i longitudinella studier (Carstensen et al., 2011). I praktiken kan selektiviteten ta sig flera former: situationell selektion (att undvika konfliktsituationer), uppmärksamhetsstyrning (att rikta blicken mot positiv information) och tolkning (att ge händelser en mer meningsskapande eller försonande innebörd).

Nyare data från stressande samhällssituationer, inklusive pandemiperioden, visar att äldre ofta prioriterar nära relationer framför ytligare kontakter, vilket ligger i linje med SST:s förutsägelser (Tanskanen et al., 2022). Samtidigt pekar nyare komparativa översikter på att selektivt socialt beteende inte behöver vara unikt mänskligt: social selektivitet kan observeras även hos andra primater, vilket öppnar för en mer evolutionär tolkning där selektivitet förstås som adaptiv respons på funktionella begränsningar (Thompson González et al., 2023).

### Aging Brain Model (ABM)

ABM (Cacioppo et al., 2011) har sitt ursprung i social neurovetenskap och kopplar åldersrelaterade förändringar i hjärnans emotionella system, särskilt amygdala, till ett subjektivt ökat välbefinnande. I en klassisk fMRI-studie

fann Mather et al. (2004) att äldre uppvisade starkare amygdalaaktivering för positiva än för negativa bilder, medan yngre uppvisade mer likartad respons för båda valenserna (positiv och negativ). SST kan tolka aktiveringen som mål- och regleringsstyrd selektion, medan ABM betonar biologiska förändringar i arousalresponsen som gör negativa stimuli mindre aktiverande i högre åldrar.

Ytterligare stöd kommer från patienter med amygdala-lesioner som tenderar att bedöma negativa bilder som mindre aktiverande men fortfarande korrekt kan kategorisera dem som negativa (Berntson et al., 2007). Det antyder att amygdala särskilt bidrar till arousal-komponenten i emotioner. Både SST och ABM kan alltså förutsäga svagare neurala responser på negativ information hos äldre, men med olika mekanistiska betoning: SST på mål och kontrollprocesser, ABM på åldersrelaterade förändringar i amygdala och arousal. Nyare studier som kopplar lägre ångestnivåer och svagare neurala responser på negativ information till stigande ålder stödjer ABM:s antagande om förändrad kodning av negativ affekt (Moriya et al., 2024).

### Selektiv optimering med kompensation (SOC)

SOC-modellen (Marsiske et al., 1995; Charles & Carstensen, 2010), framhåller att människor med ökande ålder blir mer medvetna om resursbegränsningar och därför:

- väljer (selektar) de mål och domäner som är viktigast,
- försöker optimera investeringar i dessa mål, och
- använder kompensatoriska strategier när förluster gör vissa mål svåra att nå.

Applicerat på emotioner innebär SOC att äldre i högre grad undviker känslomässigt kostsamma situationer och fokuserar på sådant som ger positiva känslor och upplevd mening. SOC kan också förstås som ett ramverk för att integrera kognition och emotion: om exekutiva resurser minskar kan man kompensera genom att förenkla miljön (t.ex. välja lugnare sociala sammanhang), eller genom att använda strategier som är mindre resurskrävande. SOC ligger nära modernare diskussioner om att äldre ofta strukturerar sin vardag på ett sätt som minskar behovet av aktiv reglering.

Den aktuella litteraturen visar att emotionellt åldrande måste betraktas som ett samspel mellan motivationella drivkrafter och kontextuella faktorer: äldre individer tenderar att aktivt söka situationer och sociala miljöer som minimerar exponeringen för negativ affekt, och när reglering väl äger rum, handlar det ofta om taktiska anpassningar snarare än fundamentalt skilda strategier (Isaacowitz & English, 2024; Isaacowitz & Wolfe, 2024). Experience sampling-studier, en metod där deltagare får rapportera sina tankar, känslor eller beteenden i realtid eller nära inpå, visar till exempel att äldre i vardagen rapporterar färre explicita regleringsförsök än yngre, men att detta delvis kan förstås som att de i högre grad har

byggt livskontexter som minskar behovet av reglering. När reglering väl sker tenderar motiv och sociala hänsyn att spela en central roll (Springstein & English, 2025).

Efter denna genomgång av de centrala teoretiska perspektiven går jag nu vidare till den mer specifika empiriska forskningen om hur emotion samspekar med uppmärksamhet, minne och bearbetning av emotionella ansiktsuttryck. Syftet är att belysa hur dessa processer har undersökts i praktiken och vad resultaten säger om emotionell informationsbearbetning i vuxenlivet och åldrandet.

## Emotion, uppmärksamhet och åldrande

### Bakgrund och teoretisk ram

Forskning om selektiv uppmärksamhet har i hög grad använts för att förstå hur emotionella stimuli konkurrerar om våra begränsade resurser. Feature integration-teorin (Treisman & Gelade, 1980) beskriver hur enkla visuella egenskaper kan bearbetas relativt automatiskt, medan kombinationer av egenskaper kräver uppmärksamhet. Emotionella ansikten kan ses som kraftfulla konfigurationer som ofta ”stickar ut” i en stimulimatrix, särskilt när de signalerar hot eller social relevans.

Biased competition-modellen (Desimone & Duncan, 1995) framhåller att stimuli tävlar om representation i visuella system. Emotionella stimuli, särskilt hotfulla, tenderar att prioriteras både genom stimulusdriven uppmärksamhet (bottom-up) och målstyrda processer (top-down) (Pessoa, 2008; Vuilleumier, 2005). En viktig modernisering är att man i dag ofta betonar att uppmärksamhetsvärdet inte är en fast egenskap hos själva stimuli, utan delvis formas av kontext, mål och tidigare erfarenheter. Det innebär att samma ansikte kan vara mer eller mindre ”prioriterat” beroende på om uppgiften handlar om att hitta hot, att känna igen en person eller att reglera sin egen affekt.

I konstruktivistiska termer kan man säga att ett stimuli uppmärksamhetsvärde delvis skapas av hjärnans förväntningar: uppmärksamheten prioriterar det som förväntas vara relevant för kroppens reglering och för aktuella mål. Därför kan ett ansikte, en blick eller ett ord uppfattas som mer eller mindre emotionellt laddat beroende på vilket emotionellt begrepp och vilken situation som aktiveras (Barrett, 2017).

### Beteendefynd

Tidiga experiment med dot probe-uppgifter, där uppmärksamhetsbias mäts genom att mäta reaktionstider på en punkt som ersätter ett av två tidigare visade stimuli, visade att äldre vuxna kan undvika negativa stimuli redan på ett tidigt stadium. I Mather & Carstensen (2003) reagerade äldre snabbare på punkter som ersatte neutrala

ansikten än på punkter som ersatte negativa ansikten, vilket tolkades som en initial bias bort från det negativa. Ett viktigt tillägg från senare forskning (t.ex. Isaacowitz et al., 2009) är att denna bias ofta är dynamisk: den kan variera över tid under en enskild presentation, och den kan påverkas av både individens exekutiva resurser och aktuellt humör.

När man kombinerar dot probe-uppgifter med ögonrörelsemätning ser man ofta att äldre lägger mer tid på glada ansikten, medan yngre fördelar blicker mer symmetriskt mellan glada och ledsna (Isaacowitz et al., 2006, 2009). Den positiva blickpreferensen tenderar att uppträda något senare än de allra tidigaste orienteringsreaktionerna (omkring 500 ms efter stimulus-onset) och förstärks över tid, vilket tyder på att positivitetseffekten i uppmärksamhet inte enbart är reflexiv utan delvis styrd av mål och kontrollprocesser.

Frågan huruvida positivitetseffekten kräver kognitiva resurser har undersökts med dual task-paradigm, där deltagaren utför en huvuduppgift samtidigt som de genomför en ytterligare uppgift som ökar kognitiv belastning, till exempel att hålla siffror i minnet. Knight et al. (2007) fann att när uppmärksamheten delades mellan en visuell uppgift och en auditiv sekundäruppgift drogs både yngre och äldre mer mot negativa stimuli; positivitetseffekten hos äldre framträdde främst när full uppmärksamhet var tillgänglig. Allard & Isaacowitz (2008) fann däremot positiv blickpreferens även under delad uppmärksamhet, vilket antyder att effekten kan ha både kontrollerade och mer automatiska komponenter. Ett rimligt sätt att förena resultaten är att anta att äldre kan ha en motivationsrelaterad preferens för positiv information, men att realiserandet av preferensen i beteende beror på hur mycket resurser som krävs i uppgiften.

I linje med SST har flera studier tolkat positiv blickpreferens som en regleringsstrategi. Äldre med negativt humör tenderar att spontant rikta blicken mot positiva bilder (Isaacowitz et al., 2008), och de som både har god exekutiv kontroll och stark positiv blickpreferens är ofta bäst på att hålla humöret uppe över tid (Isaacowitz et al., 2009; Larcom & Isaacowitz, 2009). Ögonspåringsstudier kombinerade med pupillmätningar tyder dessutom på att strategin inte alltid kräver mycket extra kognitiv ansträngning (Allard et al., 2010), vilket är förenligt med tanken att vissa regleringsmönster kan bli mer rutinmässiga och "taktiska" snarare än medvetet strategiska.

Detta rutinmässiga perspektiv får också stöd i nyare, mer vardagsnära data. Experience sampling-studier visar att äldre i sin vardag rapporterar färre explicita emotion-regleringsförsök än yngre, men att de samtidigt kan ha mer prohedoniska motiv när de väl reglerar, det vill säga att de försöker aktivt må bra och bevara social funktion (Bloore & Kuppens, 2022; Springstein & English, 2025). Studiernas fynd ligger väl i linje med idén om positiv blick, det vill säga en tendens att rikta uppmärksamheten mot positiva stimuli, som ett av flera taktiska verktyg i en

bredare regleringsrepertoar (Isaacowitz & English, 2024; Isaacowitz & Wolfe, 2024).

## Neurala mekanismer och tolkningar

För att knyta de beteendemässiga positivitetseffekterna till hjärnans funktion behöver uppmärksamhetsfynden förstås som resultatet av ett samspel mellan saliensbearbetning och regleringsnätverk. Emotionella processer engagerar ett nätverk av limbiska och kortikala områden: amygdala, hypothalamus, thalamus, basala ganglier, cingulum, insula, orbitofrontal kortex och cerebellum. Metaanalyser visar att emotioner ofta representeras som mönster över flera regioner snarare än som enskilda centra (Lindquist et al., 2012; Wager et al., 2015). Denna typ av nätverksaktivering blir metodologiskt viktig i åldrandeforskning eftersom åldersrelaterade förändringar kan framträda i konnektivitet och nätverksdynamik snarare än i isolerad aktivering i enskilda regioner.

Nätverksperspektivet ligger nära Barretts syn på emotion som ett framväxande (emergent) mönster över flera samverkande system, snarare än att en enskild region "är" en specifik känsla. Konnektivitet blir särskilt relevant i åldrande: åldersskillnader kan visa sig som förändrad konnektivitet och ändrad viktning av interoceptiva signaler, vilket kan påverka hur emotion konstrueras och därmed hur stimuli får sin betydelse i uppmärksamhet och reglering (Barrett, 2017; Lindquist et al., 2012).

Studier av åldrande indikerar att äldre vid bearbetning av exempelvis rädsla ansikten ofta uppvisar minskad amygdalaaktivitet men ökad medial prefrontal aktivering (Williams et al., 2006). Den minskade aktiviteten stämmer med det så kallade posterior-anterior shift in aging-mönstret (PASA), där bearbetning i högre grad förskjuts mot frontala system och kan spegla ökad användning av kontrollerande eller självrelaterade processer för negativa stimuli. En central tolkningsfråga är om den ökade frontala aktiviteten framför allt speglar kompensation för minskad sensorisk eller limbisk respons, eller om den speglar mål- och regleringsstyrd omtolkning av stimuli.

St Jacques et al. (2010) visade att amygdala hos äldre uppvisar en starkare funktionell koppling till den ventrala delen av främre cingulate cortex, ett område som bland annat är involverat i emotionell utvärdering och självreglering, medan den hos yngre i högre grad är kopplad till bakre parahippocampus och visuella kortex. Samtidigt tyder studier av Wright et al. (2006) på relativt bevarad amygdala-funktion i åldrandet. Dessa fynd låg till grund för Fronto-Amygdala Differences in Emotion (FADE) hypotesen, som hävdar att amygdala i stort sett kan vara intakt men att äldre i högre grad rekryterar frontala nätverk för att tolka och reglera emotioner (St Jacques et al., 2009).

Ett relevant tillägg i senare forskning är att man allt

oftare skiljer mellan olika typer av kognitiv omtolkning (reappraisal) och deras neurala signatur. Detta är också relevant i relation till uppmärksamhet, eftersom emotioners påverkan på vad vi uppmärksammar ofta samspelar med hur den informationen tolkas och omtolkas. En systematisk översikt av studier med funktionell magnetresonansavbildning (fMRI) visar exempelvis att distancing och reinterpretation engagerar delvis överlappande men också distinkta fronto-parietala och temporala komponenter, och att minskad aktivering i amygdala tenderar att förekomma mer frekvent i samband med vissa former av känsloreglering (Denny et al., 2023). För emotionellt åldrande innebär detta att ålderskillnader i reglering inte bara behöver handla om huruvida man använder omtolkning eller inte, utan om vilken konkret variant som används och i vilken situation den är adaptiv.

## Emotionellt minne och åldrande

### Bakgrund och teoretisk ram

Emotioner påverkar minne på komplexa sätt: de kan förstärka minnet för vissa aspekter, tränga undan andra, och effekterna beror både på valens och arousal (LaBar & Cabeza, 2006; Levine & Edelman, 2009). En återkommande iakttagelse är att emotionella händelser tenderar att förstärka minnet för central information, men samtidigt kan försämra minnet för perifera detaljer (Kensinger, 2009). Hos äldre kan detta samspela med en allmän tendens mot mer gistbaserad bearbetning, där den övergripande emotionella innebörden bevaras relativt väl, medan minnet för specifika detaljer försämras (Koutstaal & Schacter, 1997).

Ur ett konstruktivistiskt perspektiv påverkas emotionellt minne av hur händelsen begreppsliggörs vid inkodning: de emotionella kategorier som används (t.ex. ”oro”, ”irritation”, ”tacksamhet”) formar både vad som upplevs som centralt och vad som senare blir lätt att återkalla. Det gör också att instruktioner (t.ex. ”känn efter” vs. ”bedöm komplexitet”) kan styra minnet genom att aktivera olika emotionella begrepp och olika prediktioner om betydelse (Barrett, 2017).

### Beteendefynd

En omfattande metaanalys (Reed et al., 2014) visar att positivitetseffekten i minne hos äldre uppträder i många olika paradigmer – episodiskt långtidsminne, arbetsminne, autobiografiskt minne och beslutsfattande – och för olika typer av stimuli (ord, bilder och ansikten). Senare studier har också visat att positivitetseffekten kan avspeglas i metakognitiv övervakning: äldre tenderar att förvänta sig bättre minne för positivt material (Sanders et al., 2021). Ett viktigt tillägg i modern forskning är att man allt oftare skiljer mellan faktisk minnesprestation och responsbias –

det vill säga en benägenhet att oftare ange att man minns positiv information, oavsett faktisk återkallelse (Spaniol et al., 2008).

Charles et al. (2003) visade tidigt att den typiska negativitetsbiasen i minne hos yngre (bättre minne för negativa än neutrala bilder) minskar med stigande ålder. I både fri återgivning och igenkänning avtog fördelen för negativa stimuli hos äldre, medan minnet för positiva ofta var relativt bevarat eller förstärkt. Kapucu et al. (2008) visade dessutom att positivitetseffekten ibland hänger samman med svarsbias: yngre fler kommer ihåg-bedömningar för negativa än positiva stimuli, medan äldre tenderar att ge lika många kommer ihåg-bedömningar för positiva som för negativa.

Viktigt är att positivitetseffekten inte alltid förekommer. Instruktioner spelar roll: när äldre passivt får titta på bilder som om de såg på tv, eller bedöma hur bilderna får dem att känna sig, uppträder effekten ofta. När de i stället får mer perceptuella eller icke-emotionella uppgifter (t.ex. komplexitetsbedömning) försvagas eller försvinner den (Charles et al., 2003; Emery & Hess, 2008). Forskningsresultaten stöder socioemotionell selektivitetsteori antagande att mål och motivation måste aktiveras för att positivitetseffekten ska uppstå. I termer av kompensationsmodellen CRUNCH (Compensation-Related Utilization of Neural Circuits Hypothesis) och top down-modulering kan man säga att effekten förutsätter att kognitiva resurser kan allokeras till emotionellt meningsfull selektion, snarare än att helt gå åt till att bara hantera uppgiftens krav (Reuter-Lorenz & Cappell, 2008). Arousal spelar också en central roll. Enligt modellen arousal-biased competition (ABC; Mather & Sutherland, 2011) förstärker arousal representationer av det som är mest målrelevant och nedprioriterar annat. I åldrande har man sett att positivitetseffekten i minne främst uppträder för lågarousala känsloladdade ord, som antas kräva mer kontrollerad bearbetning, medan starkt arousalframkallande ord kan visa andra mönster (Kensinger, 2008). Nyare forskning tyder också på att både ålder och aktuellt humör påverkar hur emotionella minnen kodas och hämtas (Leclercq et al., 2022; Zhang et al., 2024).

Ett tydligt tillskott i nyare forskning är den ökade uppmärksamheten på konsolideringsfasen – det vill säga processen där minnen stabiliseras efter inläring.

Niu et al. (2024) undersökte hur positivitetseffekter i emotionell minneskonsolidering kan förändras från medelålder till sen vuxenålder, och resultaten pekar på att tidsfördröjning och sömn/vakenhet kan interagera med ålder på ett sätt som påverkar balansen mellan positiva och negativa minnen. Studien illustrerar ett bredare metodologiskt skifte: äldre studier fokuserade ofta på omedelbara test, medan nyare studier i högre grad analyserar hur minne förändras över timmar/dagar och vilka biologiska mekanismer (t.ex. sömn) som kan modulera emotionell bias (Gerhardsson et al., 2019).

## Neurala mekanismer och tolkningar

Amygdala-hippocampus-prefrontala kortext-nätverket är centralt för emotionellt minne. Amygdala påverkar både inkodning och konsolidering genom hormonella och noradrenerga signaler (Buchanan & Adolphs, 2002; LaBar & Cabeza, 2006). Metaanalyser baserade på activation likelihood estimation (ALE), en statistisk metod för att identifiera överlappande aktiveringsmönster i studier med funktionell magnetresonansavbildning, visar att framgångsrik inkodning av emotionella stimuli typiskt engagerar bilaterala amygdala, anteriora hippocampus, parahippocampus, ventrala visuella stråk samt laterala prefrontala kortext och ventrala parietala kortext (Murty et al., 2011). För emotionellt åldrande innebär detta att positivitetseffekter i minne kan uppstå både via selektiv inkodning och via senare konsolideringsprocesser, beroende på mål, regleringskrav och biologiska mellanled som sömn.

## Emotionsigenkänning och åldrande

### Bakgrund och teoretisk ram

Att tolka ansiktsuttryck är centralt för social kommunikation. Metaanalyser visar att äldre generellt har svårare att känna igen negativa emotioner som rädsla, ilska och sorg, medan resultaten för glädje är mer blandade (Phillips et al., 2014; Ruffman et al., 2008). En viktig modernisering av fältet är att man tydligare analyserar metodens betydelse: hur stor del av ålderseffekterna som beror på själva igenkänningsförmågan, och hur stor del som beror på uppgiftens utformning, stimuli och responsformat.

### Beteendefynd

Hayes et al. (2020) visar i en omfattande metaanalys att utformningen av uppgiften, såsom typ av stimuli, svarsalternativ och instruktioner, har stor betydelse för både storlek och riktning på ålderseffekter vid ansiktsbaserad igenkänning av emotioner. Till exempel tenderar dynamiska stimuli (video) ofta att ge mer moderata ålderseffekter än statiska fotografier, vilket talar för att äldre kan dra nytta av temporala och kontextuella ledtrådar (Cortes et al., 2021). En praktisk konsekvens är att laboratorieuppgifter med starkt reducerade stimuli kan överskatta svårigheter som i vardagen kompenseras via kontext, röstinformation och social kunskap.

Dessa beteendefynd kan också förstås i ett konstruktivistiskt perspektiv: att känna igen emotion handlar ofta om kategorisering och inferens, där ansiktsdrag kombineras med situationella ledtrådar, såsom vad som händer, relationen och röstläget. Om emotion konstrueras utifrån ledtrådar och prediktioner blir det logiskt att dynamiska och rika stimuli kan minska ålderseffekter, och att skillnader ibland främst syns i explicit etikettering

snarare än i tidig detektion (Barrett, 2017).

Samtidigt har viktiga metodfrågor lyfts: många bildbanker består av unga eller medelålders ansikten, och många studier använder statiska stimuli, vilket kan minska ekologisk validitet. Nyare arbeten med äldre vuxna modeller, dynamiska ansikten och olika kombinationer av ansikte-kropp-röst-kontext har därför blivit allt vanligare (Cortes et al., 2021, Ebner et al., 2013; Krumhuber et al., 2013; Sze et al., 2012). Denna utveckling har berikat litteraturen på flera sätt: den har visat att ålderseffekter ofta blir mindre när social information presenteras mer realistiskt, den har tydliggjort att äldre i högre grad kan använda temporala och multimodala ledtrådar, och den har stärkt tolkningen att en del laboriefynd speglar uppgiftens reduktion snarare än en generell social-perceptuell brist. Forskningsresultaten är särskilt relevanta eftersom äldre ofta har mer erfarenhetsbaserad kunskap om sociala situationer, vilket kan fungera som kompensation när perceptuell precision minskar.

## Neurala mekanismer och tolkningar

Amygdala spelar en central roll även för ansiktskänslor. Lesionsstudier visar att skador i amygdala kan ge selektiva problem med till exempel rädsla men relativt bevarad igenkänning av glädje (Adolphs, 1999; Adolphs et al., 2003). I åldrande har neuroimaging-studier funnit både minskad aktivitet i mediala temporalloben, inklusive amygdala och parahippocampus, och ökad frontal rekrytering i prefrontal kortext och insula, särskilt vid explicita bedömningar (Fischer et al., 2005; Gunning-Dixon et al., 2003; Lidaka et al., 2002;). Forskningsresultaten kan tolkas som att äldre i högre grad förlitar sig på *top-down*, mer medveten och tolkande bearbetning för att bedöma ansiktsuttryck, medan yngre oftare visar en mer direkt, stimulusdriven respons i mediala temporallobstrukturer inklusive amygdala (Fischer et al., 2005).

Studier som inkluderar så kallade egenålder-ansikten, det vill säga ansikten som tillhör personer i samma åldersgrupp som deltagaren, visar att både yngre och äldre kan uppvisa ökad aktivitet i ventromediala prefrontala kortext och insula när de tolkar känslor i ansikten från sin egen åldersgrupp, särskilt när uttrycken är glada eller neutrala (Ebner et al., 2012, 2013). Ett modernt tillägg är att man allt oftare analyserar konnektivitet snarare än enstaka regioner: hur fronto-limbiska nätverk samverkar med perceptuella system när emotioner ska tolkas i realistiska sociala situationer. Tillägget har tillfört forskningen nya insikter genom att visa att ålderskillnader inte enbart handlar om svagare eller starkare aktivitet i en viss region, utan om hur information samordnas mellan nätverk för perception, värdering och reglering. Därmed blir det lättare att förstå varför dynamiska och kontextuella uppgifter ibland reducerar observerade ålderseffekter, något som också ligger i

linje med metaanalytiska resultat om att uppgiftens utformning och stimulustyp starkt påverkar observerade effekter (Hayes et al., 2020).

## Diskussion och implikationer

Den samlade litteraturen visar att emotionellt åldrande varken kan beskrivas som en generell försämring eller som en entydig förbättring. I stället framträder en selektiv omorganisation där motivation, erfarenhet och tillgängliga kognitiva resurser formar hur emotionell information uppmärksammas, lagras och tolkas. Positivitetseffekter är därför bäst förstådda som villkorliga mönster: de uppträder oftast när uppgiften tillåter målstyrd reglering, när kognitiv belastning inte är för hög och när social eller personlig mening kan aktiveras.

De tre domäner i artikeln pekar också mot en gemensam teoretisk syntes. Socioemotionell selektivitetsteori förklarar varför äldre oftare prioriterar emotionellt meningsfull information; Aging Brain Model och relaterade fronto-limbiska fynd belyser hur denna prioritering kan stödjas av ökad prefrontal rekrytering; selektiv optimering med kompensation hjälper till att förstå varför äldre ofta använder kontext, erfarenhet och taktiska genvägar när resurserna är begränsade; och det konstruktivistiska perspektivet visar hur mål, begrepp och situationsledtrådar formar både uppmärksamhet, minne och emotionsigenkänning. Tillsammans ger detta en bild av den åldrande hjärnan och det åldrande sinnet som adaptiva, men starkt kontextberoende.

## Kliniska implikationer

Fynden ger inte några direkta behandlingsrecept, men de har flera rimliga kliniska implikationer. För det första bör psykologer och andra kliniker inte reflexmässigt tolka äldre personers benägenhet att styra uppmärksamheten bort från negativ information som ett tecken på förnekande eller bristande realism; i många fall kan det vara en fungerande regleringstaktik. För det andra talar litteraturen för att interventioner med äldre patienter ofta

vinna på att knyta an till patientens mål, relationer och upplevelse av mening, eftersom sådana faktorer tycks påverka både uppmärksamhet och minnesselektion.

Vid depression, ångest och social sårbarhet kan samma kunskap vara viktig av ett annat skäl: om positivitetseffekten är försvagad eller svår att mobilisera kan äldre bli mer fastlåsta i negativa tolkningar än vad man annars hade väntat sig. Forskningen om ansiktsgenkänning antyder dessutom att svårigheter att tolka negativa ansiktsuttryck kan bidra till missförstånd i vård, anhörig-kontakter och psykoterapi, särskilt när kommunikationen är snabb, kontextfattig eller ensidigt bygger på ansiktsmimik. Kliniskt talar det för värdet av tydlig, multimodal och kontextualiserad kommunikation.

## Metodologiska vägval

Metodologiskt pekar den nyare litteraturen mot några tydliga prioriteringar för fortsatt forskning. Det gäller särskilt analyser av nätverk och konnektivitet snarare än enskilda regioner, design som kombinerar uppmärksamhet, minne och social perception, användning av ekologiskt giltiga stimuli såsom egenålder-ansikten och dynamiska vardagsscener, samt fler studier i naturliga miljöer där emotionsreglering kan följas i vardagen. Inompersondesign med många upprepade mätningar, så kallade single-N-designer, kan dessutom öka precisionen i analyser av hur beteendemässiga och neurala mekanismer samt konkreta regleringsstrategier förändras över tid (Fischer et al., 2024).

## Sammanfattande slutsats

Sammanfattningsvis visar forskningen att emotionellt åldrande bäst förstås som ett samspel mellan motivation, resurser, erfarenhet och kontext. Skillnaden mellan äldre och yngre vuxna kan inte reduceras till en fråga om högre eller lägre grad av emotionalitet; äldre bearbetar ofta emotionell information på andra sätt. Den kanske viktigaste slutsatsen är därför att den åldrande hjärnan och det åldrande sinnet behöver förstås relationellt: i förhållande till uppgift, situation, mål och social värld. 📌

### REFERENSER

- Adolphs, R. (1999). The human amygdala and emotion. *The Neuroscientist*, 5(2), 125–137. <https://doi.org/10.1177/107385849900500216>
- Adolphs, R., Tranel, D., & Damasio, A. R. (2003). Dissociable neural systems for recognizing emotions. *Brain and Cognition*, 52(1), 61–69. [https://doi.org/10.1016/S0278-2626\(03\)00009-5](https://doi.org/10.1016/S0278-2626(03)00009-5)
- Allard, E. S., Wadlinger, H. A., & Isaacowitz, D. M. (2010). Positive gaze preferences in older adults: assessing the role of cognitive effort with pupil dilation. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 17(3), 296–311. <https://doi.org/10.1080/13825580903265681>
- Barrett, L. F. (2017). *How emotions are made: The secret life of the brain*. Houghton Mifflin Harcourt.
- Berntson, G. G., Bechara, A., Damasio, H., Tranel, D., & Cacioppo, J. T. (2007). Amygdala contribution to selective dimensions of emotion. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2(2), 123–129. <https://doi.org/10.1093/scan/nsm008>
- Buchanan, T. W., & Adolphs, R. (2002). The role of the human amygdala in emotional modulation of long-term declarative memory. In S. C. Moore & M. Oaksford (Eds.), *Emotional cognition: From brain to behaviour* (pp. 9–34). John Benjamins Publishing Company. <https://doi.org/10.1075/aicr.44.02buc>
- Cacioppo, J. T., Berntson, G. G., Bechara, A., Tranel, D., & Hawley, L. C. (2011). Could an aging brain contribute to subjective well-being? The value added by a social neuroscience perspective. I Todorov, A.,

- Fiske, S., & Prentice, D. (Eds.), *Social Neuroscience: Toward Understanding the Underpinnings of the Social Mind* (s. 249–262). Oxford University Press.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L. L. (2021). Socioemotional selectivity theory: The role of perceived endings in human motivation. *The Gerontologist*, 61(8), 1188–1196. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab116>
- Carstensen, L. L., Fung, H. H., & Charles, S. T. (2003). Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of the life. *Motivation and Emotion*, 27(2), 103–123. <https://doi.org/10.1023/A:1024569803230>
- Carstensen, L. L., Isaacowitz, D. M., & Charles, S. T. (1999). Taking time seriously: a theory of socioemotional selectivity. *American Psychologist*, 54(3), 165–181. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.54.3.165>
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P., & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Charles, S. T., Mather, M., & Carstensen, L. L. (2003). Aging and emotional memory: the forgettable nature of negative images for older adults. *Journal of Experimental Psychology: General*, 132(2), 310–324. <https://doi.org/10.1037/0096-3445.132.2.310>
- Cortes, D. S., Tornberg, C., Bänziger, T., Elfenbein, H. A., Fischer, H., & Laukka, P. (2021). Effects of aging on emotion recognition from dynamic multimodal expressions and vocalizations. *Scientific Reports*, 11(1), 2647. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-82135-1>
- Denny, B. T., Jungles, N., Goodson, B. M., Dicker, A. P., Chavez, J. M., Jones, A., & Lopez, D. (2023). Unpacking reappraisal: A systematic review of reappraisal tactics and their neural mechanisms. *Social Cognition and Affective Neuroscience*, 18(1), nsado50. <https://doi.org/10.1093/scan/nsado50>
- Desimone, R., & Duncan, J. (1995). Neural mechanisms of selective visual attention. *Annual Review of Neuroscience*, 18(1), 193–222. <https://doi.org/10.1146/annurev.ne.18.030195.001205>
- Ebner, N. C., Johnson, M. K., & Fischer, H. (2012). Neural mechanisms of reading facial emotions in young and older adults. *Frontiers in Psychology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00223>
- Ebner, N. C., Johnson, M. R., Rieckmann, A., Durbin, K. A., Johnson, M. K., & Fischer, H. (2013). Processing own-age vs. other-age faces: Neuro-behavioral correlates and effects of emotion. *NeuroImage*, 78, 363–371. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2013.04.029>
- Emery, L., & Hess, T. M. (2008). Viewing instructions impact emotional memory differently in older and young adults. *Psychology and Aging*, 23(1), 2–12. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.23.1.2>
- Fischer, H., Sandblom, J., Gavazzini, J., Fransson, P., Wright, C. I., & Backman, L. (2005). Age-differential patterns of brain activation during perception of angry faces. *Neuroscience Letters*, 386(2), 99–104. <https://doi.org/10.1016/j.neulet.2005.06.002>
- Fischer, H., Nilsson, M. E., & Ebner, N. C. (2024). Why the Single-N Design Should Be the Default in Affective Neuroscience. *Affective Science*, 5(1), 62–66. <https://doi.org/10.1007/s42761-023-00182-5>
- Gerhardsson, A., Fischer, H., Lekander, M., Kecklund, G., Axelsson, J., Åkerstedt, T., & Schwarz, J. (2019). Positivity Effect and Working Memory Performance Remains Intact in Older Adults After Sleep Deprivation. *Frontiers in Psychology*, 10, 605. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00605>
- Gunning-Dixon, F. M., Gur, R. C., Perkins, A. C., Schroeder, L., Turner, T., Turetsky, B. I., Chan, R. M., Loughhead, J. W., Alsup, D. C., Maldjian, J., & Gur, R. E. (2003). Age-related differences in brain activation during emotional face processing. *Neurobiology of Aging*, 24(2), 285–295. [https://doi.org/10.1016/S0197-4580\(02\)00099-4](https://doi.org/10.1016/S0197-4580(02)00099-4)
- Iidaka, T., Okada, T., Murata, T., Omori, M., Kosaka, H., Sadato, N., & Yonekura, Y. (2002). Age-related differences in the medial temporal lobe responses to emotional faces as revealed by fMRI. *Hippocampus*, 12(3), 352–362. <https://doi.org/10.1002/hipo.1113>
- Isaacowitz, D. M., & English, T. (2024). Beyond strategies: The when and why of emotion regulation in aging. *Current Opinion in Psychology*, 56, 101763. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101763>
- Isaacowitz, D. M., & Wolfe, H. E. (2024). Emotion regulation tactics: A key to understanding age (and other between- and within-person) differences in emotion regulation preference and effectiveness. *Emotion Review*, 16(4), 252–264. <https://doi.org/10.1177/17540739241259567>
- Isaacowitz, D. M., Allard, E. S., Murphy, N. A., & Schlangel, M. (2009). The time course of age-related preferences toward positive and negative stimuli. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(2), 188–192. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbn036>
- Isaacowitz, D. M., Toner, K., & Neupert, S. D. (2009). Use of gaze for real-time mood regulation: effects of age and attentional functioning. *Psychology and Aging*, 24(4), 989–994. <https://doi.org/10.1037/a0017706>
- Isaacowitz, D. M., Toner, K., Goren, D., & Wilson, H. R. (2008). Looking while unhappy: mood-congruent gaze in young adults, positive gaze in older adults. *Psychological Science*, 19(9), 848–853. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2008.02167.x>
- Isaacowitz, D. M., Wadlinger, H. A., Goren, D., & Wilson, H. R. (2006). Selective preference in visual fixation away from negative images in old age? An eye-tracking study. *Psychology and Aging*, 21(1), 40–48. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.40>
- Kalpouzos, G., & Persson, J. (2025). Structure-function relationships in the human aging brain: An account of cross-sectional and longitudinal multimodal neuroimaging studies. *Cortex*, 183, 274–289. <https://doi.org/10.1016/j.cortex.2024.12.004>
- Kensinger, E. A. (2008). Age differences in memory for arousing and nonarousing emotional words. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 63(1), P13–P18. <https://doi.org/10.1093/geronb/63.1.P13>
- Kensinger, E. A., & Schacter, D. L. (2008). Neural processes supporting young and older adults' emotional memories. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 20(7), 1161–1173. <https://doi.org/10.1162/jocn.2008.20080>
- Kensinger, E. A. (2009). Remembering the details: Effects of emotion. *Emotion Review*, 1(2), 99–113. <https://doi.org/10.1177/1754073908100432>
- Koutstaal, W., & Schacter, D. L. (1997). Gist-based false recognition of pictures in older and younger adults. *Journal of Memory and Language*, 37(4), 555–583. <https://doi.org/10.1006/jmla.1997.2529>
- Krumhuber, E. G., Kappas, A., & Manstead, A. S. R. (2013). Effects of dynamic aspects of facial expressions: a review. *Emotion Review*, 5(1), 41–46. <https://doi.org/10.1177/1754073912451349>
- LaBar, K. S., & Cabeza, R. (2006). Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(1), 54–64. <https://doi.org/10.1038/nrn1825>
- Larcom, M. J., & Isaacowitz, D. M. (2009). Rapid emotion regulation after mood induction: age and individual differences. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(6), 733–741. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp077>
- Levine, L. J., & Edelman, R. S. (2009). Emotion and memory narrowing: a review and goal-relevance approach. *Cognition and Emotion*, 23(5), 833–875. <https://doi.org/10.1080/0269930902738863>
- Lindquist, K. A., Wager, T. D., Kober, H., Bliss-Moreau, E., & Barrett, L. F. (2012). The brain basis of emotion: a meta-analytic review. *Behavioral and Brain Sciences*, 35(3), 121–143. <https://doi.org/10.1017/S0140525X11000446>
- Löckenhoff, C. E., & Carstensen, L. L. (2004). Socioemotional selectivity theory, aging, and health: the increasingly delicate balance between regulating emotions and making tough choices. *Journal of Personality*, 72(6), 1395–1424. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00301.x>
- Marsiske, M., Lang, F. R., Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1995). Selective optimization with compensation: Life-span perspectives on successful human development. In R. A. Dixon & L. Bäckman (Eds.), *Compensating for psychological deficits and declines: Managing losses and promoting gains* (pp. 35–79). Lawrence Erlbaum Associates.
- Mather, M., & Sutherland, M. R. (2011). Arousal-biased competition in perception and memory. *Perspectives on Psychological Science*, 6(2), 114–133. <https://doi.org/10.1177/1745691611400234>
- Murty, V. P., Ritchey, M., Adcock, R. A., & LaBar, K. S. (2011). Reprint of: fMRI studies of successful emotional memory encoding: a quantitative meta-analysis. *Neuropsychologia*, 49(4), 695–705. <https://doi.org/10.1016/j.neuropsychologia.2011.02.031>
- Niu, H., Utayde, M. F., Sanders, K. E. G., Denis, D., Kensinger, E. A., & Payne, J. D. (2024). Age-related positivity effect in emotional memory consolidation from middle age to late adulthood. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 18, 1342589. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2024.1342589>
- Pessoa, L. (2008). On the relationship between emotion and cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 9(2), 148–158. <https://doi.org/10.1038/nrn2317>
- Phillips, L. H., Slessor, G., Bailey, P. E., & Henry, J. D. (2014). Older adults' perception of social and emotional cues. In P. Verhaeghen & C. Hertzog (Eds.), *The Oxford handbook of emotion, social cognition, and problem solving in adulthood* (pp. 9–25). Oxford

- University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199899463.013.004>
- Reed, A. E., & Carstensen, L. L. (2012). The theory behind the age-related positivity effect. *Frontiers in Psychology*, 3. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00339>
- Reed, A. E., Chan, L., & Mikels, J. A. (2014). Meta-analysis of the age-related positivity effect: age differences in preferences for positive over negative information. *Psychology and Aging*, 29(1), 1–15. <https://doi.org/10.1037/a0035194>
- Reuter-Lorenz, P. A., & Cappell, K. A. (2008). Neurocognitive aging and the compensation hypothesis. *Current Directions in Psychological Science*, 17(3), 177–182. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2008.00570.x>
- Ruffman, T., Henry, J. D., Livingstone, V., & Phillips, L. H. (2008). A meta-analytic review of emotion recognition and aging: implications for neuropsychological models of aging. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 32(4), 863–881. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2008.01.001>
- Sanders, E. C., Berry, J. M., & Gutches, A. (2021). Evidence for an age-related positivity effect in metacognitive judgments. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(7), 1282–1291. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa177>
- Spaniol, J., Voss, A., & Grady, C. L. (2008). Aging and emotional memory: Cognitive mechanisms underlying the positivity effect. *Psychology and Aging*, 23(4), 859–872. <https://doi.org/10.1037/a0014218>
- Springstein, T., English, T., & Cassidy, B. S. (2025). How often and why do people manage their emotions in older adulthood? *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 80(6), gbafo31. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbafo31>
- St Jacques, P. L., Bessette-Symons, B., & Cabeza, R. (2009). Functional neuroimaging studies of aging and emotion: fronto-amygdalar differences during emotional perception and episodic memory. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 15(6), 819–825. <https://doi.org/10.1017/S1355617709990439>
- Sze, J. A., Goodkind, M. S., Gyurak, A., & Levenson, R. W. (2012). Aging and emotion recognition: not just a losing matter. *Psychology and Aging*, 27(4), 940–950. <https://doi.org/10.1037/a0029367>
- Thompson González, C., Machanda, Z., & Emery Thompson, M. (2023). Age-related social selectivity: An adaptive strategy for social aging? *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 152, 105294. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2023.105294>
- Treisman, A. M., & Gelade, G. (1980). A feature-integration theory of attention. *Cognitive Psychology*, 12(1), 97–136. [https://doi.org/10.1016/0010-0285\(80\)90005-5](https://doi.org/10.1016/0010-0285(80)90005-5)
- Vuilleumier, P. (2005). How brains beware: neural mechanisms of emotional attention. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(12), 585–594. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.10.011>
- Wager, T. D., Kang, J., Johnson, T. D., Nichols, T. E., Satpute, A. B., & Barrett, L. F. (2015). A Bayesian Model of Category-Specific Emotional Brain Responses. *PLOS Computational Biology*, 11(4), e1004066. <https://doi.org/10.1371/journal.pcbi.1004066>
- Williams, L. M., Brown, K. J., Palmer, D. Liddell, B. J., Kemp, A. H., Olivieri, G., Peduto, A., & Gordon, E. (2006). The mellow years?: neural basis of improving emotional stability over age. *Journal of Neuroscience*, 26(24), 6422–6430. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0022-06.2006>

## ORIGINALARTIKKEL

**Martin Bystad**

Fagutviklingsenheten, Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge  
Institutt for psykologi, UiT Norges arktiske universitet

**Ingrid Daae Rasmussen**

Alderspsykiatri poliklinikk, Psykisk helse- og rusklinikken, Universitetssykehuset Nord-Norge

# Den glemske hjernen – bekymring rundt kognitiv svikt

## Sammendrag

Hensikten med denne studien var å undersøke hvilke typer glemsel i dagliglivet som forekommer hyppigst blant eldre, og i hvilken grad slike forglemmelser varierer med alder, kjønn, utdanningsnivå og selvopplevd hukommelse. Et elektronisk Questback spørreskjema ble besvart av 307 eldre personer over 65 år. Deltakerne ble rekruttert ved å sende ut invitasjon til ulike senioruniversiteter. Spørreskjemaet kartla hvor ofte de opplevde 14 ulike former for glemsel i dagliglivet. Resultatene viste at de vanligste glemselstypene var å glemme navn (71.9 % opplever det ukentlig) og å lete etter ord (63.7 % opplever det ukentlig). Glemsel relatert til handlinger, steder og samtaler ble rapportert sjeldnere. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller i samlet glemselsskår mellom kjønn, aldersgrupper eller utdanningsnivå. Resultatene støtter tidligere forskning som antyder at glemsel i eldre år oftest er et uttrykk for normal aldring og ikke nødvendigvis tegn på kognitiv svikt. Kunnskap om hva som er vanlig å glemme i dagliglivet, kan bidra til å redusere unødig frykt for demens.

**KONTAKT** martin.kragnes.bystad@unn.no

**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Evnen til både å huske og å glemme er en grunnleggende del av hjernens funksjon. De siste årene har det vært mye fokus på demens, og mange eldre blir bekymret når de opplever glemsel i dagliglivet (Restak, 2024). Mange forbinder glemsel med aldring og forfall, det gir en slags påminnelse om døden (Østby & Østby, 2016). Glemsel i dagliglivet er imidlertid helt normalt, uavhengig av alder (Small, 2021). Flere forskere har fremhevet at glemsel også kan ha viktige og funksjonelle sider. Fawcett og Hulbert (2020) beskriver hvordan det å glemme kan tjene som en «vokter» for selvbildet, en «bibliotekar» som effektiviserer kognitiv funksjon, og en «oppfinner» som legger til rette for kreativitet. Glemsel kan dermed være avgjørende for hjernens evne til å ta gode beslutninger ved å bidra til at vi trekker ut den mest relevante informasjonen (Small, 2021).

I en studie av McWhirter et al. (2022) ble forekomsten av glemsel i dagliglivet undersøkt hos 124 friske voksne mellom 18 og 59 år (median alder var 23 år). Til tross for at deltakerne var unge og uten tegn til kognitiv svikt, rapporterte de hyppige forglemmelser i dagliglivet. I gjennomsnitt oppga de å oppleve 13 av 18 ulike typer glemsel minst én gang i måneden, og mange rapporterte slike hendelser ukentlig. De mest vanlige var å lete etter ord (56 %) og å oppleve avbrudd i tankerekken under samtaler (51 %). Omtrent 38 % rapporterte at de ukentlig glemte hvorfor de gikk inn i et rom, og 45 % glemte navn like ofte. Til tross for dette vurderte flertallet hukommelsen som god, selv om 39 % mente den hadde blitt dårligere med årene. Studien viser at glemsel er utbredt også blant unge, friske voksne, og at subjektive opplevelser av glemsel ikke nødvendigvis reflekterer faktisk kognitiv funksjon. Dette understreker viktigheten av å undersøke hvilke typer glemsel som forekommer i ulike aldersgrupper, og hvordan slike erfaringer tolkes og forstås.

Mens McWhirter et al. (2022) beskrev hyppige glemselhendelser hos unge voksne, har andre studier undersøkt hvordan glemsel arter seg blant eldre personer. Eksempelvis gjennomførte McAlister et al. (2016) en studie der glemsel i dagliglivet ble undersøkt hos eldre ved hjelp av både dagbokmetoder og retrospektive spørreskjemaer. Studien inkluderte 138 eldre og 138 yngre deltakere som rapporterte hyppigheten av 16 typer glemsel ved å markere hvilke som inntraff daglig i løpet av én uke. Det vanligste var å glemme navn, glemme ord under samtale, miste gjenstander, glemme planlagte handlinger og å glemme hvor man hadde lagt noe. Eldre rapporterte generelt mer glemsel enn yngre i spørreskjemaene, særlig relatert til navn og ord, mens dagbokregistreringene ikke viste like tydelige aldersforskjeller i hyppighet. I en oppfølgingsstudie fem år senere rapporterte de eldre økt glemsel, spesielt når det gjaldt navn og ord. Videre var glemsel rapportert i dagboken positivt korrelert med prestasjon på hukommelsestester, noe som antyder at selvrapportert glemsel kan reflektere

reelle variasjoner i hukommelsesfunksjon (McAlister et al., 2016). Studien viser at glemsel av navn, ord og gjenstander er blant de mest typiske i dagliglivet uavhengig av alder.

Tilsvarende funn er gjort i befolkningsstudien HUNT, der nesten halvparten av voksne rapporterte minst noen hukommelsesproblemer i dagliglivet, og det vanligste var å glemme navn og avtaler (Holmen et al., 2013). Slike forglemmelser ble noe vanligere med økende alder, særlig blant personer over 60 år. Holmen et al. (2013) fant også at menn oftere rapporterte hukommelsesproblemer enn kvinner, selv om årsaken til dette er uklar. Slik selvrapportert glemsel kan forstås i lys av nevrobiologiske endringer som skjer med alderen.

Det er godt kjent at hukommelsen endrer seg med alderen (Hestad & Reinvang, 2008). Eldre opplever oftere at navn, datoer eller andre detaljer glipper (Nyberg et al., 2012). Ved normal aldring skjer det nevrobiologiske og strukturelle endringer i hjernen som bidrar til mild svekkelse av hukommelsesfunksjoner (Yassa et al., 2011). Hjernens totale volum reduseres, hjernebarken blir tynnere, og forbindelsene mellom hjerneområder svekkes. Videre oppstår det volumreduksjon av hippocampus og redusert nevroplastisitet med alder, noe som særlig påvirker episodisk hukommelse (Yassa et al., 2011).

Disse endringene er normale og skiller seg fra den patologiske atrofi som sees ved demens. Hukommelsesendringene som oppstår ved demens, er langt mer uttalte enn ved normal aldring (Mayeux, 2010). Bystad et al. (2017) viste at pasienter med Alzheimers demens i tidlig fase presterte betydelig svakere enn friske eldre på tester av både umiddelbar og utsatt gjenkalling. Dette understreker at selv om aldring medfører visse kognitive endringer, må det holdes helt adskilt fra demens.

Tidligere forskning tyder på at bekymring og angst kan bidra til å forsterke hvordan eldre tolker sine egne glemselssymptomer. For eksempel har en studie vist at en økning i angst- eller depresjonsskår er assosiert med en 6 % økning i rapporterte hukommelsesklager (Mascherek et al., 2020). Det er videre vist at det å lese om og opparbeide seg kunnskap om demens faktisk kan gi økt frykt for demens (Norman et al., 2020). Tidligere er det vist at demens er den sykdommen de eldre frykter aller mest (Bystad et al., 2016).

Samlet peker dette på et behov for mer kunnskap om hva eldre faktisk glemmer i dagliglivet, og i hvilken grad slik glemsel er uttrykk for normal aldring fremfor sykdom. Mange eldre engster seg for at dagligdags glemsel betyr at «noe er galt», selv om forglemmelser er svært vanlige også hos friske personer. Ved å dokumentere hvilke typer glemsel som typisk forekommer i denne aldersgruppen, kan man bidra til å formidle hva som er normalt, og dermed redusere unødig bekymring. På bakgrunn av dette har vi gjennomført en studie for å kartlegge hva eldre mennesker over 65 år glemmer i dagliglivet.

TABELL 1

## Prosentvis fordeling av situasjoner med glemsel

Spørsmål	Ofte (%)	Av og til (%)	Sjelden (%)	Aldri (%)	Vet ikke (%)
Glemmer navn	30.1	41.8	25.2	1.6	1.3
Vansker med å finne riktig ord	20.5	43.2	28.7	6.9	0.7
Glemmer hvor du har lagt mobiltelefonen	17.4	32.1	35.1	15.1	0.3
Glemmer hvorfor du har gått inn i et rom	4.9	27.6	47.7	19.4	0.3
Opplever avbrudd i tankerekken under samtaler	2.6	21.2	48.0	26.1	2.0
Hukommelsen varierer (bedre i avslappede situasjoner)	3.0	13.8	36.1	24.3	23.0
Mister tråden / blir helt borte i tankene under vanlige aktiviteter	1.0	12.2	41.1	41.4	4.3
Glemmer hvor du har lagt nøklene dine	2.3	13.2	38.4	44.4	1.7
Glemmer om du har låst en dør	1.6	11.8	42.3	42.3	2.0
Glemmer aktiviteter eller hendelser som skjedde dagen før	2.3	12.1	36.7	48.5	0.3
Glemmer handlelisten din eller å kjøpe varer	0.3	14.9	50.2	33.7	1.0
Glemmer viktige deler av samtaler, avtaler eller ærend	2.0	9.8	47.9	39.0	1.3
Glemmer viktige datoer eller bursdager	2.3	8.2	40.3	45.9	3.3
Glemmer hvor du har parkert bilen eller sykkel	0.0	0.7	15.5	78.3	5.6

*Merknad.* Oversikt over fordelingen av svaralternativer for de 14 spørsmålene om glemsel.

## Metode

### Deltakere og rekruttering

Studien benytter et tverrsnittsdesign uten kontrollgruppe. Utvalget besto av totalt 307 deltakere i alderen 65 år og eldre. De fleste var mellom 70 og 79 år, med mindre andeler i gruppene 65–69 år og 80 år eller eldre. Flertallet av deltakerne var kvinner (76 %), mens 23 % var menn, og én deltaker identifiserte seg som hen. Generelt var deltakerne høyt utdannet, der 86 % hadde høyere utdanning, 11 % videregående skole og 3 % grunnskole som høyeste fullførte nivå.

Deltakerne ble rekruttert gjennom senioruniversiteter flere steder i Norge. Senioruniversitetene var lokalisert i Bergen, Tromsø, Bodø, Volda, Ålesund, Trondheim, Lillestrøm, Voss, Lier og Jæren. Senioruniversitetene er lokale fora for læring og sosiale aktiviteter blant eldre. Vi henvendte oss til disse med informasjon om studien og invitasjon til å delta. Inklusjonskriteriet var at man var 65 år eller eldre. Det ble ikke stilt krav om spesifikk kognitiv status utover at deltakerne selv oppfattet seg som generelt friske. Deltakelsen var frivillig, og alle som meldte interesse, ble inkludert.

Spørreskjema Data ble samlet inn ved hjelp av et spørreskjema med faste svaralternativer. Spørsmålene var hentet fra måleinstrumentet Functional Memory Disorder (FMD utviklet av Schmidtke og Metternich (2009). Vi brukte tilsvarende spørsmål som McWhirter et al. (2022) anvendte i sin studie. Dette utgjorde totalt 14 spørsmål. FMD-instrumentet kartlegger hyppigheten av ulik glemsel i dagliglivet. Oversettelsen av FMD ble utført

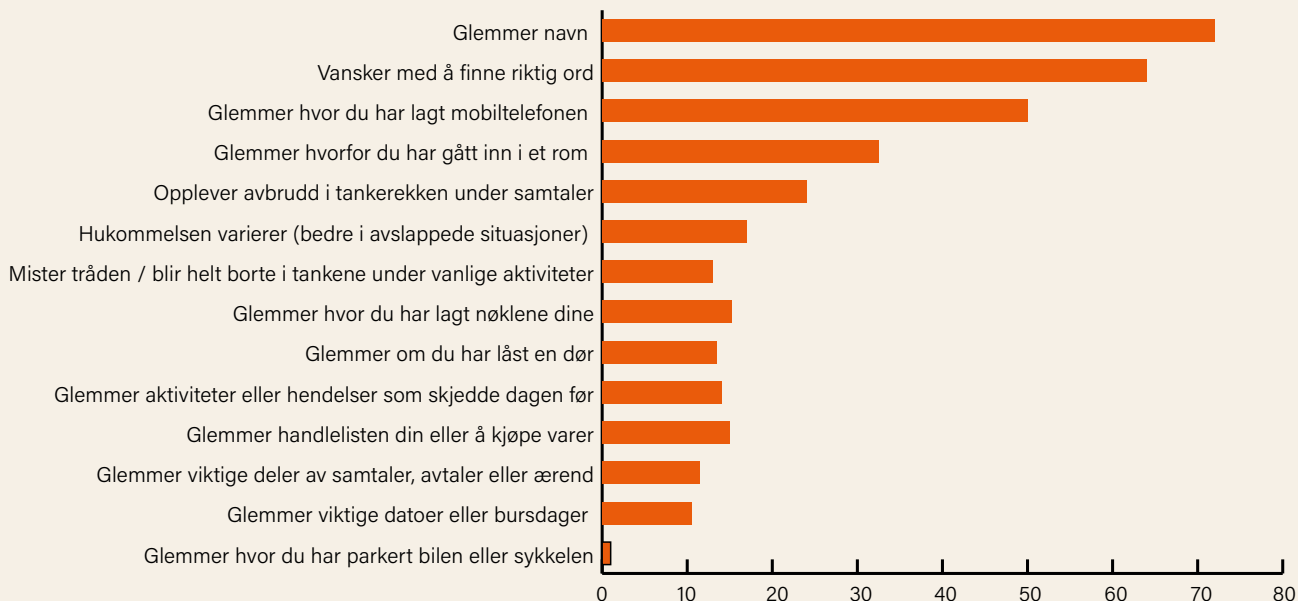
av artikkelforfatterne etter tillatelse fra opphavspersonene til det originale måleinstrumentet. Skjemaet ble oversatt fra engelsk til norsk med mål om å bevare det konseptuelle innholdet. Det ble ikke gjennomført en standardisert tilbakeoversettelse (*back-translation*) eller formell validering av den norske versjonen. Instrumentet ble derfor anvendt som et pragmatisk verktøy for kartlegging. Hver spørsmålsformulering beskrev en konkret situasjon for glemsel, og deltakerne krysset av for hvor hyppig dette skjedde med dem i dagliglivet. Svaralternativene ble gradert etter hyppighet, der «ofte» indikerte at hendelsen forekom flere ganger i uken eller oftere, «av og til» tilsvarte omtrent én gang i uken, og «sjelden» betydde at hendelsen skjedde omtrent én gang i måneden. Alternativet «aldri» ble brukt når deltakeren ikke hadde opplevd den aktuelle glemselen, mens «vet ikke» ble benyttet dersom respondenten var usikker på hvor ofte hendelsen forekom. Denne inndelingen ble brukt konsekvent i alle spørsmål som omhandlet frekvens av glemsel. Spørreskjemaet var utformet slik at alle spørsmål måtte besvares før innsending. Det forekom derfor ikke manglende data i datasettet som ble analysert. Deltakerne ble videre bedt om å vurdere om hukommelsen var blitt verre, bedre eller var lik hukommelsen for fem år siden (ekstra spørsmål 1), og om hukommelsen var meget god, middels god eller mindre god sammenlignet med jevnaldrende (ekstra spørsmål 2).

### Prosedyre og etiske hensyn

Spørreskjemaet ble gjort tilgjengelig elektronisk ved hjelp av Questback. En lenke til spørreskjemaet ble distribuert

FIGUR 1

## Forekomst av glemselsituasjoner i dagliglivet



*Merknad.* Figuren viser den kumulative prosentandelen av deltakere som rapporterte hver glemselsituasjon som «ofte» eller «av og til».

via e-post gjennom senioruniversitetenes medlemslister. Det var kontaktperson ved hvert senioruniversitet som videresendte dem. Forfatterne hadde ikke tilgang til senioruniversitetenes medlemslister. Med denne fremgangsmåten kunne vi imidlertid ikke beregne svarprosenten.

Alle besvarelser var anonyme og ble behandlet konfidensielt. Vi samlet ikke inn IP-adresser, og ingen mailadresser ble registrert. Studien ble vurdert som lavrisiko og ikke meldepliktig til REK. Vi undersøkte også om prosjektet var meldepliktig til SIKT, men konkluderte med at det ikke var nødvendig med søknad eller melding til SIKT, ettersom vi ikke samlet inn sensitive opplysninger, personopplysninger eller helseopplysninger.

## Analyse

Etter datainnsamlingen ble besvarelsene registrert i SPSS, versjon 31. Analysen var primært deskriptiv. Det ble beregnet frekvensfordelinger for hver type glemsel. For å undersøke sammenhengen mellom selvrapportert hukommelse og samlet glemselsskår ble det gjennomført en korrelasjonsanalyse. For analysene av aldersgruppe, kjønn og utdanning ble det gjort en uavhengig *t*-test og ANOVA. Alder ble analysert som kategoriske grupper i tråd med deltakerbeskrivelsen, og utdanningsnivå ble inndelt i tre kategorier (grunnskole, videregående skole og høyere utdanning). Deltakeren som identifiserte seg som «hen», ble inkludert i totalmaterialet, men ikke i kjønnsinndelte analyser.

Analysene hadde et deskriptivt og eksplorativt formål. Det ble derfor benyttet uavhengig *t*-test og enveis

ANOVA for å undersøke forskjeller i glemselsskår mellom kjønn, aldersgrupper og utdanningsnivå. Multiplere regresjon ble vurdert, men ikke brukt, siden studien ikke hadde som mål å predikere glemselsskår og utvalget var skjevt fordelt med en stor andel høyt utdannede. Det ble beregnet en samlet sumskår for glemsel ved å summere deltakernes skårer på de 14 enkeltspørsmålene. Analysene var eksplorative, og resultatene ble rapportert på gruppenivå. Datasettet ble undersøkt for mulige duplikasjoner.

## Resultater

Resultatene indikerte at deltakerne erfarte en moderat reduksjon i hukommelsesfunksjon sammenlignet med fem år tidligere ( $M = 2.38$ ,  $SD = 0.59$ ) (ekstra spørsmål 1). Flertallet av deltakerne (60.1 %) rapporterte «litt endring» i hukommelsen, mens 34.3 % oppga ingen endring, og kun 2.6 % beskrev en tydelig svekkelse. Ved sammenligning med jevnaldrende (ekstra spørsmål 2) vurderte de fleste egen hukommelse som «middels god» (54.6 %), mens 35 % anså den som «meget god». Kun 2 % rapporterte å ha en «mindre god» hukommelse sammenlignet med personer på samme alder. Samlet sett tyder funnene på at deltakerne, til tross for en selvopplevd svak nedgang over tid, fortsatt oppfattet egen hukommelse som relativt god i forhold til sine jevnaldrende ( $M = 1.84$ ,  $SD = 0.83$ ).

Tabell 1 viser prosentvis fordeling av svar for hvert av de 14 spørsmålene om glemsel. Figur 1 viser andelen (kumulativ prosent) deltagere som rapporterte hver av

de 14 glemselssituasjonene som "ofte" eller "av og til". Gjennomsnittsskårene for de ulike typene glemsel varierte mellom 2.02 og 3.89 ( $SD = 0.47-0.96$ ), noe som indikerer at deltakerne generelt opplevde slike episoder «sjelden» til «av og til». Det ble hyppigst rapportert om glemsel av navn ( $M = 2.02$ ,  $SD = 0.86$ ) og vansker med ordleting ( $M = 2.24$ ,  $SD = 0.88$ ), mens færrest rapporterte om glemsel for hvor man har parkert ( $M = 3.89$ ,  $SD = 0.47$ ).

En uavhengig *t*-test viste ingen statistisk signifikant kjønnsforskjell i samlet glemselsskår,  $t(208) = -0.29$ ,  $p = .77$ . Tilsvarende viste enveis ANOVA ingen statistisk signifikante forskjeller mellom aldersgrupper,  $F(5, 299) = 0.71$ ,  $p = .61$ , eller utdanningsnivåer,  $F(2, 303) = 1.28$ ,  $p = .28$ . Dette indikerer at forekomsten av glemsel i hverdagen var relativt stabil på tvers av demografiske variabler.

Det ble derimot påvist en svak, men statistisk signifikant negativ korrelasjon mellom selvrappertert hukommelse og samlet glemselsskår,  $r(306) = -.19$ ,  $p < .001$ . Deltakere som vurderte hukommelsen som dårligere sammenlignet med jevnaldrende, rapporterte hyppigere forekomst av glemsel.

## Diskusjon

Resultatene fra denne studien viste at eldre rapporterte en opplevelse av svekket hukommelsesfunksjon de siste fem årene, med størst vansker med å huske navn og med ordletingsvansker. Resultatene viste ikke forskjeller mellom kjønn eller aldersgrupper.

Resultatet samsvarer i stor grad med tidligere funn, som viser at glemsel er et vanlig fenomen blant eldre, der navn og ord glemmes hyppigst (Holmen et al., 2013; McAlister et al., 2016; Mendes et al., 2008). Som i studien til McWhirter et al. (2022) av yngre voksne rapporterte også de eldre deltakerne i vårt utvalg at glemsel forekommer regelmessig, men oftest i form av mindre hendelser i dagliglivet. Dette styrker antakelsen om at dagligdags glemsel er en normal del av vår hukommelsesfunksjon, snarere enn et tegn på patologisk svikt (Small, 2021). I tillegg viste våre data at selvrappertert glemsel i liten grad var statistisk signifikant påvirket av kjønn, alder eller utdanningsnivå. Dette antyder at slike faktorer ikke nødvendigvis spiller en avgjørende rolle for opplevelsen av glemsel i eldre år.

At navn ble oppgitt som den mest vanlige typen glemsel, er i tråd med tidligere forskning, som viser at navn representerer særlig sårbare hukommelseselementer (McAlister et al., 2016). I vårt utvalg oppga nærmere 70 % av deltakerne at de glemmer navn minst ukentlig. Til sammenligning rapporterte 45 % av de unge deltakerne i studien til McWhirter et al. (2022) at de glemte navn ukentlig. Å glemme navn er vanlig og sannsynligvis mer utbredt hos de eldre.

Navn har få semantiske ledetråder og mangler ofte mening eller logikk (Nyberg et al., 2012). Dermed stilles

det høyere krav til episodisk og fonologisk gjenhenting, prosesser som ofte svekkes ved normal aldring (Hestad & Reinvang, 2008). I tillegg kan redusert prosesseringshastighet og svekket oppmerksomhetskontroll bidra til at koblingen mellom person og navn blir mindre effektiv over tid (Sylvain-Roy et al., 2015). En annen antakelse er at eldre har en mer «rotete» hukommelse, noe som innebærer at hjernen til en eldre person må lete gjennom et større og mer ustrukturert minnelager for å finne frem til riktig navn (Amer et al., 2022).

Videre er det også vanlig å oppleve mer ordleting når man blir eldre, slik våre resultater viser. Kavé (2017) påpekte at vansker med å finne ord hos friske eldre ofte er subtile, men målbare, og at de ikke nødvendigvis indikerer patologisk kognitiv svikt. En antakelse er at det med økende alder blir vanskeligere å hente frem lydformen (fonologien) til ordet, selv om ordets mening forblir intakt (Burke et al., 2004). Dette tyder på at ordet fortsatt er lagret i hukommelsen, men at tilgangen til det fonologiske uttrykket blir tregere eller mer ustabil.

Tidligere studier har vist at 50 % av eldre over 50 år og 30 % av yngre voksne beskriver seg selv som glemske (Mendes et al., 2008). En mulig forskjell mellom yngre og eldre er at økt glemsel hos yngre ofte skyldes stress eller depresjon, men hos eldre er glemselen mer knyttet til den normale aldringsprosessen (Mendes et al., 2008).

Selv om glemsel var vanlig i vår studie, rapporterte deltakerne i gjennomsnitt at slike hendelser forekom «sjelden» til «av og til». Det er mulig at høy utdanning og sosial aktivitet hos deltakerne bidrar til økt kognitiv reserve (Stern, 2012), noe som kan ha påvirket hvor lite glemsel som ble rapportert.

Resultatene i denne studien støtter tidligere funn som viser at glemsel av navn og ord er vanlige fenomener ved normal aldring (Holmen et al., 2013; Mendes et al., 2008). Kunnskap om slike normale hukommelsesendringer kan bidra til å redusere unødig frykt for demens. I henhold til dette viste Farina et al. (2023) at en kortvarig psykoedukativ intervensjon med undervisning og bevisstgjøring rundt normal glemsel reduserte bekymring, angst og depresjon blant eldre som opplevde glemsel i hverdagen.

## Begrensninger og implikasjoner

Studien har noen begrensninger som bør adresseres. Utvalget besto hovedsakelig av høyt utdannede og aktive eldre rekruttert gjennom senioruniversiteter, noe som kan ha gitt et utvalg med bedre kognitiv funksjon enn den eldre befolkningen generelt. En slik seleksjons-bias er derfor sannsynlig og kan begrense generaliserbarheten av resultatene. Manglende tilgang til svarprosenten er også en begrensning. Videre er dataene basert på selvrappert, som kan påvirkes av subjektive oppfatninger, humør og sosiale forventninger. Tverrsnittsdesignet begrenser også mulighe-

ten for å trekke konklusjoner om årsakssammenhenger. En mulig sammenheng mellom selvrapporterte hukommelsesvansker og glemselsskår kunne vært undersøkt nærmere. Begge målene er imidlertid basert på selvrappotering og mangler dermed et objektivt mål på hukommelsesfunksjon. Dette innebærer at de i stor grad kan reflektere overlappende subjektive opplevelser snarere enn distinkte aspekter ved hukommelse. Sammenhenger mellom disse variablene bør derfor tolkes med varsomhet.

Til tross for disse begrensningene gir funnene verdifull innsikt i hvordan eldre selv opplever sin egen hukommelse og glemsel i dagliglivet. Kunnskap om hvilke typer glemsel som er vanligst, kan bidra til å gi et bilde av hva som er normalt, og redusere unødig bekymring for demens. Fremtidige studier bør inkludere mer heterogene utvalg og også undersøke sammenhengen mellom selvrapportert glemsel og objektive hukommelsestester longitudinelt for å se hvordan dagligdags glemsel utvikler seg over tid

## Konklusjon

Denne studien viser at eldre mennesker ofte opplever glemsel i dagliglivet, særlig knyttet til navn og ord. Nær 70 % av deltakerne rapporterte at de glemmer navn minst ukentlig, mens vansker med ordleting var nesten like vanlig. Det ble ikke funnet signifikante forskjeller mellom kjønn, aldersgrupper eller utdanningsnivå. Deltakere som vurderte sin egen hukommelse som svakere enn jevnaldrende, rapporterte hyppigere forekomst av glemsel. Resultatene viser at glemsel er utbredt selv i et høyt utdannet og selektert utvalg av eldre, og støtter dermed tidligere forskning som viser at glemsel i dagliglivet er en del av normal aldring. Ved å spre kunnskap om dette kan man bidra til å gi et inntrykk av hva som er normalt. Økt kunnskap om normalitet kan redusere unødig bekymring for demens og styrke forståelsen av normal kognitiv aldring. Fremtidige studier bør kombinere selvrappotert med objektive tester og omfatte et bredere utvalg eldre. ♣

### REFERANSER

- Amer, T., Wynn, J. S. & Hasher, L. (2022). Cluttered memory representations shape cognition in old age. *Trends in Cognitive Sciences*, 26(3), 255–267. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2021.12.002>
- Burke, D. M., MacKay, D. G., Worthley, J. S. & Wade, E. (2004). Aging and language production. *Psychology and Aging*, 19(4), 654–669. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.4.654>
- Bystad, M., Grønli, O., Lilleeggen, C. & Aslaksen, P. M. (2016). Fear of diseases among people over 50 years of age: A survey. *Scandinavian Psychologist*, 3, e19. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e19>
- Bystad, M., Gundersen, N., Nordvang, L. & Rasmussen, I. D. (2017). Friske eldre og pasienter med Alzheimers demens. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 54(1), 82–87. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2017aso1ae-Friske-eldre-og-pasienter-med-Alzheimers-demens>
- Farina, F. R., Regan, J., Marquez, M., An, H., O'Loughlin, P., Pavithra, P., Taddeo, M., Knight, R. C., Bennett, M., Lenaert, B. & Griffith, J. W. (2023). Reducing fear and avoidance of memory loss improves mood and social engagement in community-based older adults: A randomized trial. *BMC Geriatrics*, 23(1), 786. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04470-4>
- Fawcett, J. M. & Hulbert, J. C. (2020). The many faces of forgetting: Toward a constructive view of forgetting in everyday life. *Journal of Applied Research in Memory and Cognition*, 9(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.jarmac.2019.11.003>
- Hestad, K. & Reinvang, I. (2008). Normal og patologisk kognitiv aldring – kan de skilles? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(9), 1133–1142. <https://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2008aso8ae-Normal-og-patologisk-kognitiv-aldring-kan-de-skilles>
- Holmen, J., Langballe, E. M., Midthjell, K., Holmen, T. L., Fikseanet, A., Saltvedt, I. & Tambs, K. (2013). Gender differences in subjective memory impairment in a general population: The HUNT study, Norway. *BMC Psychology*, 1(1), 19. <https://doi.org/10.1186/2050-7283-1-19>
- Kavé, G. & Goral, M. (2017). Do age-related word retrieval difficulties appear (or disappear) in connected speech? *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 24(5), 508–527. <https://doi.org/10.1080/13825585.2016.1226249>
- Mascherek, A., Zimprich, D. & Martin, M. (2020). Emotion and cognition in aging: Evidence from a large community-based sample. *Frontiers in Psychology*, 11, 484. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00484>
- Mayeux, R. (2010). Clinical practice. Early Alzheimer's disease. *The New England Journal of Medicine*, 362(23), 2194–2201. <https://doi.org/10.1056/NEJMcpo910236>
- McAlister, C., Schmitter-Edgecombe, M. & Lamb, R. (2016). Everyday memory lapses across adulthood: associations with longitudinal change, prospective memory, and cognitive ability. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 22(8), 853–863. <https://doi.org/10.1017/S155617716000798>
- McWhirter, L., King, L., McClure, E., Ritchie, C., Stone, J. & Carson, A. (2022). The frequency and framing of cognitive lapses in healthy adults. *CNS Spectrums*, 27(3), 278–286. <https://doi.org/10.1017/S1092852920002096>
- Mendes, T., Ginó, S., Ribeiro, F., Guerreiro, M., de Sousa, G., Ritchie, K. & Mendonça, A. (2008). Memory complaints in healthy young and elderly adults: Reliability of memory reporting. *Aging & Mental Health*, 12(2), 177–182. <https://doi.org/10.1080/13607860701797281>
- Norman, A. L., Woodard, J. L., Calamari, J. E., Gross, E. Z., Pontarelli, N., Socha, J., DeJong, B. & Armstrong, K. (2020). The fear of Alzheimer's disease: mediating effects of anxiety on subjective memory complaints. *Aging & Mental Health*, 24(2), 308–314. <https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1534081>
- Nyberg, L., Lövdén, M., Riklund, K., Lindenberger, U. & Bäckman, L. (2012). Memory aging and brain maintenance. *Trends in Cognitive Sciences*, 16(5), 292–305. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2012.04.005>
- Restak, R. (2024). *The complete guide to memory: The science of strengthening your mind* (Penguin Life ed.). Penguin Books.
- Schmidtke, K. & Metternich, B. (2009). Validation of two inventories for the diagnosis and monitoring of functional memory disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 67(3), 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2009.04.005>
- Small, S. A. (2021). *Forgetting: The benefits of not remembering*. Crown.
- Stern, Y. (2012). Cognitive reserve in ageing and Alzheimer's disease. *The Lancet Neurology*, 11(11), 1006–1012. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(12\)70191-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(12)70191-6)
- Sylvain-Roy, S., Lungu, O. & Belleville, S. (2015). Normal aging of the attentional control functions that underlie working memory. *The Journals of Gerontology: Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70(5), 698–708. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt166>
- Yassa, M. A., Mattfeld, A. T., Stark, S. M. & Stark, C. E. L. (2011). Age-related memory deficits linked to circuit-specific disruptions in the hippocampus. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 108(21), 8873–8878. <https://doi.org/10.1073/pnas.1101567108>
- Østby, H. & Østby, Y. (2016). *Å dykke etter sjøhester: En bok om hukommelse*. Cappelen Damm.

## OVERSIKT

**Ståle Pallesen**

Institutt for samfunnspsykologi,  
Universitetet i Bergen

Nasjonalt senter for søvnmedisin,  
Haukeland universitetssjukehus

**Bjørn Bjorvatn**

Nasjonalt senter for søvnmedisin,  
Haukeland universitetssjukehus

Institutt for global helse og samfunnsmedisin,  
Universitetet i Bergen

**Elisabeth Flo-Groeneboom**

Institutt for klinisk og biologisk psykologi,  
Universitetet i Bergen

**Inger Hilde Nordhus**

Institutt for klinisk og biologisk psykologi,  
Universitetet i Bergen

# Søvn og søvnlidelser hos eldre

## Sammendrag

Søvn defineres objektivt basert på målinger av hjerneaktivitet, øyebevegelser og muskelspenning, og deles inn i fire stadier: N1, N2, N3 og REM-søvn (rapid eye movement-søvn). Med økende alder svekkes søvnkvaliteten. Ved demens er betydelige søvnforstyrrelser vanlige. Tendensen til å sove og opprettholde våkenhet bestemmes av døgnrytmen, akkumulert søvntrykk og atferd. En stor mengde empirisk evidens viser søvnens betydning for helse og funksjon, og i dag er det godt dokumentert at søvn spiller en viktig rolle for mental, kardiovaskulær, hjerne- og metabolsk helse, samt for immunologisk og kognitiv funksjon. De fleste søvnforstyrrelser kan diagnostiseres ut fra subjektive målinger. Denne artikkelen fokuserer på søvnløshet, obstruktiv søvnapné, irregulær søvn-våkenrytmelidelse, REM-søvn atferdsforstyrrelse og «restless legs», da disse lidelsene har en høy forekomst blant eldre. Psykologer bør ha kunnskapen og ferdighetene som trengs for å kartlegge, behandle og forstå nødvendige henvisninger angående søvnforstyrrelser som ofte forekommer blant eldre.

**KONTAKT** [staale.pallesen@uib.no](mailto:staale.pallesen@uib.no)

**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut ICMJE-skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

CC BY 4.0

*Nøkkelord:* søvn, aldring, lidelser, kartlegging

Gjennom normal aldring ses reduksjon i total søvntid og søvneffektivitet, økning i innsøvningstid, lett søvn (N<sub>1</sub>), antall og lengde på oppvåkninger (*arousals*), pustestopp og beinbevegelser under søvn, og en ikke signifikant reduksjon i dyp søvn (N<sub>3</sub>) (Boulos et al., 2019). Døgnrytmen blir noe mer avflatet (innebærer mindre forskjell mellom dag og natt, noe som kan lede til svekket søvn og svekket dagtidfunksjon). Med stigende alder er det en tendens til at døgnrytmen fremskyndes (blir mer A-menneske). Dette skyldes trolig aldersrelaterte endringer både i det homeostatiske søvntrykket og døgnrytmereguleringen, samt endret eksponering for tidlige (ytre stimuli, som dagslys, som regulerer døgnrytmen) (Buekenhout et al., 2025).

Andelen som sover på dagtid øker med alderen. Faktorer som typisk svekker søvnen med stigende alder inkluderer komorbiditet (som hjerte- og karlidelser og kreft), smerte, nokturni, medikamentbruk, sosial isolasjon, taps- og sorgprosesser, samt fysisk inaktivitet (Miner & Lucey, 2022).

Ved Alzheimer ses ofte insomnisymptomer, økt dagtidssøvn, døgnrytmeforstyrrelse og «sundowning» som reflekterer en økning i nevropsykiatriske symptomer som agitasjon og forvirring på kveldstid/natt (Canevelli et al., 2016), samt økning av søvnrelaterte respirasjonsforstyrrelser, blant annet som følge av degenerering av kolinerge nerveceller, nucleus suprachiasmaticus (den sentrale døgnrytmeklokken) og områder i hjernestammen involvert i respirasjonsregulering. Personer med demens

med Levy-legemer har ofte mer forstyrret nattesøvn og mer dagtidssøvn enn pasienter med Alzheimer. Demens med Levy-legemer er ofte ledsaget av motoriske bevegelsesforstyrrelser under søvn, og REM-søvn atferdsforstyrrelse er ikke uvanlig. Ved vaskulær demens ses ofte forstyrrelser i søvn-våkenhetsrytmen og redusert søvneffektivitet (Porter et al., 2015).

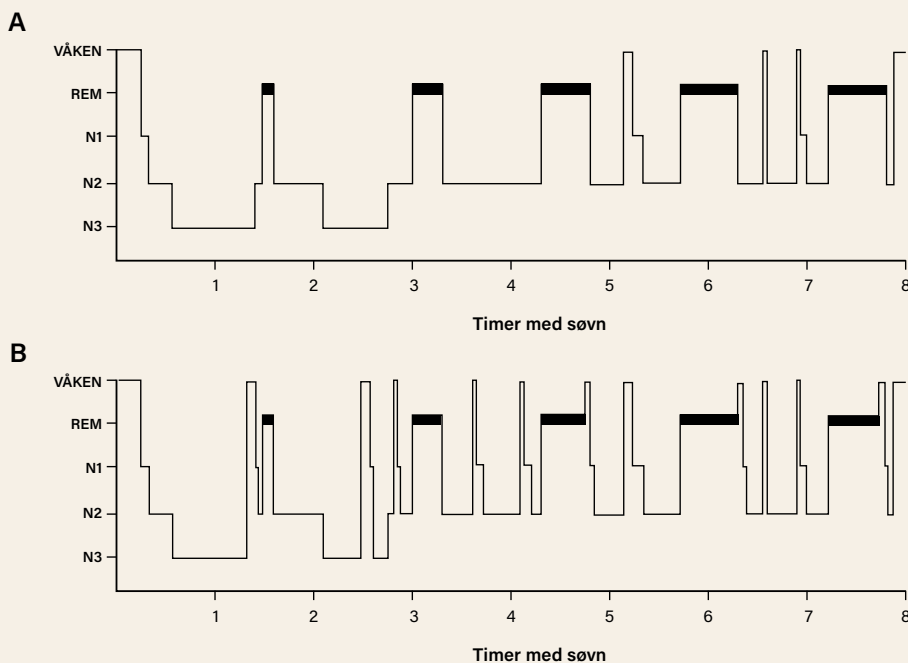
Problemstillingene vi søker å besvare i denne artikkelen er: Hvordan reguleres søvnen? Hvilke funksjoner har søvn? Hvordan måles søvn? Hva er de mest utbredte søvnsykdommene hos eldre, og hvordan behandles de? Artikkelen er basert på et usystematisk søk i Web of Science basert på søkeordene «elderly», «sleep» og «meta-analysis».

## Søvnregulering

Søvn defineres ut fra målinger av elektrisk hjerneaktivitet, øyebevegelser og muskelspenning. Basert på disse tre målingene, registrert ved polysomnografi (PSG), deles søvnen inn i fire stadier, N<sub>1</sub>, N<sub>2</sub> og N<sub>3</sub> og REM-søvn (rapid-eye movement-søvn). N<sub>1</sub> er et overgangsstadium fra våken til søvn, N<sub>2</sub> er lett søvn, og N<sub>3</sub> er dyp søvn. Dyp søvn dominerer de første timene etter innsøvning, mens REM-søvn, kjennetegnet av drømmer og muskelatoni, dominerer i siste del av hovedsøvnperioden (Sullivan et al., 2022). Figur 1 viser en skjematisk oversikt over søvnstadiene.

**FIGUR 1**

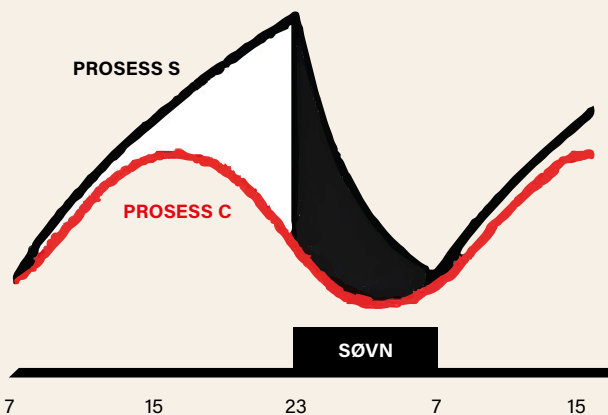
Skjematisk fordeling av søvnstadier gjennom en vanlig natt



**Merknad.** Søvnstadiene vises på y-aksen, mens timer med søvn vises på x-aksen. De svarte feltene indikerer REM-søvn. Øverste panel (A) viser typisk hypnogram for en ung voksen person. Nederste panel (B) viser typisk hypnogram for en eldre person.

FIGUR 2

To-prosessmodellen for søvn- og våkenhetsregulering



**Merknad.** Prosess S (svart) reflekter det homeostatiske søvntrykket. Dette akkumuleres ved våkenhet, og figuren viser hvordan denne prosessen bidrar til søvntilbøyeligheten. Prosess C (rød) viser døgnytmens bidrag til våkenhet. Desto større diskrepans mellom kurvene desto høyere blir søvntilbøyeligheten.

Basert på en litteraturgjennomgang ble det konkludert med at personer i alderen 18–64 år trenger 7–9 timer søvn per døgn for å være uthvilt, mens 7–8 timer er normen for dem som er 65 år og eldre (Hirshkowitz et al., 2015). Det må likevel tas høyde for at det er individuelle forskjeller som går utover disse anbefalingene. Søvntilbøyeligheten styres av tre prosesser: 1) S (homeostatisk prosess), 2) C (cirkadian prosess) og 3) atferd. Prosess S reflekterer oppbygd søvnbehov som akkumuleres fra vi våkner til vi sovner og samsvarer ofte med mengden dyp søvn (N<sub>3</sub>) som finner sted etter våkeperioden. Prosess C utgjøres av døgnytmens, som har en periode med varighet på ca. 24 timer. På dagtid vil døgnytmens normalt fremme våkenhet, mens den om natten fremmer søvn. Døgnytmens har stor betydning for søvnlengden. Soving på dagtid vil redusere det oppbygde søvnbehovet (prosess S) og svekke kvaliteten på nattesøvnen (Borbély & Tobler, 2024). Figur 2 viser hvordan prosess S og prosess C bidrar til søvn og våkenhet. Atferd i form av krevende mentale, emosjonelle og kognitive aktiviteter vil typisk hemme søvn, mens skjerming for stimuli og ro normalt fremmer søvn (Bjorvatn & Pallesen, 2009).

## Søvnens funksjoner

Søvn er en evolusjonært utviklet atferd som har flere viktige funksjoner. Ved å sove i den mørke delen av døgnet sparer vi energi og bedrer tilpasningen til miljøet (Siegel, 2022). En metaanalyse basert på studier av friske eldre der objektive søvnmålinger inngikk, viste overordnet at søvnkvalitet var positivt assosiert med prestasjon på kognitive tester (Qin et al., 2023). Kort søvnlengde og

søvnirregularitet er relatert til arteriosklerotisk sykdom, trolig grunnet mekanismer som redusert parasympatisk og økt sympatisk aktivering, kronisk inflammasjon og endotelisk dysfunksjon (Jaspan et al., 2024). Søvnmangel hemmer insulinsensitiviteten og glukosetoleranse og kan trolig øke risikoen for utvikling av diabetes type 2 (Morselli et al., 2012). En metaanalyse viste at kort søvnlengde hos eldre var assosiert med fedme (Jiang et al., 2024). Hjernens glymfatiske system er spesielt aktivt under søvn og bidrar til å transportere vekk avfallsstoffer (som beta-amyloid) via utveksling mellom hjernens interstitielle væske og cerebrospinalvæsken, og antas å kunne forebygge ulike neurodegenerative tilstander, som eksempelvis demens (Reddy & van der Werf, 2020). Nyere studier viser at påvirkningen fra søvn på smerte er trolig sterkere enn i motsatt retning. Svekket søvn påvirker endogen smertemodulering negativt (f.eks. ved redusert hemning av smertesignaler), øker kronisk inflammasjon, fremmer negative affektive tilstander som påvirker fortolkning av smertestimuli, og påvirker signalstoffer som dopamin, orexin og melatonin som modulerer smertepersepsjon (Herrero Babiloni et al., 2020). I tråd med dette er det vist at forbedret søvn hos eldre med søvnplager og artroserelaterte smerter er forbundet med fremtidig reduksjon i smerter (Vitiello et al., 2014). Søvn fremmer kommunikasjon mellom ulike celler i immunsystemet og fremmer dermed immunhukommelsen, som effekten av vaksiner. Søvnmangel øker infeksjonstilbøyeligheten. Langvarig søvnunderskudd antas å lede til lavgradig inflammasjon, for eksempel i form av økning i leukocytter og proinflammatoriske cytokiner som trolig bidrar til utvikling av kardiovaskulære, metabolske, og neurodegenerative tilstander, samt visse former for smertetilstander og kreft (Besedovsky et al., 2019).

## Måling av søvn

I de fleste kliniske settinger er subjektive målinger tilstrekkelig. Her er det vanlig med søvnintervju som omfatter informasjon om symptomenes art og utvikling, dagtidfunksjon, søvnvaner, sovemiljø, funksjonell analyse, symptomer på ulike søvnlidelser, somatisk og psykisk helse, medikamentbruk, tidligere behandling, mottiltak/kompensering fra pasienten sin side, arbeid/arbeidstid og eventuelt relevante komparentopplysninger fra partner (Bae & Golish, 2006). Subjektive målinger gjøres også i stor grad ved hjelp av ulike spørreskjema. Mange av disse kan lastes ned fra Nasjonalt senter for søvnmedisin ([www.sovno.no](http://www.sovno.no)). Ofte vil pasienter i liten grad huske detaljer og i liten grad kunne redegjøre for dag-til-dag fluktuasjoner vedrørende søvnen. Da vil det å føre søvndagbok være til stor nytte. Parametrene som utledes fra slike registreringer er blant annet total søvntid og søvneffektivitet (andel tid i sengen en faktisk sover) (Carney et al., 2012). PSG regnes som gullstandarden for objektiv søvnmåling

der det i kliniske settinger også inkorporeres mål på snorking, respirasjon, oksygenmetning og aktivitet i den fremre skinnebeinsmuskelen. Klinisk PSG er påkrevd for diagnostisering av søvnlidelser som obstruktiv søvnapné, narkolepsi, idiopatisk hypersomni, REM-søvn atferdsforstyrrelse og periodiske beinbevegelser under søvn (Kushida et al., 2005). Ved mistanke om hypersomni administreres også multippel søvnlatenstest på dagtid der gjennomsnittlig innsovingstid  $\leq 8$  minutter regnes som patologisk (American Academy of Sleep Medicine, 2023). Et enkelt objektivt mål er aktigrafi – en metode for måling av søvn og våkenhet basert på en enhet med klokke og et akselerometer – og i noen tilfeller lysmålinger der algoritmer beregner ulike søvnparametre (Ancoli-Israel et al., 2003). Sammenholdt med PSG viser aktigrafi høy sensitivitet, men lav spesifisitet. Ulike kommersielle produkter (smartklokker, ouraringer og søvnradere) er i økende grad blitt tilgjengelige. Disse har varierende sensitivitet og spesifisitet, og klinikere bør være tilbakeholdne med å basere diagnostiske vurderinger på dem (Pallesen et al., 2025). I tillegg er mange av algoritmene i liten grad prøvd ut på eldre. I noen tilfeller vil eldre pasienter (for eksempel som følge av fremskreden demens) ikke kunne samarbeide når det gjelder tradisjonell søvnutredning. I slike tilfeller kan det være aktuelt med systematisk atferdsobservasjon for å kartlegge søvnen (Cohen-Mansfield et al., 1990).

## Søvnlidelser

Innenfor søvnfeltet brukes diagnosesystemet International Classification of Sleep Disorders (ICSD) der søvnlidelser deles inn i seks hovedklasser: 1) insomnilidelse 2) søvnrelaterte respirasjonslidelser 3) hypersomnier 4) døgnrytmelidelser 5) parasomnier og 6) søvnrelaterte bevegelseslidelser (American Academy of Sleep Medicine, 2023). Differensialdiagnostiske vurderinger er avgjørende for å kunne gi korrekt behandling eller videre henvisning. Søvnproblemer som obstruktiv søvnapné og insomni er svært utbredt blant eldre (Canever et al., 2024), og i det følgende gjennomgås disse, samt andre søvnlidelser som er særlig frekvente blant eldre.

## Insomnilidelse

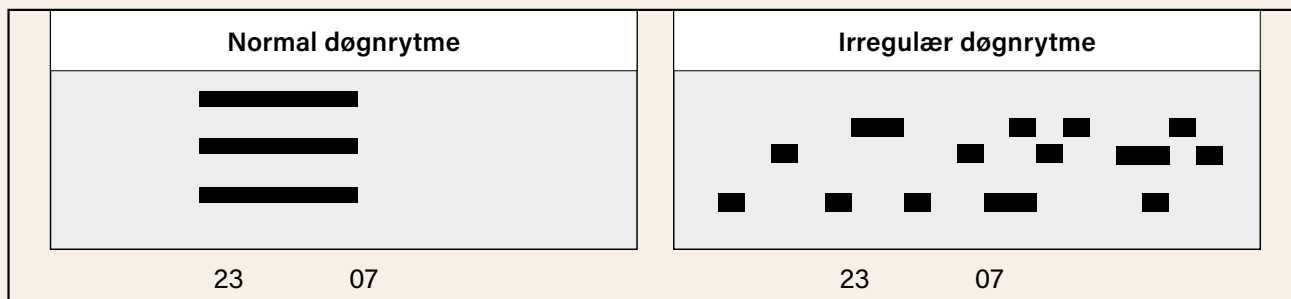
Insomni er den hyppigst forekommende søvnlidelsen, og en regner med at 10–15% av befolkningen lider av kronisk insomni. Prevalensen ser ut til å være økende (Pallesen et al., 2014). Lidelsen er kjennetegnet av vansker med å sovne og opprettholde søvnen, samt tidlig morgenoppvåkning, noe som også manifesterer seg i form av svekket dagtidfunksjon (som trøtthet, bekymringer rundt søvn og svekket yrkesfunksjon). Kronisk insomni innebærer at symptomene er tilstede minst tre dager i

uken og har vart i minst tre måneder (American Academy of Sleep Medicine, 2023). I tillegg er det krav om at søvnproblemene ikke utelukkende skyldes andre søvn-, medisinske- eller psykiske lidelser eller rusmiddelbruk. Den anbefalte behandlingen er kognitiv atferdsterapi mot insomni (CBTi) bestående av søvnhygiene, stimuluskontroll, søvnrestriksjon, kognitiv restrukturering og avspenningsøvelser (Bjorvatn et al., 2025; Riemann et al., 2023). Søvnhygiene utgjøres av grunnleggende råd ment for å fremme søvn (som å unngå koffein for sent på dagen). Stimuluskontroll består av seks spesifikke instruksjoner som i hovedsak går ut på å forlate sengen når man ikke får sove, og returnere når man er søvnnig slik at sengen over tid reassosieres med søvn. Søvnrestriksjon innebærer at man i første behandlingsuke setter tid tillatt for opphold i seng til tiden man sov ved baseline (likevel minst 4,5–5 timer). Under forutsetning av høy søvnfektivitet økes tid tillatt for opphold i seng med 15–20 minutter per uke. Kognitiv restrukturering innebærer identifisering av negative automatiske tanker (som «jeg må spare energi når jeg har sovet lite»), utarbeidelse av mer hensiktsmessige og funksjonelle tanker, samt eventuell empirisk uttesting av ulike handlingsalternativer, mens avspenningsøvelser har som mål å redusere høy kognitiv, emosjonell og fysiologisk aktivitet før leggetid (Baglioni et al., 2022). De mest effektive komponentene er søvnrestriksjon og stimuluskontroll. Basert på funn fra en randomisert, kontrollert klinisk studie har vi tidligere vist at CBTi har bedre effekt for eldre, særlig over tid, enn zopiklon (Sivertsen et al., 2006). Flere metaanalyser har dokumentert at CBTi gir god både kort- og langtidseffekt, også ved tilstedeværelse av komorbide tilstander (Riemann et al., 2023). CBTi gir også gode effekter administrert over internett (Vedaa et al., 2020) eller som selvhjelpsbok (Bjorvatn et al., 2011). En nylig nettverksmetaanalyse viste at CBTi gir gode effekter også for eldre og ga overordnet best effekt sammenliknet med andre ikke-farmakologiske intervensjoner (J. Song et al., 2026). Sistnevnte er viktig, da studier har vist at bruk av hypnotika er forbundet med bivirkninger (som fall og svekket kognitiv funksjon) hos eldre (Glass et al., 2005).

Langtidsbruk av antidepressiva med sedativ effekt kan likevel vurderes i tilfeller der CBTi ikke fører frem (Riemann et al., 2023). Siden eldre er en heterogen gruppe med høy forekomst av funksjonelle eller sensoriske svekkelser, samt medisinske, kognitive og/eller psykiatriske komorbiditeter, kan spesifikke tilpasninger av CBTi vurderes for å sikre både mestring og pasientsikkerhet. For stimuluskontroll har det blitt foreslått at pasienten, istedenfor å stå opp, heller kan gjøre avslappende aktiviteter i sengen for å hindre fall og svimmelhet som kan oppstå dersom man ofte forlater sengen. Mange eldre har typisk en fremskyndet rytme og legger seg tidlig, og det har derfor blitt anbefalt å øke aktivitetsnivået om kvelden for å utsette leggetidspunktet. Søvnrestriksjon kan bli mer gradvis innført for eldre, samt at tiden i sengen gjerne

FIGUR 3

## Irregulær søvnnåkenhetsrytmelidelse



*Merknad.* Skjematisk oversikt over irregulær søvnnåkenhetsrytmelidelse. De tre linjene representerer tre påfølgende døgn. Svart indikerer søvn.

ikke trenger å bli like redusert som for yngre. Et mer liberalt krav til søvneffektivitet for å øke tillatt tid i seng kan også vurderes. Når det gjelder dysfunksjonelle tanker om søvn, har det blitt argumentert for særlig å fokusere på endret søvnbehov med økende alder. Reduksjon av væskeinntaket om kvelden har vært forslått som et unikt søvnhygienetiltak for eldre (Cassidy-Eagle et al., 2022).

## Obstruktiv søvnapné

Obstruktiv søvnapné er den mest utbredte søvnrelaterte respirasjonslidelsen og innebærer delvis/fullstendige pustestopp av minst 10 sekunders varighet under søvn. Disse gir dårlig restitusjon og øker risikoen for kardiovaskulære følgetilstander som hypertensjon. Prevalensen stiger sterkt med alder (Ghavami et al., 2023). Typiske risikofaktorer er overvekt, kort og kraftig hals, høyt og vanskelig kontrollert blodtrykk, diabetes, hjerterytmeforstyrrelser og store tonsiller. Alvorlighetsgraden inndeles ut fra antall fullstendige (apné) eller delvis (hypopné) pustestopp per time søvn, gjennom apné-hypopné-indeksen (AHI). AHI på 5–14,9 regnes som mild, AHI på 15–29,9 som moderat og AHI 30 eller høyere som alvorlig. Den anbefalte behandlingen – særlig ved moderat til alvorlig søvnapné – er kontinuerlig positivt luftveistrykk (CPAP), en pustemaske som holder luftveiene åpne ved hjelp av lufttrykk. CPAP har vist positiv effekt hos eldre i form av forbedret dagtidfunksjon, livskvalitet, kognisjon og redusert moralitet (Soltaninejad et al., 2025). For noen kan søvnapnés Skinner (som hinder underkjeven i å gli bakover) være aktuelt. En utfordring er at behandlingsetterlevelsen er lav, særlig for CPAP. Behandlingsetterlevelse synker med alder og er særlig et problem blant personer over 80 år eller personer med kognitiv svikt (Joskin & Bruyneel, 2024). Eldre med ubehandlet obstruktiv søvnapné skårer dårligere på nevrokognitive tester sammenliknet med friske kontroller (Cross et al., 2017). I mer sjeldne tilfeller er kirurgi

aktuelt. Fysisk trening, vektreduksjon og unngåelse av ryggleie anbefales og dette kan lette symptomene i mildere tilfeller (Hrubos-Strøm et al., 2024).

## Døgnrytmelidelser

Døgnrytmelidelser gir søvnløshet eller søvnighet som symptomer. Lidelsene skyldes avvik i det endogene døgnrytmereguleringsystemet eller misforhold mellom dette og de stimuli (typisk lys og mørke) som justerer døgnrytmen slik at den er i tråd med miljøkravene som stilles til individet (American Academy of Sleep Medicine, 2023). En tilstand man av og til ser hos eldre beboere på institusjon, er irregulær søvn-våkenhetsrytmelidelse som innebærer at det ikke er noen etablert døgnrytme. Pasientene har minst tre, som regel irregulære, søvnperioder i løpet av døgnet (American Academy of Sleep Medicine, 2023), se figur 3.

Oftes ses «sundowing» i tilknytning til irregulær søvnnåkenhetsrytmelidelse. Ved økende alder blir øyets evne til å ta inn lys (som kan justere døgnrytmen) redusert (Turner et al., 2010), og ved demens ses også degenerering av døgnrytmeklokken i hypothalamus (Stopa et al., 1999). I tillegg viste en studie fra vårt miljø at belysningen på sykehjem i Norge i mange tilfeller er under anbefalte grenseverdier (Kolberg et al., 2022). Som følge av de ovennevnte faktorene er søvnforstyrrelser svært vanlig blant eldre i institusjon. En metaanalyse viste positive effekter av lysterapi for denne aldersgruppen, men merk at funnene var noe sprikende (Tan et al., 2022). På sykehjem i Norge har det vært vist positive effekter av lysintervensjoner. I en RCT-basert oppfølgingsstudie ble det funnet at sterkt kunstig lys på dagtid bedret søvnen (Hjetland et al., 2021) og demensrelaterte atferdsforstyrrelser i intervensjonsgruppen (Kolberg et al., 2021). Pasienter med demens og irregulær søvn-våkenhetsrytmelidelse vil trolig også profitere på inklusjon i ulike aktiviteter på dagtid. Evidensen for eksogent melatonin

administrert om kvelden som solointervensjon er dårlig, men kan vurderes sammen med lysterapi og aktivitetsaktivisering (Bjorvatn et al., 2023).

## Parasomnier


Ved parasomnier oppstår uønsket atferd eller opplevelser i tilknytning til søvnen (American Academy of Sleep Medicine, 2023). En parasomni som viser en sterk aldersgradient, er REM-søvn atferdsforstyrrelse der muskelatonien under REM-søvn bortfaller. Personen vil da handle på drømmene, og kan skade seg selv og sengepartner. REM-søvn atferdsforstyrrelse kan være første symptom på en underliggende synukleinopati (Parkinsons sykdom, demens med Lewy-legemer og multisystematrofi) (Galbiati et al., 2019), men kan også forekomme ved eksempelvis narkolepsi, skader i hjernestammen eller medikamentbruk. Diagnosen krever utredning med videobasert PSG (Schenck, 2022). Den vanligste behandlingen er medikamentell, og klonazepam og melatonin er mye brukt (Howell et al., 2023).

## Søvnrelaterte bevegelseslidelser

Ved søvnrelaterte bevegelseslidelser ses gjentatte stereotypiske bevegelser i forbindelse med søvn og som typisk svekker søvnkvaliteten (American Academy of Sleep Medicine, 2023). Den vanligste tilstanden er restless legs syndrom (RLS). Symptomene er kjennetegnet av en trang til å bevege beina (kan også være i overekstremitetene), som regel på grunn av ubehagelige, stikkende og krypene sansførmelser, oftest i leggene. Trangen forverres ved inaktivitet og forekommer bare eller forverres om kvelden/natten. Bevegelse/strekking av føttene gir forbigående symptomlette (American Academy of Sleep Medicine, 2023). Prevalensen stiger med alder, og RLS ser ellers ut til være relatert til røyking, depresjon og diabetes (Song et al., 2024). I en norsk studie ble det funnet at 11,5 % av voksne tilfredsstilte diagnosekriteriene (Bjorvatn et al., 2005). Det er antatt at lidelsen er relatert til en dopaminerg forstyrrelse som påvirker sensorisk og motorisk signaloverføring i ryggmargen. RLS er relatert til lave nivåer av jern i hjernen og hypoksi i perifert vev (Trenkwalder et al., 2018). Det anbefales at pasienter

unngår stimuli (alkohol, nikotin og koffein) som kan utløse/forsterke symptomene (Winkelman et al., 2025). En del medikamenter, særlig antipsykotika, antidepressiva og antihistaminer, kan forverre tilstanden (Olberg et al., 2026). Kartlegging omfatter fastende blodprøve med tanke på jern, ferritin og transferrinmetning i serum. Tilskudd med jern oralt eller intravenøst anbefales igangsatt dersom serum ferritin  $\leq 75$  ng/mL eller transferrinmetningen  $< 20\%$  (Winkelman et al., 2025). Ved oralt jerntilskudd anbefales 65 mg jern gjerne kombinert med vitamin C 100–200 mg (Olberg et al., 2026). Ved betydelige symptomer og manglende effekt av jerntilskudd kan medikamentell behandling med alfa-2-delta-ligander (gabapentin og pregabalin), eventuelt dopaminagonister, være aktuelt. Sistnevnte kan imidlertid gi augmentasjon (forverring av symptomene over tid). Om verken jerntilskudd eller alfa-2-delta-ligander/dopaminagonister fører frem, kan opiatbehandling vurderes (Olberg et al., 2026).

## Psykologers rolle

Psykologer bør kunne kartlegge søvnlidelser og intervensere ved lidelser som insomni og døgnrytmelidelser. Psykologer bør også i relevante tilfeller fange opp symptomer på mulig søvnapné og besørge korrekt henvisning til videre utredning (f.eks. til lungespesialist eller øre-nese-hals-spesialist). Gitt den lave behandlingsetterlevelsen av søvnapné kan psykologer ha et viktig bidrag, f.eks. i form av ulike motiverende behandlingstilnæringer (Rudilla et al., 2021). Gitt den høye utbredelsen av RLS bør psykologer også være observant på dette, særlig i eldrepopulasjonen, og henviser til relevant behandling dersom ikke enkle atferdsbaserte råd (søvnhygiene) gir tilstrekkelig bedring av søvnen. Selv om REM-søvn atferdsforstyrrelse har lav prevalens, er korrekt henvisning (til nevrolog) viktig ved mistanke om denne lidelsen, da den ofte reflekterer begynnende synukleinopati (nevrodegenerative lidelser, som Parkinsons sykdom, kjennetegnet av opphopning av alfa-synuklein-proteiner i hjernen). Dessverre er kunnskapen om søvn, selv om variasjonsbredden er stor, ofte noe begrenset hos psykologer (Pallesen et al., 2007). Vi anbefaler at klinisk søvnmedisin systematisk adresseres som tema i de nasjonale psykologutdannelsene. Vi har også vist at avgrensede kurs kan bidra til å øke kunnskapnivået om søvn betydelig (Steinsvåg et al., 2025). 

### REFERANSER

- American Academy of Sleep Medicine. (2023). *International classification of sleep disorders* (3rd, text revision ed.). American Academy of Sleep Medicine.
- Ancoli-Israel, S., Cole, R., Alessi, C., Chambers, M., Moorcroft, W. & Pollak, C. P. (2003). The role of actigraphy in the study of sleep and circadian rhythms. *Sleep*, 26(3), 342–392. <https://doi.org/10.1093/sleep/26.3.342>
- Bae, C. J. & Golish, J. A. (2006). The sleep interview and sleep questionnaires. I T. Lee-Chiong (Red.), *Sleep: A comprehensive handbook* (s. 967–971). John Wiley.
- Baglioni, C., Espie, C. A. & Riemann, D. (2022). *Cognitive-behavioural therapy for insomnia (CBT-I) across the life span*. Wiley Blackwell.
- Besedovsky, L., Lange, T. & Haack, M. (2019). The sleep-immune crosstalk in health and disease. *Physiological Reviews*, 99(3), 1325–1380. <https://doi.org/10.1152/physrev.00.010.2018>
- Bjorvatn, B., Fiske, E. & Pallesen, S. (2011). A self-help book is better than sleep hygiene advice for insomnia: A randomized controlled comparative study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 52, 580–585. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9450.2011.00.902.x>
- Bjorvatn, B., Kallestad, H., Hrubos-Strøm, H., Abeler, K., Sivertsen, B., Waage, S., Holsten, F. & Pallesen, S. (2025). Nasjonal anbefaling

- for utredning og behandling av kronisk insomni hos voksne. *SØVN*, 17(1), 22–32. [https://www.helse-bergen.no/495906/contentassets/674a1099e333472393226a8da81d aeb4/sov-n-1-2025\\_nasjonal-anbefaling-for-utredning-og-behandling-av-insomni-hos-voksne.pdf](https://www.helse-bergen.no/495906/contentassets/674a1099e333472393226a8da81d aeb4/sov-n-1-2025_nasjonal-anbefaling-for-utredning-og-behandling-av-insomni-hos-voksne.pdf)
- Bjorvatn, B., Kallestad, H., Langsrud, K., Vedaa, Ø., Pallesen, S., Waage, S., Wilhelmsen-Langeland, A., Saxvig, I. & Abeler, K. (2023). Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av døgnrytmelidelser. *SØVN*, 15(1), 32–50. <https://www.helse-bergen.no/496508/siteassets/seksjon/sovno/documents/nasjonal-anbefaling-for-utredning-og-behandling-av-dog-nrytmelidelser.pdf>
- Bjorvatn, B., Leissner, L., Ulfberg, J., Gyiring, J., Karlsborg, M., Regeur, L., Skeidsvoll, H., Nordhus, I. H. & Pallesen, S. (2005). Prevalence, severity and risk factors of restless legs syndrome in the general adult population in two Scandinavian countries. *Sleep Medicine*, 6(4), 307–312. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.03.008>
- Bjorvatn, B. & Pallesen, S. (2009). A practical approach to circadian rhythm sleep disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 13, 47–60. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2008.04.009>
- Bjorvatn, B., & Pallesen, S. (2023). Irregular sleep-wake rhythm disorder. I C. A. Kushida (Red.), *Encyclopedia of sleep and circadian rhythms* (2. utg., s. 617– 623): Elsevier, Academic Press.
- Borbély, A. & Tobler, I. (2024). The two-process model: Origin of its concepts and their implications. *Clinical and Translational Neuroscience*, 8(1), artikkel nr. 5. <https://doi.org/10.3390/ctn8.010.005>
- Boulos, M., Jairam, T., Kendzerska, T., Im, J., Mekhael, A. & Murray, B. J. (2019). Normal polysomnography parameters in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *Lancet Respiratory Medicine*, 7(6), 533–543. [https://doi.org/10.1016/S2213-2600\(19\)30.057-8](https://doi.org/10.1016/S2213-2600(19)30.057-8)
- Buekenhout, I., Clara, M. I., Gomes, A. A. & Leitão, J. (2025). Examining sex differences in morningness-eveningness and inter-individual variability across years of age: A cross-sectional study. *Chronobiology International*, 42(1), 29–45. <https://doi.org/10.1080/07.420.528.2024.2.444.667>
- Canevelli, M., Valletta, M., Trebbastoni, A., Sarli, G., D'Antonio, F., Taricotti, L., de Lena, C. & Bruno, G. (2016). Sundowning in dementia: Clinical relevance, pathophysiological determinants, and therapeutic approaches. *Frontiers in Medicine*, 3, artikkel nr 73. <https://doi.org/10.3389/fmed.2016.00.073>
- Canever, J. B., Zurman, G., Vogel, F., Sutil, D. V., Mata Diz, J. B., Danielewicz, A. L., Cimarosti, H., de Souza Moreira, B. & de Avelar, N. C. P. (2024). Worldwide prevalence of sleep problems in community-dwelling older adults: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine*, 119, 118–134. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2024.03.040>
- Carney, C. E., Buysse, D. J., Ancoli-Israel, S., Edinger, J. D., Krystal, A. D., Lichstein, K. L. & Morin, C. M. (2012). The consensus sleep diary: Standardizing prospective sleep self-monitoring. *Sleep*, 35, 287–302. <https://doi.org/10.5665/sleep.1642>
- Cassidy-Eagle, E. L., Siebern, A., Chen, H., Kim, H. & Palesh, O. (2022). Cognitive-behavioral therapy for insomnia in older adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 29(1), 146–160. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2021.04.002>
- Cohen-Mansfield, J., Waldhorn, R., Werner, P. & Billig, N. (1990). Validation of sleep observations in a nursing home. *Sleep*, 13(6), 512–525. <https://doi.org/10.1093/sleep/13.6.512>
- Cross, N., Lampit, A., Pye, J., Grunstein, R. R., Marshall, N. & Naismith, S. L. (2017). Is obstructive sleep apnoea related to neuropsychological function in healthy older adults? A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 27(4), 389–402. <https://doi.org/10.1007/s11.065-017-9344-6>
- Galbiati, A., Verga, L., Giora, E., Zucconi, M. & Ferini-Strambi, L. (2019). The risk of neurodegeneration in REM sleep behavior disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.09.008>
- Ghavami, T., Kazemini, M., Ahmadi, N. & Rajati, F. (2023). Global prevalence of obstructive sleep apnea in the elderly and related factors: A systematic review and meta-analysis study. *Journal of Perioperative Nursing*, 38(6), 865–875. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.01.018>
- Glass, J., Lancôt, K., Herrmann, N., Sproule, B. & Busto, U. E. (2005). Sedative hypnotics in older people with insomnia: Meta-analysis of risks and benefits. *BMJ*, 331(7526), 1169–1173. <https://doi.org/10.1136/bmj.38.623.768.588.47>
- Glasser, M., Bailey, N., McMillan, A., Goff, E. & Morrell, M. J. (2011). Sleep apnoea in older people. *Breathe*, 7(3), 248–256. <https://doi.org/10.1183/20734735.021910>
- Herrero Babiloni, A., De Koninck, B. P., Beetz, G., De Beaumont, L., Martel, M. O. & Lavigne, G. J. (2020). Sleep and pain: Recent insights, mechanisms, and future directions in the investigation of this relationship. *Journal of Neural Transmission*, 127(4), 647–660. <https://doi.org/10.1007/s00.702-019-02.067-z>
- Hertenstein, E., Feige, B., Gmeiner, T., Kienzler, C., Spiegelhalder, K., Johann, A., Jansson-Fröjmark, M., Palagini, L., Rücker, G., Riemann, D. & Baglioni, C. (2019). Insomnia as a predictor of mental disorders: A systematic review and meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 43, 96–105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S. M., Alessi, C., Bruni, O., DonCarlos, L., Hazen, N., Herman, J., Herman, J., Katz, E. S., Kheirandish-Gozal, L., Neubauer, D. N., O'Donnell, A. E., Ohayon, M., Peever, J., Rawding, R., Sachdeva, R. C., Setters, B., Vitiello, M. V., Adams Hillard, P. J. & Ware, J. C. (2015). National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: Final report. *Sleep Health*, 1(4), 233–243. <https://doi.org/10.1016/j.sleh.2015.10.004>
- Hjetland, G., Kolberg, E., Pallesen, S., Thun, E., Nordhus, I., Bjorvatn, B. & Flo-Groeneboom, E. (2021). Ambient bright light treatment improved proxy-rated sleep but not sleep measured by actigraphy in nursing home patients with dementia: a placebo-controlled randomised trial. *BMC Geriatrics*, 21(1), artikkel nr. 312. <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02236-4>
- Hjetland, G., Pallesen, S., Thun, E., Kolberg, E., Nordhus, I. & Flo, E. (2020). Light interventions and sleep, circadian, behavioral, and psychological disturbances in dementia: A systematic review of methods and outcomes. *Sleep Medicine Reviews*, 52, 101–110. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101310>
- Howell, M., Avidan, A. Y., Foldvary-Schaefer, N., Malkani, R. G., Doring, E. H., Roland, J. P., McCarter, S. J., Zak, R. S., Carandang, G., Kazmi, U. & Ramar, K. (2023). Management of REM sleep behavior disorder: An American Academy of Sleep Medicine systematic review, meta-analysis, and GRADE assessment. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 19(4), 769–810. <https://doi.org/10.5664/jcs.m.10.426>
- Hrubos-Strøm, H., Berge, T., Vold, M. L., Bjorvatn, B. & Lehmann, S. (2024). Nasjonal anbefaling for praktisk utredning og behandling av obstruktiv søvnapné hos voksne. *SØVN*, 16, 26–37. <https://www.helse-bergen.no/496623/contentassets/4d21b6058a5247bcb5e9a1601989db5e/anbefaling-sovnapne.pdf>
- Jaspan, V. N., Greenberg, G. S., Parihar, S., Park, C. M., Somers, V. K., Shapiro, M. D., Lavie, C. J., Verani, S. S. & Slipczuk, L. (2024). The role of sleep in cardiovascular disease. *Current Atherosclerosis Reports*, 26(7), 249–262. <https://doi.org/10.1007/s11883-024-01207-5>
- Jiang, H., Zhang, H., Wen, Z., Yuan, J., Wang, H. & Zhang, X. (2024). Association of sleep duration with obesity in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Geriatrics & Gerontology International*, 24(12), 1269–1282. <https://doi.org/10.1111/ggi.15004>
- Joskin, A. & Bruyneel, M. (2024). Challenges in obstructive sleep apnea management in elderly patients. *Journal of Clinical Medicine*, 13(24), 7718. <https://doi.org/10.3390/jcm13247718>
- Kolberg, E., Hjetland, G., Thun, E., Pallesen, S., Nordhus, I., Husebo, B. & Flo-Groeneboom, E. (2021). The effects of bright light treatment on affective symptoms in people with dementia: A 24-week cluster randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 21(1), artikkel nr. 377. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03376-y>
- Kolberg, E., Pallesen, S., Hjetland, G. J., Nordhus, I. H., Thun, E. & Flo-Groeneboom, E. (2022). Insufficient melanopic equivalent daylight illuminance in nursing home dementia units across seasons and gaze directions. *Lighting Research & Technology*, 54(2), 163–177. <https://doi.org/10.1177/1477153521994539>
- Kushida, C. A., Littner, M. R., Morgenthaler, T., Alessi, C. A., Bailey, D., Coleman Jr., J., Friedman, L., Hirshkowitz, M., Kapen, S., Kramer, M., Lee-Chiong, T., Loube, D. L., Owens, J., Pancer, J. P. & Wise, M. (2005). Practice parameters for the indications for polysomnography and related procedures: An update for 2005. *Sleep*, 28(4), 499–521. <https://doi.org/10.1093/sleep/28.4.499>
- Lim, J. & Dinges, D. F. (2010). A meta-analysis of the impact of short-term sleep deprivation on cognitive variables. *Psychological Bulletin*, 136(3), 375–389. <https://doi.org/10.1037/a0018883>
- Miner, B. & Lucey, B. P. (2022). Normal aging. I M. H. Kryger, T. Roth, C. A. Goldstein & W. C. Dement (Red.), *Principles and practice of sleep medicine* (7. utg., s. 27–34). Elsevier.
- Morselli, L. L., Guyon, A. & Spiegel, K. (2012). Sleep and metabolic function. *Pflugers Archiv-European Journal of Physiology*, 463(1), 139–160. <https://doi.org/10.1007/s00424-011-1053-z>
- Olberg, H. K., Grande, R. B., Brenner, E., Kinge, E., Nebuchennykh, M. & Bjorvatn, B. (2026). Nasjonal anbefaling for utredning og behandling av restless legs syndrome (RLS). *SØVN*, 18(1), 29–42. <https://www.helse-bergen.no/495dce/contentassets/674a>

- 1099e333472393226a8da81daeb4/sovn-nr.-1-2026-nasjonal-anbefaling-for-utredning-og-behandling-av-restless-legs-syndrome-rls.pdf
- Pallesen, S., Nordhus, I. H., Sivertsen, B., Omvik, S. & Bjorvatn, B. (2007). Psykologers kunnskaper om søvn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(4), 365–371.
- Pallesen, S., Sivertsen, B., Nordhus, I. H. & Bjorvatn, B. (2014). A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep Medicine*, 15, 173–179. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2013.10.009>
- Pallesen, S., Vedaa, Ø., Sunde, E., Harris, A., Waage, S., Saxvig, I., Zhang, J. & Bjorvatn, B. (2025). The use and subjective experience of sleep apps and their relationship with personality characteristics among young adults. *Frontiers in Sleep*, 4, 1 499 802. <https://doi.org/10.3389/frsle.2025.1499802>
- Porter, V., Buxton, W. & Avidan, A. (2015). Sleep, cognition and dementia. *Current Psychiatry Reports*, 17(12). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0631-8>
- Qin, S., Leong, R. L. F., Ong, J. L. & Chee, M. (2023). Associations between objectively measured sleep parameters and cognition in healthy older adults: A meta-analysis. *Sleep Medicine Reviews*, 67, 101 734. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101734>
- Reddy, O. C. & van der Werf, Y. D. (2020). The sleeping brain: Harnessing the power of the glymphatic system through lifestyle choices. *Brain Sciences*, 10(11). <https://doi.org/10.3390/brainsci10110868>
- Riemann, D., Espie, C. A., Altena, E., Arnardottir, E. S., Baglioni, C., Bassetti, C. L. A., Bastien, C., Berzina, N., Bjorvatn, B., Dikeos, D., Groselj, L. D., Ellis, J. G., Garcia-Borreguero, D., Geoffroy, P. A., Gjerstad, M., Gonçalves, M., Hertenstein, E., Hoedlmoser, K., Hion, T., Spiegelhalter, K. (2023). The European Insomnia Guideline: An update on the diagnosis and treatment of insomnia 2023. *Journal of Sleep Research*, 32(6), e14 035. <https://doi.org/10.1111/jsr.14035>
- Rudilla, D., Landete, P., Zamora, E., Román, A., Vergara, I. & Ancochea, J. (2021). MEntA program based on motivational interview to improve adherence to treatment of obstructive sleep apnea with continuous positive airway pressure (CPAP): A randomized controlled trial. *Open Respiratory Archives*, 3(2), 100 088. <https://doi.org/10.1016/j.opresp.2021.100088>
- Schenck, C. (2022). REM sleep behavior disorder as a complex condition with heterogeneous underlying disorders: Clinical management and prognostic implications (Commentary). *Sleep and Breathing*, 26(3), 1289–1298. <https://doi.org/10.1007/s11325-022-02574-6>
- Siegel, J. M. (2022). Sleep function: An evolutionary perspective. *Lancet Neurology*, 21(10), 937–946. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(22\)00210-1](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(22)00210-1)
- Sivertsen, B., Omvik, S., Havik, O. E., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Nielsen, G. H., Straume, S. & Nordhus, I. H. (2006). A comparison of actigraphy and polysomnography in older adults treated for chronic primary insomnia. *Sleep*, 29(10), 1353–1358. <https://doi.org/10.1093/sleep/29.10.1353>
- Sivertsen, B., Omvik, S., Pallesen, S., Bjorvatn, B., Havik, O. E., Kvale, G., Nielsen, G. H. & Nordhus, I. H. (2006). Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: A randomized controlled trial. *JAMA*, 295(24), 2851–2858. <https://doi.org/10.1001/jama.295.24.2851>
- Soltaninejad, F., Golastaneh, R., Ghahfarokhi, P., Salmasi, M. & Amra, B. (2025). Continuous positive airway pressure treatment for sleep apnea in elderly patients systematic review and meta-analysis. *Sleep and Breathing*, 29(3), 210. <https://doi.org/10.1007/s11325-025-03362-8>
- Song, J., Dong, H., Wang, C., Zheng, Y., Huang, Y., Wei, Y., Zhang, K., Qing, H., Xiong, Z., Pan, Y., Chen, M., Kang, R., Ghose, B., Tang, D., Wang, R., Long, C., Li, Y. & Tang, S. (2026). Effects of non-pharmacological interventions on sleep quality in older adults: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Medicine*, 24(1), artikkel nr. 192. <https://doi.org/10.1186/s12916-026-04682-6>
- Song, P., Wu, J., Cao, J., Sun, W., Li, X., Zhou, T., Shen, Y., Tan, X., Ye, X., Yuan, C., Zhu, Y., Rudan, I., Global Health Epidemiology Research Group (GHERG) (2024). The global and regional prevalence of restless legs syndrome among adults: A systematic review and modelling analysis. *Journal of Global Health*, 14, 04 113. <https://doi.org/10.7189/jogh.14.04113>
- Steinsvåg, Ø., Pallesen, S. & Wilhelmsen-Langeland, A. (2025). Et to-dagers vedlikeholdskurs for psykologspesialister økte søvnkunnskap og opplevd behandlingstreming for søvnlidelser. *SØVN*, 17(2), 34–40. <https://www.helse-bergen.no/4aa540/contentassets/674a1099e333472393226a8da81daeb4/kurs-for-psykologspesialister-okt-sovnkunnskap-og-opplevd-behandlingsmestring-for-sovnlidelser.pdf>
- Stopa, E., Volicer, L., Kuo-Leblanc, V., Harper, D., Lathi, D., Tate, B. & Satlin, A. (1999). Pathologic evaluation of the human suprachiasmatic nucleus in severe dementia. *Journal of Neuropathology and Experimental Neurology*, 58(1), 29–39. <https://doi.org/10.1097/00005072-199901000-00004>
- Sullivan, S. S., Carskadon, M. A., Dement, W. C. & Jackson, C. L. (2022). Normal human sleep: An overview. I M. H. Kryger, T. Roth, C. A. Goldstein & W. C. Dement (Red.), *Principle and practice of sleep medicine* (7. utg., s. 16–26). Elsevier.
- Tan, J., Cheng, L., Chan, E., Lau, Y. & Lau, S. (2022). Light therapy for sleep disturbances in older adults with dementia: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep Medicine*, 90, 153–166. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2022.01.013>
- Trenkwalder, C., Allen, R., Högl, B., Clemens, S., Patton, S., Schormair, B., & Winkelmann, J. (2018). Comorbidities, treatment, and pathophysiology in restless legs syndrome. *Lancet Neurology*, 17(11), 994–1005. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(18\)30311-9](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(18)30311-9)
- Turner, P., Van Someren, E. & Mainster, M. (2010). The role of environmental light in sleep and health: Effects of ocular aging and cataract surgery. *Sleep Medicine Reviews*, 14(4), 269–280. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2009.11.002>
- Vedaa, Ø., Kallestad, H., Scott, J., Smith, O. R. F., Pallesen, S., Morken, G., Langsrud, K., Gehrman, P., Thorndike, F. P., Ritterband, L. M., Harvey, A. G., Stiles, T. & Sivertsen, B. (2020). Effects of digital cognitive behavioural therapy for insomnia on insomnia severity: a large-scale randomised controlled trial. *Lancet Digital Health*, 2(8), E397–E406. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(20\)30135-7](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(20)30135-7)
- Vitiello, M., McCurry, S., Shortreed, S., Baker, L., Rybarczyk, B., Keefe, F. & Von Koff, M. (2014). Short-term improvement in insomnia symptoms predicts long-term improvements in sleep, pain, and fatigue in older adults with comorbid osteoarthritis and insomnia. *Pain*, 155(8), 1547–1554. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2014.04.032>
- Winkelmann, J. W., Berkowski, J. A., DelRosso, L. M., Koo, B. B., Scharf, M. T., Sharon, D., Zak, R. S., Kazmi, U., Falck-Ytter, Y., Shelgikar, A. V., Trotti, L. M. & Walters, A. S. (2025). Treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder: an American Academy of Sleep Medicine clinical practice guideline. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 21(1), 137–152. <https://doi.org/10.5664/jcsm.11390>

**TEKST** Erik Hessen  
Nevrologisk avdeling,  
Akershus universitetssykehus  
Psykologisk institutt,  
Universitetet i Oslo

# Nevropsykologisk undersøkelse og utredning av mild kognitiv svikt

## OMTALT ARTIKKEL

Hessen, E. (2025). Mild cognitive impairment and neuropsychological examination. *Frontiers in Psychology*, 16, 1662151. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1662151>

Omfattende nevropsykologisk testing gir best diagnostisk presisjon.

Mild kognitiv svikt (mild cognitive impairment, MCI) beskriver et mellomstadium mellom normal aldring og demens, der kognitiv funksjon er svekket, men vanligvis uten at dagliglivets aktiviteter er vesentlig påvirket. Det gjør MCI til et nøkkelbegrep i tidlig diagnostikk av neurodegenerative sykdommer, og her er nevropsykologisk utredning helt avgjørende.

Tilstanden er utbredt: Global prevalens er 23,7 % for personer lik eller over 65 år. Norske tall viser at hver andre person over 70 år har MCI eller demens. Omfanget understreker hvor viktig det er å skille mellom normal aldring/benign svikt og tidlig sykdomsutvikling. MCI er ikke én tilstand, men et heterogent klinisk fenomen. Mange med MCI forblir stabile eller blir bedre, mens andre utvikler demens – særlig ved underliggende neurodegenerativ sykdom.

**KONTAKT** [erik.hessen@nevropsykologi.no](mailto:erik.hessen@nevropsykologi.no)

**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

## Et komplekst landskap

### Årsaker

MCI og kognitive funksjonsvansker kan skyldes både neurodegenerative, vaskulære, psykiatriske, nevrologiske, somatiske og medikamentelle faktorer.

Oversikten (Hessen, 2025) understreker at mange årsaker er reversible, som depresjon, søvnforstyrrelser, vitaminmangel og smerte. Dette gjør etiologisk utredning helt avgjørende ved MCI.

### Subtyper

Winblad-kriteriene (et sett av diagnostiske kriterier for mild kognitiv svikt foreslått av Winblad et al., 2004) deler MCI inn i fire klinisk meningsfulle kategorier: Amnestisk én-domenesvikt, Amnestisk fler-domenesvikt, Ikke-amnestisk én-domenesvikt og Ikke-amnestisk fler-domenesvikt. Amnestisk fler-domenesvikt har høyest risiko for progresjon til demens, trolig fordi svikt i flere kognitive domener reflekterer mer fremskreden patologi enn svikt kun i ett kognitivt domene.

### Prognose

Årlig konverteringsrate, eller overgang, fra MCI til demens er ca. 10 % i kliniske populasjoner mot 1–2 % i normalbefolkningen. Samtidig viser store studier at 25–58 % av personer som får påvist MCI, kan normalisere kognitiv funksjon ved oppfølging (Hessen et al., 2014; Overton et al., 2019). Dette viser at MCI ikke er en forløper til demens i seg selv, men en risikofaktor som krever presis diagnostikk.

### Felles grunnmur, ulike nyanser

Oversikten gjennomgår de tre internasjonalt mest sentrale diagnosesystemene: NIA-AA (National Institute on Aging and Alzheimer's Association), DSM-5 og ICD-11 for MCI. Felles krav for MCI er:

- Påvist kognitiv endring fra tidligere nivå
- Relativt godt bevart funksjon i dagliglivet
- Svikt ikke forklart av delirium eller annen primær lidelse
- Objektiv svikt, verifisert med kognitiv/nevropsykologisk testing, i ett eller flere av fem kognitive domener: hukommelse, oppmerksomhet, språk, visuospatiale ferdigheter, eksekutive funksjoner.

DSM-5 og ICD-11 inkluderer også sosial kognisjon som eget domene, men metoder for å måle sosial kognisjon er mindre etablert og utelates ofte i utredning av MCI.

### Den nevropsykologiske undersøkelsen

Ingen av de tre diagnosesystemene spesifiserer hvilke nevropsykologiske tester som skal brukes – noe som gjør nevropsykologens metodevalg avgjørende. Korte testbatterier har begrensninger. Kortbatterier med kun ett testmål per kognitive domene gir høyere risiko for falske positive funn, lavere diagnostisk stabilitet, svakere sammenheng med biomarkører og har dårligere prognostisk verdi. Det skyldes blant annet

## UNDERSØKELSE VED MCI

- Nevropsykologisk undersøkelse – første objektive dokumentasjon av kognitiv svikt – er viktig for diagnose, pasient- og familierådgivning og longitudinell oppfølging.

Mulige utfall:

Normale nevropsykologiske funn

- Indikerer generelt intakt hjernefunksjon og en gunstig prognose
- Høy kognitiv reserve eller hjernereseerve kan maskere underliggende patologi
- Resultater bør i hovedsak kommuniseres tydelig som betryggende

Lette nevropsykologiske funn av usikker betydning

- Milde, spredte reduksjoner uten en konsistent kognitiv profil
- Vanlig hos nevrologisk friske og kan falle innenfor normal psykometrisk variasjon
- Vedvarende symptomer kan rettferdiggjøre biomarkørvurdering eller gjentatt testing

Subjektiv kognitiv svikt (SCD)

- Selvrappertert kognitiv svikt med normal objektiv testprestasjon
- Vanlig hos eldre voksne og av forskningsinteresse, da nevrodegenerative endringer kan gå forut for målbar nevropsykologisk svikt

Ved positive nevropsykologiske funn er etiologisk avklaring sentralt og avhengig av:

- Klinisk historie og informantinformasjon
- Utelukkelse av psykiatriske bidragsyttere (f.eks. depresjon, angst)
- Biomarkører, inkludert hjerneavbildning, kan bidra til å identifisere nevrodegenerative, vaskulære eller andre medisinske årsaker

Å identifisere årsak er viktig, da noen ikke-Alzheimeretiologier kan behandles.

Amnestisk MCI kan gi grunn til bekymring for Alzheimers sykdom; ikke-amnestiske profiler kan antyde alternative nevrodegenerative eller psykiatriske årsaker.

Oppfølging med gjentatt medisinsk og nevropsykologisk vurdering anbefales ved mistanke om nevrodegenerasjon.

at ett enkelt testresultat under norm, som ofte brukes som diagnostisk kriterium, er vanlig forekommende hos nevrologisk friske, regnes ofte som psykometrisk normalt og derfor ikke bør brukes som selvstendig patologisk kriterium.

Den mer omfattende nevropsykologiske metoden utviklet av Jak og Bondi (Jak et al., 2009) er bedre. Jak/Bondi-kriteriene krever minst to svake testresultater i samme kognitive domene (minst  $\leq 1$  SD under norm), bruk av to eller flere tester per domene og tolkning basert på mønstre i testresultater, ikke enkeltmål. Denne metoden har bedre samsvar med Alzheimer-biomarkører, bedre prediksjon av progresjon, lavere risiko for feildiagnostisering og bedre evne til å identifisere flere klinisk meningsfulle MCI-profiler. I oversikten anbefales Jak/Bondi-metoden som *best practice*.

### Betydningen av nasjonale normer

Bruk av amerikanske normer og engelske originalnormer i Norge og Skandinavia kan gi feilklassifiseringer. Nye norske og skandinaviske normer finnes for en rekke sentrale tester (Rey Auditory Verbal Learning Test (RAVLT), Rey Complex Figure Test (RCFT), Trail Making Test A og B (TMT), Selektiv oppmerksomhet / responsinhibering (Stroop/DKEFS), COWAT/ordflyt (FAS) og VOSP- silhuetter (Visual Object and Space Perception Battery), og viser avvik fra amerikanske og engelske originalnormer. Konklusjonen er klar: Bruk nasjonale normer der de finnes – ellers risikerer man feil diagnose.

### Endringsnormer – mer presis oppfølging

Re-testing påvirkes av læringseffekter, altså at pasienten gjør det bedre ved andre gangs testing fordi pasienten kjenner til testen, som kan maskere reell nedgang. Nye toårs endringsnormer gir mer presis vurdering av progresjon og anbefales, hvis mulig, ved oppfølging av MCI. Slike norske normer finnes for flere av testene som er nevnt ovenfor, og fremgår nærmere i den omtalte artikkelen.

### Økonomisk kompetanse – et ofte oversett område

MCI kan påvirke evnen til å håndtere økonomi, og metoder for å kartlegge økonomisk evne anbefales i standard vurdering ved MCI og demens.


### Biomarkører og etiologisk avklaring

Vanlige kliniske biomarkører med henblikk på Alzheimer-patologi er: A $\beta$ 42 i spinalvæske, Tau i spinalvæske, Amyloid-PET og MR-av hjernen. APOE-4 øker risiko, men har begrenset diagnostisk verdi sammenlignet med kognitiv testing, markører i spinalvæske og bildediagnostikk. Biomarkører er viktige for etiologi, men ikke tilstrekkelige alene.

## OVERSIKTENS HOVEDPUNKTER

- MCI er en heterogen tilstand med variabel prognose.
- Omfattende nevropsykologisk testing med to eller flere tester per domene gir best diagnostisk presisjon.
- Nasjonale normer bør brukes for å redusere risiko for feildiagnostisering.
- Diagnostikk bør inkludere vurdering av premorbid funksjon, biomarkører og differensialdiagnostikk.
- Ved MCI med sannsynlig neurodegenerativ årsak bør pasienten følges opp med gjentatt testing, helst med bruk av endringsnormer.

### Oppsummert

Nevropsykologisk vurdering basert på mer enn én test i hvert av de fem kognitive domene (hukommelse, oppmerksomhet, språk, visuospatial funksjon og eksekutiv funksjon) anbefalt av NIA-AA, DSM-5 og ICD-11, ved bruk av nasjonale og kulturelt tilpassede normer, har vist overlegen validitet med hensyn til nevropatologi og prognose og anbefales som beste praksis. 

#### REFERANSER

- Hessen, E., Reinvang, I., Eliassen, C. F., Nordlund, A., Gjerstad, L., Fladby, T. & Wallin, A. (2014). The Combination of Dysexecutive and Amnesic Deficits Strongly Predicts Conversion to Dementia in Young Mild Cognitive Impairment Patients: A Report from the Gothenburg-Oslo MCI Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 4(1), 76–85. <https://doi.org/10.1159/000360282>
- Jak, A. J., Bondi, M. W., Delano-Wood, L., Wierenga, C., Corey-Bloom, J., Salmon, D. P. et al. (2009). Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 368–375. <https://doi.org/10.1097/JGP.0b013e31819431d5>
- Overton, M., Pihlgård, M. & Elmståhl, S. (2019). Diagnostic Stability of Mild Cognitive Impairment, and Predictors of Reversion to Normal Cognitive Functioning. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 48(5–6), 317–329. <https://doi.org/10.1159/000506255>
- Winblad, B., Palmer, K., Kivipelto, M., Jelic, V., Fratiglioni, L., Wahlund, L.-O., Nordberg, A., Bäckman, L., Albert, M., Almkvist, O., Arai, H., Basun, H., Blennow, K., De Leon, M., DeCarli, C., Erkinjuntti, T., Giacobini, E., Graff, C., Hardy, J., Jack, C., Jorm, A., Ritchie, K., Van Duijn, C., Visser, P. & Petersen, R. C. (2004). Mild cognitive impairment – beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment. *Journal of Internal Medicine*, 256, 240–246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x>

# Kognitiv aldring i hjernen

Elettra Capogna forsket på hvordan endringer i hjernen er assosiert med endringer i episodisk hukommelse når vi blir eldre. I den første artikkelen undersøkte Capogna hvordan funksjonelle forbindelser mellom deler av hjernen endres med aldring. 488 deltakere gjennomførte en innkodingsoppgave mens hjerneaktiviteten deres ble monitorert med fMRI. Sterkere forbindelser mellom medial temporallapp (hippocampus) og posterior parietallapp (oppmerksomhet og mental forestilling) var positivt assosiert med bedre innkodning med økt alder. Capogna tolker funnene som at man ved god kognitiv aldring opprettholder sentrale nevrale forbindelser, heller enn at hjernen «kompenserer» for nevralt svekkelse.

I den andre artikkelen utforsket Capogna forholdet mellom biomarkører for inflammasjon og svekket hukommelse over tid. 219 kognitivt friske, eldre deltakere (62–91 år) ble fulgt over ni år.

Høyere nivåer av biomarkører, særlig cytokinet interleukin-8, var assosiert med bedre hukommelse. Capogna tolker resultatene som at inflammasjon av hjernen også kan bidra positivt til hukommelsen, mens tidligere forskning har vist at inflammasjon bidrar til utvikling av Alzheimers sykdom.

I den tredje artikkelen undersøkte Capogna om endringer i hjernens struktur når den blir eldre er koblet til kognitiv fungering og Alzheimers sykdom. 1899 kognitivt friske, eldre deltakere (50+) ble fulgt over 16 år, og hjernestrukturen ble målt med MR. Deltakerne ble delt i grupper basert på endringer i kortikal tykkelse, område og volum. Opprettholdelse av hjernestruktur var assosiert med økt hukommelse og reduserte nivåer av biomarkører på Alzheimers sykdom. Resultatene bidrar til å forstå hvordan strukturendringer i en aldrende hjerne henger sammen med hukommelse.



FOTO PRIVAT

**Elettra Capogna**  
*Structural, functional, and neurochemical brain correlates of episodic memory in cognitively healthy aging*

Disputas 25.03.26

Institutt for psykologi,  
Universitetet i Oslo

## ARRANGEMENT

# Nevropsykologene inviterer til tidsskriftsfeiring

Torsdag 3. september på Litteraturhuset i Oslo

Norsk Nevropsykologisk Forening (NNF) fyller 30 år i 2026. Vi innleder jubileumsfeiringen med et gratisarrangement på Litteraturhuset i Oslo. Denne kvelden markerer vi overgangen fra tidsskriftet Nevropsykologi til ny, vitenskapelige publiseringskanal i Psykologtidsskriftet.

I tillegg lanserer vi NNFs nye, digitale kommunikasjonsplattform og redaktørstyrte hjemmeside.



NORSK  
NEVROPSYKOLOGISK  
FORENING

Nevropsykologer og andre interesserte er velkomne til faglig påfyll og sosialt samvær.

**Sted:** Skram, Litteraturhuset

**Tid:** kl. 18:00 – 22:30

**Påmeldingsfrist:** 10. august – via <https://arena360.no/events/91761/12417>

Foredragene vil bli strømmet og digital deltakelse krever ingen påmelding.



Påmelding:

**TEKST** Inger Hilde Nordhus  
Det psykologiske fakultet,  
Universitetet i Bergen

# Hvorfor vi bør slutte å snakke om eldrebølgen

## Aldring er ikke en truende bølge, men en livsfase.

Begrepet eldrebølgen har for lengst fått fottfeste i offentligheten. Det brukes av politikere, journalister og fagfolk som en tilsynelatende enkel forklaring på utfordringene velferdsstaten står overfor. Men ordene vi velger former vår forståelse av et fenomen og hvilke holdninger vi utvikler. Nettopp derfor bør vi stoppe opp og spørre: Hva gjør det med eldre mennesker når vi beskriver dem i lys av en bølge?

Metaforen er ikke nøytral. En bølge forbindes med noe som kommer brått og uventet, ofte med destruktiv kraft. Den antyder at en aldrende befolkning er en trussel som vil slå inn over oss og legge systemer i ruiner. Slik skapes et krisepreget narrativ, selv om aldring i realiteten er en forventet og ønsket konsekvens av økt levealder, medisinske framskritt og bedre levekår.

Dette er ikke bare et språklig spørsmål. Det handler om hvordan vi konstruerer samfunnsproblemer. Når aldring fremstilles som en naturkatastrofe, blir «løsningen» økt effektivisering, omorganisering og innstramminger. Slik risikerer vi å overse det faktum at mennesker i vår tid lever lenger, men er ofte friske langt opp i alderdommen. Hvor ble det faktum av?

Det mest problematiske med *eldrebølgen* er likevel fraværet av en etisk forankring. Metaforen gjør

eldre til en masse som skyller inn over oss, uten individuelle historier, behov eller ressurser. Dette er en form for avpersonifisering som kan bidra til aldersdiskriminering. Når eldre fremstilles som en byrde som samfunnet må «håndtere», svekkes verdien av menneskeverdet.

Vi trenger derfor et annet språk. Et språk som ikke spiller på frykt eller distansering, men på kunnskap. Et språk som løfter fram aldring som en naturlig del av livsløpet og som anerkjenner at befolkningen endrer seg, slik den alltid har gjort. Begreper som demografisk aldring eller en aldrende befolkning er mindre dramatiserende og mer presise. De åpner for løsninger som handler om inkludering og livslang deltakelse, snarere enn en unyansert kriseretorikk.

For å møte framtidens helsebehov trenger vi gode analyser og kunnskapsbaserte tiltak. Det forutsetter at vi frigjør oss fra metaforer som låser tanken i et begrenset spor. *Eldrebølgen* skaper et forenklet bilde av en mangfoldig del av befolkningen.

Aldring er ikke en bølge, men en livsfase. Den tilhører oss alle, enten vi er der nå eller forhåpentligvis kommer dit senere. Når vi snakker om eldre som en trussel, risikerer vi å undergrave vår egen framtid.

Språket former samfunnet. Derfor bør vi velge ordene med omtanke. 🗣️

**KONTAKT** Inger.Nordhus@uib.no

**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Eldre får like god hjelp av behandling for depresjon som yngre – likevel nedprioriteres hjelpen.

# Alder som hindring for psykologisk behandling



FOTO ERIK ENGBLAD

**TEKST** Ida Anette Bjørk  
Alderspsykiatrisk poliklinikk,  
Oslo universitetssykehus

**KONTAKT** [idanbj@ous-hf.no](mailto:idanbj@ous-hf.no)

**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut interessekonflikt skjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Aldring forbindes med tapsopplevelser. Etter hvert som vi blir eldre, opplever vi tap av tilknytning til arbeidslivet, tap av funksjon og helse, og tap av nærstående, venner eller ektefelle. Skal tap av rett til psykologisk behandling også være en av de forventede tapsopplevelsene når vi blir eldre?

## Underbehandlet depresjon

Tap kan resultere i depresjon som trenger behandling. Med en ettårsprevalens på 10 % hos den voksne befolkningen i Norge (Folkehelseinstituttet [FHI], 2018) er depresjon et betydelig folkehelseproblem. Depresjon hos eldre personer (> 65 år) regnes i tillegg både som underdiagnostisert og underbehandlet (Engedal, 2025). Mangelen på behandling av eldre med depresjon er en fagetisk problemstilling som berører rettferdighetsprinsippet. Med økende alder kan vi altså risikere å oppleve strukturell diskriminering i behandlingsapparatet og hindres i å få et likeverdig tilbud. Hvorfor eldre er underrepresentert i behandlingsapparatet, er ikke helt kjent, men færre henvisninger av eldre til psykiske helsetjenester kan være en av forklaringene. En annen kan være en økt tendens til avslag fra tjenestene.

## Alder i rettighetsvurderinger

Dersom vi legger til grunn at eldre i større grad enn yngre risikerer avslag når de først henvises, hva kan årsakene være? Det kan handle om prioritering. Befolkningens behov for helsetjenester er økende, parallelt med økningen i



andelen eldre. Begrensninger i økonomiske ressurser og personellressurser fører til at tjenestene må vurdere og prioritere, som innebærer å velge ut hvem, hva, hvordan og når vi skal behandle, på en mest mulig rettferdig måte (Miljeteig & Tranvåg, 2025). Vurderingene skal bygge på norsk helsevesens verdier, og innebærer en samlet vurdering av alvorlighetsgrad, nytte og ressursbruk (Helsedirektoratet, 2024). I henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 andre ledd skal pasienter med helsefaglig vurdert behov for hjelp fra spesialisthelsetjenesten gis rett til hjelp, dersom man forventer at hjelpen vil nytte, og ressursbruken er proporsjonal med forventet nytte (Helsedirektoratet, 2024). Prioriteringsveilederen angir at alder i seg selv ikke er et relevant kriterium for vurdering av rett til hjelp, men alder kan indirekte påvirke vurderingen av alvorlighetsgrad og nytte (Helsedirektoratet, 2024). Prioriteringene innebærer altså at eldre som yngre kan oppleve å få avslag, og det kan ligge grundige vurderinger bak avslagene.

### Vurderingskriterier for helsehjelp

Nyttekriteriet angir at et tiltak skal prioriteres ved «økt sannsynlighet for overlevelse eller redusert funksjonstap, fysisk eller psykisk funksjonsforbedring, forbedring eller redusert tap av mestring, eller reduksjon av smerter, fysisk eller psykisk ubehag» (Miljeteig & Tranvåg, 2025, s. 183). Alvorlighetskriteriet handler om «risiko for død eller

funksjonstap, grad av fysisk og psykisk funksjonstap og grad av smerter, tap av mestring samt fysisk eller psykisk ubehag» (Miljeteig & Tranvåg, 2025, s. 183). Ressurskriteriet tilsier prioritering av tiltak som krever færre ressurser, og sentralt her er at hverken ressurskriteriet eller de to andre skal brukes alene, men vurderes opp mot hverandre. Til tross for disse felles kriteriene vil vurderingene alltid være nettopp vurderinger, noe som innebærer at de blant annet kan påvirkes av våre bevisste eller ubevisste holdninger (som f.eks. alderisme), antagelser, erfaringer og konteksten vurderingen foregår i.

### Hva er mest nyttig?

I et nytteetisk perspektiv er man opptatt av å skape størst mulig samlet nytte for flest mulig, men samtidig kan vi ha ulike oppfatninger av hva vi legger i «nytte» (Sagdahl, u.å.).

Implisitte fordommer knyttet til Eldres evne til å nyttiggjøre seg behandling, som at det er vanskeligere å jobbe med endring i eldre år, og at vi kan forvente dårligere respons, kan være en påvirkningsfaktor. Slike fordommer kan gjenspeile et behov for økt eldrepsykologisk kunnskap i behandlingsapparatet og viser manglende kjennskap til forskning som tyder på at psykoterapi for depresjon kan fungere like godt for eldre som for yngre voksne (Cuijpers et al., 2020).

Kvalitetsjusterte leveår (QALY; Quality-Adjusted Life Years) er en modell som kombinerer målene livskvalitet

## — må se verdien i å forbedre livskvaliteten og funksjonen i eldre år

og levetid for å si noe om hvor lenge og hvor godt vi lever (Miljeteig & Tranvåg, 2025). Dersom vi legger for stor vekt på dette i forbindelse med vurderinger av helsehjelp, kan det indirekte føre til aldersdiskriminering. Hvis en person på 40 år og en på 80 oppnår like god effekt av en behandling, vil 40-åringen sannsynligvis ha flere kvalitetsjusterte leveår igjen sammenlignet med 80-åringen. Slik sett kan man tenke at det å prioritere ut fra alder, for eksempel å nedprioritere eldre med depresjon, vil være mest gunstig.

Vurderinger kan også være farget av holdninger knyttet til samfunnsnytte, at man prioriterer yngre som sannsynligvis kan bidra mer til samfunnet gjennom for eksempel yrkesdeltakelse – til tross for at veilederen sier at arbeidsevne eller produktivitet *ikke* skal legges til grunn ved rettighetsvurderinger (Helsedirektoratet, 2024).

### Verdien i å prioritere eldre

Med økende alder øker sannsynligheten for kompliserende faktorer som kan føre til høyere ressursbruk og redusert nytte av behandling. Samtidig øker også risikoen for å utvikle mer alvorlige lidelser. Depresjon hos eldre er forbundet med blant annet økt risiko for somatisk sykdom som kardiovaskulær sykdom (Wei et al., 2019) og demens (Kessing & Nilsson, 2003).

I tillegg til åpenbare personlige tap kan vi også forvente økte kostnader til somatisk helsehjelp for eldre med *ubehandlet* psykisk lidelse (Simon et al., 2023), og det er åpenbart at vi som eldre med godt behandlet psykisk lidelse lettere kan stå i de ulike tapsopplevelsene som

naturlig følger med livsfasen. Slik sett kan man argumentere for at nedprioritering av behandling av for eksempel depresjon hos eldre både handler om den enkeltes reduserte livskvalitet eller i verste fall tapte leveår grunnet fremskyndet død, og om negative samfunnskonsekvenser og helseøkonomiske konsekvenser på sikt, med økt ressursbruk på andre områder.

Helsedirektoratet (2019) viser til at rundt 100 000 eldre i Norge tilfredsstiller kriteriene for depresjon, 30–40 % av dem i alvorlig grad, og påpeker i nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre at vi skal unngå å vurdere psykisk lidelse hos gruppen som en normal del av aldringen i seg selv. Slike former for misattribusjon av symptomer til aldring kan trolig også påvirke rettighetsvurderinger. Prioriteringsveilederen for psykisk helsevern for voksne (Helsedirektoratet, 2015) understreker også at «behandling og tiltak som kan bedre livskvalitet, symptom- og funksjonsnivå til de eldste, skal ikke begrenses på grunn av høy alder per se».

Når vi er kjent med at eldre kan oppnå like god effekt av psykoterapi for depresjon som yngre, mener jeg vi må tenke nøye over om det er riktig at bedret psykisk helse og økt livskvalitet hos en eldre person prioriteres lavere. Med kunnskap om at eldre, og særlig menn over 75 år, har en høy selvmordsrate i befolkningen (FHI, 2025), opplever jeg det som problematisk at vi likevel nedprioriterer hjelp til eldre. Jeg mener vi må se verdien i å forbedre livskvaliteten og funksjonen også i eldre år. Og at vi bør slippe å forberede oss på å klare oss selv i den delen av livet som innebærer flest tap. ♫

#### REFERANSER

- Cuijpers, P., Karyotaki, E., Eckshtain, D., Ng, M. Y., Corteselli, K. A., Noma, H., Quero, S. & Weisz, J. R. (2020). Psychotherapy for depression across different age groups: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 77(7), 694–702. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.0164>
- Engedal, K. (2025). Aldersdepresjon. I *Store medisinske leksikon*. <https://sml.sn.no/aldersdepresjon>
- Folkhelseinstituttet. (2018). *Psykisk helse i Norge [Rapport]*. <https://www.fhi.no/publ/2018/psykisk-helse-i-norge/>
- Folkhelseinstituttet. (2025). *Selv mord: Femårig tall [Statistikk]*. [https://statistikk.fhi.no/nokkel/RTjnofQXR57gZoLdQ8\\_aytZW9fxort-UBkBVzGSsbI](https://statistikk.fhi.no/nokkel/RTjnofQXR57gZoLdQ8_aytZW9fxort-UBkBVzGSsbI)
- Helsedirektoratet. (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for voksne*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-voksne>
- Helsedirektoratet. (2019). *Nasjonale faglige råd for psykiske lidelser hos eldre*. <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/psykiske-lidelser-hos-eldre>
- Helsedirektoratet. (2024, 31. mai). *Om prioritering i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/om-prioritering-i-pasient-og-brukerrettighetsloven-og-prioriteringsforskriften>
- Kessing, L. V. & Nilsson, F. M. (2003). Increased risk of developing dementia in patients with major affective disorders compared to patients with other medical illnesses. *Journal of Affective Disorders*, 73(3), 261–269. [https://doi.org/10.1016/S0165-0327\(02\)00004-6](https://doi.org/10.1016/S0165-0327(02)00004-6)
- Miljeteig, I. & Tranvåg, E. (2025). Prioritering av helseressurser. I M. Magelssen, R. Førde, L. Lillemoen & R. Pedersen (Red.), *Etikk i helse* (2. utg., s. 176–187). Gyldendal.
- Sagdahl, M. S. (u.å.). Utilitarisme. I *Store norske leksikon*. Hentet 2. mai 2026 fra <https://snl.no/utilitarisme>
- Simon, J., Wienand, D., Park, A.-L., Wippel, C., Mayer, S., Heilig, D., Laszewska, A., Stelzer, I., Goodwin, G. M. & McDaid, D. (2023). Excess resource use and costs of physical comorbidities in individuals with mental health disorders: A systematic literature review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 66, 14–27. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2022.10.001>
- Wei, J., Hou, R., Zhang, X., Xu, H., Xie, L., Chandrasekar, E. K. & Goodman, M. (2019). The association of late-life depression with all-cause and cardiovascular mortality among community-dwelling older adults: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 215(2), 449–455. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.74>



ILLUSTRATION KNUT LOVÅS

Stereotypier og fordommer mot eldre er seiglivete og preger media, arbeidslivet og rekruttering av psykologer.

# Eldremyter og alderisme



FOTO JAN M. LILLEBØ

**TEKST** Linn-Heidi Lunde  
Helse Bergen  
Universitetet i Bergen

Som psykologspesialist i klinisk eldrepsykologi er jeg spesielt opptatt av hvordan myter og stereotypier om aldring og alderdom bidrar til å begrense eldre menneskers livsutfoldelse og deltaking i samfunnet. Her gjør jeg meg noen refleksjoner om negative holdninger til eldre mennesker, hvilke utfordringer det skaper i eldre år og i rekruttering av relevante psykologspesialister, og muligheter for bygging av positive holdninger gjennom aktivisme.

Eldre har ofte sammensatte plager og belastninger når de oppsøker psykologiske helsetjenester, slik som kombinasjonen av livsfaseendringer som tap og at man kan føle seg mindre verdt når man blir eldre. Om vi som psykologer skal sikre gode helsetjenester til eldre, må vi ha et bredspektret perspektiv, der vi også legger vekt på konsekvensene av aldersforakt eller alderisme for psykisk og fysisk helse i eldre år, og erkjenner de institusjonelle kreftene som gjør slik alderisme mulig.

## Medienes påvirkning på oppfatning av eldre

Begrepet eldrebølgen har for lengst blitt en del av dagligtalen, et begrep vi hyppig støter på i debatter i mediene, men også i ulike offentlige utredninger og rapporter. Eldrebølgen omtales stort sett med negativt fortegn, der «horder» av eldre mennesker utgjør en stor byrde for samfunnet i form av økte utgifter, men også som en belastning for de nærmeste. Aldring og eldre blir dessverre først og fremst fremstilt med utgangspunkt i alderdommens forfall og svekkelser, med et overdrevent søkelys på sykdom og omsorgsbehov. Eldre mennesker blir dessuten ofte latterliggjort på ulike subtile måter, som i nedlatende kommentarer om at eldre klorer seg fast i jobbene eller posisjonene sine.

**KONTAKT** [liheilu@hotmail.com](mailto:liheilu@hotmail.com)

**MERKNAD** Forfatteren har fylt ut interessekonfliktskjema. Hun har tidligere vært veileder for Anna Helle-Valle, som omtales i kronikken.

## — eldrebølgen sier lite om hvem de eldre er

Betegnelsen «eldrebølgen» sier lite om hvem de eldre er, men bidrar i stedet til å forsterke veletablerte og stereotyp oppfatninger om eldre mennesker. I langt mindre grad har aldringens mangfold og eldre menneskers evne til å håndtere livet blitt trukket frem. Eldrebefolkningen består også av mange ressurssterke individer med lang erfaring og kompetanse som samfunnet har behov for, og flere eldre trengs i arbeidslivet eller som frivillige.

### Diskriminering av eldre

Negativ fremstilling av aldring, slik vi ser i sammenheng med eldrebølgen, kan gi opphav til alderisme, også kjent som aldersforakt. Alderismebegrepet *ageism* er en forandring i våre oppfatninger, følelser og væremåter som en reaksjon på en gruppes kronologiske alder (Hummert, 2011). Begrepet innebærer derved en kognitiv komponent (stereotypier), en følelsesmessig komponent (fordommer) og en atferdskomponent (diskriminering), som alderisme har til felles med rasisme og kjønnsdiskriminering.

En sentral forskjell er at alderisme, i motsetning til rasisme og kjønnsdiskriminering, i mindre grad blir ansett som sosialt uakseptabelt og slått ned på (von Humboldt et al., 2024), selv ikke når stereotypiene angår en selv (Levy, 2009). Et eksempel på en slik selvstereotypi kan være at vi skylder på alderen når det er noe vi ikke husker, som i sin tur kan bidra til at vi anstrenger oss mindre for å huske. Dersom vi har en overvekt av negative forestillinger om vår egen aldring, kan det utgjøre en risiko for helseproblemer og redusert funksjon (Levy, 2009). I verste fall kan det føre til for tidlig død.

Stereotypier, fordommer og diskriminering på grunn av alder kan også anses som en del av samfunnsstrukturen, såkalt institusjonell alderisme (Iversen et al., 2009). For eksempel kan eldre arbeidssøkere bli diskriminert ved ikke å bli kalt inn til jobbintervju på grunn av sin alder, eller eldre kan bli ekskludert fra politikk og beslutningstaking. Slik institusjonalisering av negative holdninger til eldre kan ende opp med å skape demokratiske problemer, for eksempel ved at få eldre blir valgt til posisjoner i politiske organer på lokalt og nasjonalt nivå, all den tid eldre utgjør en så stor andel av befolkningen (Solem, 2012).

### Vil psykologer flest hjelpe eldre?

I møte med mediefremstillinger som kan forsterke negative holdninger til eldre, og stereotypier som kan være både selvfokusert og institusjonalisert, er det nødvendig at vi tenker nærmere på hvordan vi kan forbedre eldre menneskers helse, livskvalitet og deltakelse på ulike samfunnsområder. Det foregår tverrfaglig forskning og

kvalitetsutvikling knyttet til disse temaene, både nasjonalt og internasjonalt.

En utfordring er helsetjenestenes problemer med å rekruttere nye generasjoner av psykologer og annet helsepersonell til å ville jobbe med eldre mennesker. Her tror jeg nok velkjente stereotypier om eldre menneskers skrøpeligheit og manglende motivasjon og vilje til endring kan spille inn. Det har vært et tilbakevendende tema gjennom mange år hvorvidt spesialiteten i klinisk eldrepsykologi skal opprettholdes når så få har meldt seg på. På hvilke måter kan vi formidle til nye generasjoner av psykologer at det å jobbe med eldre mennesker er interessant, utfordrende og meningsfullt?

### Motarbeide ghettofisering

En måte å jobbe med forbedring av holdninger til eldre på er gjennom formidling og møteplasser for eldre og yngre. «Nye stemmer», som gjør noe aktivt for å endre folks holdninger og oppfatninger om alderdom og eldre mennesker, gjør meg mest optimistisk. Et eksempel jeg vil trekke frem, er psykolog Anna Helle-Valle, som kaller seg aldringsaktivist og er initiativtaker til aldringsfestivalen Generasjon, arrangert første gang i Bergen i 2021. Aldringsfestivalen retter søkelyset mot eldre menneskers helse og deres menneskerettigheter, og utfordrer også det vi kan kalle ghettofisering, at generasjoner lever atskilt fra hverandre, særlig i byene. Gjennom etablering av nye møteplasser vil unge og eldre bli bedre kjent med hverandre. Slik kan negative stereotypier og fordommer utfordres og forestillinger om eldre mennesker nyanseres.

Psykologforeningens satsingsområde for de neste tre årene er psykisk helse hos eldre, der forebyggingsaspektet trekkes frem som sentralt. Det er gledelig, og absolutt på tide. Forhåpentligvis vil satsingsområdet også bidra til at vi i større grad kan forstå hvordan vi kan øke rekrutteringen av psykologer til dette arbeidet, og hvordan kunnskap om alderisme i større grad kan inngå i utdanningen til helsepersonell. 🗣️

#### REFERANSER

- Hummert, M. L. (2011). Age stereotypes and aging. I K. W. Schaie & S. L. Willis (red.), *Handbook of the psychology of aging* (7. utg., s. 249–262). Academic Press.
- Iversen, T. N., Larsen, L. & Solem, P. E. (2009). A conceptual analyses of ageism. *Nordic Psychology*, 61(3), 4–22. <https://doi.org/10.1027/1901-2276.61.3.4>
- Levy, B. R. (2009). Stereotype embodiment. A psychological approach to aging. *Current Directions in Psychological Science*, 18(1), 332–336. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>
- Solem, P. E. (2012). *Ny kunnskap om aldring og arbeid*. Rapport nr. 6/12. NOVA.
- von Humboldt, S., Costa, A., Ilyas, N. & Leal, I. (2024). Older adults, perceived ageism, civic participation and mental health: a qualitative study. *Aging & Mental Health*, 28(11), 1489–1501. <https://doi.org/10.1080/013607863.2024.2348611>

Forvirring er en uunngåelig del av fagetikken – klarhet i form av retningslinjer er ikke løsningen.

# En viktig fagetisk refleksjonsdugnad



FOTO RVTS VEST



FOTO PRIVAT

**TEKST** Ole Magnus Vik  
Leder av Fagetisk råd i Norsk psykologforening

Cathrine Eide  
Nestleder av Fagetisk råd i Norsk psykologforening

**KONTAKT** olemagnusvik@hotmail.com

**MERKNAD** Forfatterne har fylt ut interessekonfliktkjema og oppgir ingen interessekonflikter.

Fagetikken vår er kompleks og vanskelig. Å være psykolog handler like ofte om å tåle å være i forvirringen som å redusere den. I motsetning til Torgalsbøen og Øvreeide (2026) mener vi i Fagetisk råd (FER) at forvirring er en uunngåelig og helt naturlig bestanddel i all klinisk psykologisk virksomhet, fagetikk inkludert.

## Retningslinjer er ikke svaret

I den pågående debatten om fagetikk spørres det nok en gang etter flere avklaringer rundt hva som er fagetisk rett og galt når psykologer trer inn på nye arenaer. FER har forståelse for ønsket om mer klarhet. I møte med kompleksitet er det naturlig å søke mot det entydige. Samtidig er vi i FER opptatt av at tiltakene for å fremme god fagetikk skal være formålstjenlige.

Større klarhet i form av retningslinjer for god fagetisk praksis i sosiale, så vel som tradisjonelle, medier har vært diskutert og utprøvd i flere land. Blant annet har Storbritannia og Danmark implementert slike retningslinjer. Både det sittende og tidligere FER har imidlertid vært tilbakeholdne mot å innføre noe lignende her i Norge, rett og slett fordi deres nytteverdi – utover en eventuell (presumptivt falsk) trygghetsfølelse dette hadde gitt – ikke er åpenbar.

Blant annet har punktene i slike retningslinjer en tendens til å bli veldig generelle, med råd av typen: «Vær bevisst på at flere enn du tror, kan lese ytringene dine i lukkede grupper.» FER har derfor heller tatt til orde for en felles og kontinuerlig *refleksjonsdugnad* der fagetiske utfordringer som oppstår i profesjonen, diskuteres fortløpende (Garmannslund & Vik, 2025). Uten å ta stilling i noen av de konkrete sakene registrerer vi at både Rydningen (2026), Madsen (2026) og Mortensen (2026) den siste tiden på forbilledlig vis har bidratt til nettopp dette. Vi tror det å ha pågående debatter med slike innlegg på sikt legger bedre til rette for en god fagetisk bevissthet i profesjonen enn entydige skiller mellom rett og galt. Også når det gjelder å forebygge moralske overtramp.

## Komplisert og teoretisk

Torgalsbøen og Øvreide gjentar sin noe oppsiktsvekkende påstand om at fagetikken vår i grunnen er ganske enkel og rett frem, og at den først blir komplisert og vanskelig i møte med konkrete problemstillinger. En teoretisk forforståelse er derfor ikke nødvendig. Med sitt *ateoretiske* syn på fagetikken bryter Torgalsbøen og Øvreide med forståelsen i alle profesjonsetiske og helseetiske fagmiljøer vi kjenner til, som nettopp vektlegger verdien av etikkteori for å fremme profesjonsetisk kyndighet (se for eksempel Ruyter et al., 2016).

De dårlige nyhetene er at fagetikken vår alltid har vært og alltid kommer til å være hyperkompleks, vanskelig og uklar. De gode nyhetene er at flere fagetiske spørsmål kan – i alle fall til en viss grad – avklares empirisk. Dette gjelder både for spørsmål som omhandler nytteverdien av «klare og tydelige» retningslinjer, og om nytteverdien av å ha med seg et teoretisk blikk på fagetikk. Vi i FER er derfor glade for å meddele at vi har fått støtte fra Norsk psykologforening til et forskningsprosjekt der vi, sammen med Senter for medisinsk etikk ved Universitetet i Oslo, skal se nærmere på hvilken fagetisk praksis, så vel som fagetikk-tenkning, som i størst mulig grad kan hjelpe oss med å forhindre umoral så vel som å fremme god moral.

Vi ser frem til å dele resultatene fra arbeidet i fremtiden. Hvis vi mot formodning skulle se at det er mye støtte for en ateoretisk fagetikk-tenkning som vektlegger

tydelige retningslinjer, så lover vi herved Torgalsbøen og Øvreide at vi skal være de første til å foreslå å implementere dette.

I mellomtiden jobber FER med å utarbeide en slags «Vær varsom-plakat» for psykologer i media. Både for det sosiale, så vel som det asosiale slaget. Som kanskje mer vil bære mer preg av åpne refleksjonsspørsmål enn et sett med regler og formaninger. 🙏

### REFERANSER

- Garmannslund, M. & Vik, O. M. (2025). En profesjon i endring stiller sterkere krav til rolleforståelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 62(11), 707–709. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-En-profesjon-i-endring-stiller-sterkere-krav-til-rolleforstelse](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2025as11ae-En-profesjon-i-endring-stiller-sterkere-krav-til-rolleforstelse)
- Madsen, O. J. (2026). Inkonsekvent, kunnskapsløst og ansvarsfraskrivende. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(4), 257–258. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-Inkonsekvent-kunnskapslost-og-ansvarsfraskrivende](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-Inkonsekvent-kunnskapslost-og-ansvarsfraskrivende)
- Mortensen, C. (2026, 14. april). Når ble profesjonsetikk politisk disiplinering? *Tidsskrift for Norsk psykologforening*. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso4ae-Nar-ble-profesjonsetikk-politisk-disiplinering-](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso4ae-Nar-ble-profesjonsetikk-politisk-disiplinering-)
- Ruyter, K. W., Førde, R. & Solbakk, J. H. (2016). *Medisinsk og helsefaglig etikk* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Rydningen, N. N. (2026). En tryggere uenighetskultur. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(4), 253–254. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-En-tryggere-uenighetskultur](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso3ae-En-tryggere-uenighetskultur)
- Torgalsbøen, A. & Øvreide, H. (2026). Høystemt og uklart om fagetikk. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 63(5), 320–321. [www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso4ae-H-ystemt-og-uklart-om-fagetikk](http://www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2026aso4ae-H-ystemt-og-uklart-om-fagetikk)

# Hvordan knekke en fagetisk nøtt?

Sliter du med en fagetisk problemstilling i klinikk?  
Ser du etiske dilemma ved psykologenes praksis og rolle i samfunnet?

Del dine etiske refleksjoner i Etikkpanelet.

For tekstbidrag eller spørsmål kontakt  
[redaksjonen@psykologtidsskriftet.no](mailto:redaksjonen@psykologtidsskriftet.no)



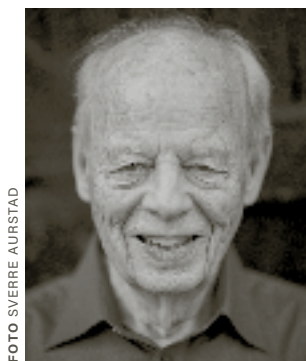


FOTO SVERRE AURSTAD

# Einar Moe

1926–2026

En markant fagperson i norsk barne- og ungdomspsykiatri har gått bort. Einar Moe sovnet stille inn 26. mars 2026, straks 100 år gammel, med sine nærmeste rundt seg og med vårsolen inn av stuevinduet.

Da Einar som 23-åring ble kalt inn på sin fars kontor, var valget allerede tatt. Et valg som skulle vise seg å være definerende for Einar selv, for fagfeltet barne- og ungdomspsykiatri og for Nic Waals Institutt. Einars far var bekymret. Han var bekymret for om Einar var i ferd med å ta et valg som ville gjøre det vanskelig for ham å forsørge seg selv og sin framtidige familie. Men Einar hadde bestemt seg. Han ville studere psykologi. Året var 1949.

Einars radikale og engasjerte tante Nic Waal var en viktig inspirasjon for ham. Som nyutdannet psykolog begynte han høsten 1954 som utdanningskandidat på Nic Waals nyoppstartede institutt. I 1959 ble han sjefpsykolog der med særlig ansvar for utdanningsvirksomheten.

Da det barne- og ungdomspsykiatriske fagfeltet vokste fram på 50- og 60-tallet, var det viktig for Einar å kjempe for en solid utdanning av fagpersonene som skulle jobbe i feltet. En utdanningsmodell som integrerte klinisk praksis og teoretisk kunnskap, mente Einar var sentralt for å sikre at fagpersonene skulle kunne hjelpe barn og unge på en god måte. Han jobbet svært engasjert inn mot blant annet Helsedirektoratet og fikk gjennomslag for den integrerte klinisk-teoretiske læringsmodellen som etter hvert skulle

danne utdanningsgrunnlaget for de regionale sentrene for barn og unges psykiske helse. Utallige leger, psykologer, sosionomer og pedagoger har fått sin videreutdanning ved Nic Waals Institutt og RBUP.

En stor og viktig krise for instituttet var Nic Waals brå død i 1960. Det var ingen selvfølge at instituttet som bar hennes navn, kunne fortsette når hun var gått bort. Den gangen, som så mange ganger senere, tok Einar ansvar. Hans utrettelige engasjement, standhaftighet, ro, sindighet og varme har sørget for at Nic Waals Institutt gang etter gang har kommet seg gjennom kriser der løsningen var krevende å få øye på. Han har jobbet inn mot myndigheter og fagmiljøer for å sikre både nødvendige økonomiske rammer og faglig posisjon for instituttet. Han bærer stor ære for at instituttet overlevde gang på gang.

Einar var teoretisk faglig sterk, men kombinert med interesse for teori hadde han også en skepsis til teorier som fikk en dogmatisk kraft og på den måten var til hinder for undring og spørsmål. Han var også kritisk til den faglige kampen som etter hvert utviklet seg mellom ulike profesjoner i fagfeltet. For Einar var en bred tilnærming, kombinasjonen av teori og praksisnære erfaringer og forståelse av kontekst grunnleggende.

Vi er glade for valget Einar tok i 1949, og vi minnes ham i takknemlighet for hans utrettelige engasjement for barn og unges psykiske helse og den enorme innsatsen han har lagt ned for instituttet og fagfeltet. ♡

*Karin Bugge Vatne & Benedicte Skirbekk,  
Nic Waals Institutt*

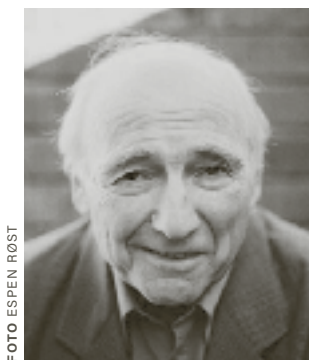


FOTO ESPEN RØST

# Jan Ewald Smedslund

1929–2026

Jan Smedslund sovnet stille inn 18. mars 2026, 96 år gammel. Med hans bortgang har norsk psykologi mistet en av sine mest markante, egenrådige og innflytelsesrike teoretiske stemmer – en ekte nestor som gjennom mer enn syv tiår utfordret fagmiljøets selvforståelse og samtidig beriket oss med en dyptgående refleksjon over hva psykologi egentlig er og kan være.

Smedslund vokste opp i Helsingfors, men kom tidlig til Norge. Han ble inspirert til å studere psykologi etter å ha hørt Harald Schjelderups forelesninger og var fra første stund opptatt av å gjøre faget til en ekte vitenskap. Han tok mag.art. i 1951 med en avhandling om psykologisk teori og dr.philos. i 1955 med *Multiple probability learning*. Han var tidlig knyttet til Institutt for samfunnsforskning og deltok i det intellektuelle miljøet rundt Arne Næss og «Osloskolen». Fra 1964 var han professor i psykologi ved Universitetet i Bergen, fra 1966 ved Universitetet i Oslo, der han også var instituttbestyrer under og etter studentopprøret 1968–70. Siden 1999 var han professor emeritus. Han var gjesteforsker og professor ved en lang rekke internasjonale institusjoner, blant annet University of Minnesota, Stanford, Harvard, Oxford og Cambridge, og medlem av Det Norske Videnskaps-Akademi.

Jan Smedslunds faglige reise er preget av en sjelden evne til å bevege seg mellom empirisk forskning og filosofisk dybde. Han startet med behavioristisk læringsteori (Hull), gikk videre via Egon Brunswiks sannsynlighetslæring og ble sterkt preget av Jean Piaget, som han studerte hos i Genève 1957–58. Smedslunds arbeider om barns begrepsutvikling og deres forståelse av at mengde eller egenskaper kan være uendret tross ytre forandringer, vakte tidlig internasjonal oppmerksomhet. Gjennom egen karakteranalytisk vegetoterapi hos Nic Waal (1952–56) og senere klinisk praksis – gruppeterapi, akuttpsykiatri, rusbehandling, veiledning ved Veksthuset på Gaustad og privatpraksis fra 1977 – møtte han den menneskelige virkeligheten i all sin kompleksitet. Erfaringene medførte en humanistisk vending hos ham. I boken *Becoming a*

*Psychologist* (1972) la han grunnlaget for en psykologi som forstår mennesker som bevisste, intensjonale og meningssøkende vesener innenfor et sosialt konstruert dagligspråk.

Det mest originale og kontroversielle bidraget hans var utviklingen av **psykologikken** – en systematisk klargjøring av den «common sense»-logikken som allerede ligger innebygd i dagligspråkets psykologiske begreper. Gjennom bøker som *Psycho-Logic* (1988), *The Structure of Psychological Common Sense* (1997) og *Dialogues about a New Psychology* (2004) viste han at mye av det vi kaller empirisk forskning i psykologien, egentlig er «pseudoempirisk» – den tester hypoteser som er analytisk sanne ut fra selve begrepenes mening (eksempler: forbausede personer har opplevd noe uventet; en person som får det han ønsker, blir tilfreds). Smedslund hevdet at mennesket som intensjonalt vesen ikke lar seg fange i generelle, falsifiserbare lover på samme måte som naturvitenskapene. Psykologien må derfor i større grad være en refleksiv, hermeneutisk disiplin som analyserer, nyanserer og videreutvikler sine begreper og strategier.

Denne posisjonen var både provoserende og befriende. Smedslund ble en kontroversiell figur i den mer naturvitenskapelig orienterte og dominerende strømmen, men ga inspirasjon til kolleger med hermeneutisk, sosialkonstruktivistisk og kulturpsykologisk orientering. Internasjonalt ble han møtt med både motstand og respekt, noe som blant annet kom til uttrykk i antologien *Respect for Thought: Jan Smedslund's Legacy for Psychology* (2020).

Som spesialist i klinisk psykologi arbeidet han aktivt som behandler. Han underviste i konsultasjon, kriseintervensjon, gruppeterapi og profesjonell etikk og fortsatte å undervise og holde kurs også etter at han ble professor emeritus som 70-åring.

Jan Smedslund var en usedvanlig «aleneforfatter» – nesten alle hans arbeider sto alene i hans navn. Han fortsatte å skrive og delta i fagdebatter lenge etter pensjonsalderen. Tidsskrift for Norsk psykologforening publiserte tekster av ham også i 2021, da han var over 90 år. I sine sene artikler vendte han stadig tilbake til grunnspørsmålene: Hvorfor har psykologien som empirisk vitenskap så få akkumulerte fremskritt etter hundre år? Hvorfor forsvinner teorier og metoder ofte i «likegyldighet» når deres opphavspersoner går bort? Han påpekte at vi bare kan lære av det som er stabilt – og det finnes først og fremst i menneskeskapte sosiale regler og dagligspråkets nødvendige sammenhenger.

Personlig vil han bli husket som en oppmuntrende kollega og god venn. Han skapte og ga navn til den mangeårige faglige arenaen «Gruppegruppa», der teoretiske og kliniske spørsmål ble drøftet med ærlighet og intellektuell skarphet. Han var prinsipiell og direkte, men alltid med en underliggende respekt for kollegers tenkning.

Med Jan Smedslunds bortgang forsvinner en stemme som vanskelig lar seg plassere i enkle kategorier. Han etterlater seg et arbeid som har satt varige spor i både norsk og internasjonal psykologihistorie – ikke minst som en påminnelse om at faglig integritet krever mot til å stille de vanskelige, grunnleggende spørsmålene.

Få har som Jan Smedslund vist oss at psykologi handler like mye om å forstå mening som å måle variabler.

Vi takker ham for innsatsen og savner ham dypt. 🙏

---

Paul Moxnes  
pensjonist, gjesteprofessor UiO

# Et bredere perspektiv på aldring

Foto: Lise Mønsen/Psykologforeningen



**Chris  
Margaret  
Aanonsen**

Visepresident med ansvar for fag- og profesjonspolitikk

**Skal vi forstå hva det vil og kan si å bli eldre i dagens samfunn, trenger vi flere perspektiver samtidig. Vi må se både på utfordringene som må løses, og på ressursene og erfaringene eldre representerer.**

Eldre omtales ofte i samme åndedrag som «kostnad», «risiko» og «samfunnsutfordring». Men eldre er ingen ensartet gruppe. Aldring rommer store forskjeller i helse, funksjon, livssituasjon, ressurser og behov.

Det er vanskelig å lese nyheter uten å se et tydelig mønster. Aldring knyttes i stor grad til sykdom, kostnader og systemsvikt. Eldre blir gjerne synlige når noe går galt: når omsorgen ikke strekker til, når helsetjenester svikter, eller når utgiftene øker. Psykisk helse, livskvalitet, mobilitet og sosial deltakelse får langt mindre plass i den offentlige debatten. Hvilke forventninger skaper det hos de av oss som er eldre i dag, og hos resten av oss, som en dag skal bli eldre?

Fremstillingen i mediebildet gjenspeiles i den politiske debatten, og godt er det at det kommer frem hvor det trengs tiltak. Mange av utfordringene er alvorlige og må tas på største alvor. Riksrevisjonens rapport om helsetjenestenes samhandling om eldre, peker på vesentlige svakheter. Den konkluderer blant annet med at mange flere burde få helsehjelp på lavest mulig omsorgsnivå, at tjenestene er for fragmenterte, og at det er behov for å innrette statlige virkemidler for å sikre dette.

Måten vi snakker om aldring på, påvirker også hvilke forventninger vi har til eldre, til tjenester og til egen alderdom. Derfor trenger vi et bredere perspektiv.

Forskning på fagområdet gir et mer nyansert bilde. Den viser at redusert mobilitet hos eldre henger sammen med flere faktorer enn somatisk helse og fysisk aktivitet. Angst og depresjon er faktorer som både fører til og forsterker sosial tilbaketrekning, lavere aktivitet og økt somatisk sykdom. Samtidig kan utvikling av angst og depresjon henge sammen med forverring av somatisk helse. Når mobilitet går ned, øker risikoen for både psykiske og fysiske helseplager,

og dermed også behovet for psykiske og somatiske helsetjenester.

Likevel er psykiske lidelser hos eldre fortsatt underdiagnostisert og underbehandlet. Tilgangen til psykologisk behandling for eldre er begrenset, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Myter om at eldre ikke ønsker å ta imot behandling for psykiske lidelser eller at behandling har mindre effekt hos eldre, er utbredt. Disse mytene bidrar til å begrense både dagens tilbud og hemme utviklingen av nødvendige fremtidige tjenester. I tillegg kan de føre til lave forventninger hos eldre om eget behandlingsutbytte.

Psykologisk kompetanse er i liten grad representert i tjenestene for eldre. Alderisme er både et samfunnsproblem, en utfordring for eldre og deres pårørende, men også for deres helse og livskvalitet. Studier viser sammenheng mellom opplevd alderisme og Eldres livskvalitet og psykiske helse, også når en kontrollerer for andre kjente faktorer.

## «Måten vi snakker om aldring på, påvirker også hvilke forventninger vi har til eldre»

Hvordan kan vi bidra til større oppmerksomhet rundt alderisme og holdningsendringer? Hvordan kan psykologisk kompetanse benyttes for å bedre helse- og omsorgstjenester til eldre? Hvordan kan vi sikre at de som kan og ønsker det, kan fortsette i arbeid etter pensjonsalder? Hvordan kan samfunnet i større grad ta i bruk eldres erfaring og kompetanse i arbeidslivet, familiene og frivilligheten? Og hva trengs av kultur- og minoritetsforståelse i møte med en stadig mer mangfoldig eldre befolkning?

For å kunne bidra med et bredt psykologisk perspektiv på både individ- og samfunnsnivå, har Psykologforeningen utformet en strategi for eldre og vedtatt «Psykisk helse og eldre» som hovedsatsningsområde. Jeg gleder meg til videre utforming og arbeid sammen med hele foreningen på et område hvor vår kompetanse kan utgjøre en betydningsfull forskjell.

# Alvorlige hendelser: Ny meldeordning

Foto: Felicia Rolf/Psykologforeningen



## Rikke Solbakke

Spesialrådgiver i  
Jus- og arbeidslivs-  
avdelingen

**Det er vedtatt en ny meldeordning for alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenesten, med planlagt ikrafttredelse 1. juli 2026. Ordningen erstatter dagens varselordning, og innebærer endringer i ansvars plassering og tilsynsmyndighetenes rolle.**

### Bakgrunn og formål

Den nye ordningen følger Varselutvalgets rapport Fra varsel til læring og forbedring (2023), og Prop. 121 L (2024–2025) om endringer i helsetilsynsloven mv. Et sentralt premiss er at læring og forebygging primært skal skje i virksomhetene selv. Formålet er å styrke pasient- og brukersikkerheten gjennom økt vekt på læring og forbedring, samt å bidra til tillit til helse- og omsorgstjenesten.

### Virksomhetenes ansvar og styringssystemer

Virksomhetene gis hovedansvaret for oppfølging av alvorlige hendelser. Oppfølgingen skal skje innenfor rammen av virksomhetens styringssystem og det lovpålagte arbeidet med kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet. Virksomhetene skal uten ugrunnet opphold identifisere og håndtere risiko, gjennomføre hendelsesgjennomgang og årsaksanalyse, involvere berørte aktører og sikre oppfølging av pasienter, brukere, pårørende og personell.

For kommuner og fylkeskommuner må dette ses i sammenheng med internkontrollpliktene etter kommuneloven kapittel 25.

Et sentralt trekk er at ansvar for både faktabeskrivelse, årsaksvurdering og forslag til tiltak i større grad samles hos den samme virksomheten som har vært involvert i hendelsen.

### Hva som skal meldes

Meldeplikten videreføres i hovedsak uendret. Følgende hendelser omfattes:

- dødsfall eller svært alvorlig skade med sammenheng til helsehjelp
- hendelser der pasient eller bruker skader en annen med tilsvarende alvorlig utfall
- forutsatt at utfallet er uventet ut fra påregnelig risiko



Meldeplikten gjelder alle virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester. Meldinger sendes fortsatt via melde.no. Pasienter, brukere og nærmeste pårørende har fortsatt selvstendig melderett.

### Frister og rapporteringsplikt

Ordningen innfører nye tidsfrister:

- melding skal sendes snarest og senest innen fem virkedager
- virksomheten skal innen tre måneder sende en rapport til statsforvalteren

Rapporten skal inneholde gjennomgang av hendelsen, vurdering av mulige årsaker, planlagte eller iverksatte tiltak, samt redegjørelse for involvering og oppfølging av berørte parter. Det er presisert at rapporten ikke er underlagt detaljerte formkrav. Omfang og utforming skal tilpasses hendelsens karakter og virksomhetens størrelse.

Helsedirektoratet skal utarbeide en eller flere veiledere for rapport, eventuelt med eksempler og/eller maler som kan benyttes av virksomhetene. Veileder skal være ferdig innen 1. juni 2026.

### Tilsynsmyndighetenes rolle

Statsforvalteren skal i større grad veilede og støtte virksomhetene, fremfor å granske enkelthendelser. Tilsyn kan fortsatt iverksettes ved behov, basert på risikovurderinger. Meldinger sendes til statsforvalteren og Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten (Ukom) med kopi til Statens helsetilsyn, som fortsatt skal bidra til nasjonal læring og identifisering av risikoområder.

### Avsluttende bemerkninger

Den nye meldeordningen utvider ikke meldeplikten, men endrer organiseringen av oppfølgingen og ansvarsfordelingen. Reformen flytter fokus fra ekstern kontroll til virksomhetenes egen håndtering og læring, noe som kan gi raskere forbedringsarbeid og bedre integrasjon i kvalitetsarbeidet. Økt involvering av berørte parter kan også styrke dialog og oppfølging.

Samtidig reiser ordningen spørsmål om uavhengighet, kontroll og tillit, særlig når virksomhetene selv analyserer hendelser og foreslår tiltak. Mindre synlig ekstern involvering kan påvirke pasienters og pårørendes tillit, spesielt i alvorlige saker. Balansen mellom intern oppfølging og ekstern kontroll vil være avgjørende for ordningens legitimitet og effekt.



SIVILRETTS-  
FORVALTNINGEN

## DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON

### søker ny leder for perioden 2027-2031

Med virkning fra 1. april 2027 skal det oppnevnes ny leder til Den rettsmedisinske kommisjon.

For mer informasjon om kommisjonen, se <https://www.sivilrett.no/drk>

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til [Jobbnorge.no](https://www.jobbnorge.no) innen **30.06.2026**

**Jobbnorge-300663**



SIVILRETTS-  
FORVALTNINGEN

## DEN RETTSMEDISINSKE KOMMISSJON

### Søker medlemmer for perioden 2027 - 2031

Med virkning fra 1.april 2027 skal det oppnevnes nye medlemmer til gruppe for rettspatologi og klinisk rettsmedisin, toksikologisk gruppe, genetisk gruppe og psykiatrisk gruppe. Søkere til de ulike gruppene bør være spesialist innen sitt fagfelt. Aktuelle kandidater fra hele Skandinavia oppfordres til å søke.

For mer informasjon om kommisjonen, se <https://www.sivilrett.no/drk>

Søknad med CV og attester sendes elektronisk til [Jobbnorge.no](https://www.jobbnorge.no) innen **30.06.2026**

**Jobbnorge-300682**

### Kurs i ACT og skjemat terapi - behandling av komplekse tilstander

Dette kurset gir en innføring i hvordan ACT (Acceptance and Commitment Therapy) og skjemat terapi kan integreres i klinisk praksis for behandling av pasienter med sammensatte og langvarige utfordringer.

Datoer: 8-9 september, 2026. Pris 6800 kr. Plattform: Digitalt via Teams.

Kurset er godkjent av Norsk Psykologforening som 16 timer vedlikeholdsaktivitet for psykologspesialister.



Kurset passer for psykologer og behandlere som arbeider med komplekse kliniske problemstillinger og ønsker en transdiagnostisk tilnærming med solid teoretisk forankring.

Påmelding: [oledragland@gmail.com](mailto:oledragland@gmail.com).  
10% rabatt ved påmelding innen 8. august.

Velkommen til to dager med faglig fordykning!

# Ønsker du å annonserere?

Neste utgivelse er 1. juli, frist for å bestille annonse er **16. juni**.

UTGAVE	FRIST	UTGIVELSE
Juli	16. juni	1. juli
August	16. juli	3. august
September	17. august	1. september

Kontakt oss for mer informasjon:  
Unni Sandland

**E-post** [tidsskrift@psykologtidsskriftet.no](mailto:tidsskrift@psykologtidsskriftet.no)  
**Telefon** 23 10 31 33

Psykologtidsskriftet



# Er du medlem i Norsk psykologforening?

Husk at du har gode priser og betingelser

- Du får **30 % rabatt** på utvalgte forsikringer
- Samler du minst tre forsikringer, øker rabatten til **35 %**
- Kjøper du på nett, får du i tillegg **10 % nettrabatt**

Scan QR-koden  
for å lese mer



## Kurs i klinisk idrettspsykologi

### Vil du lære hvordan du kan jobbe klinisk med toppidrettsutøvere?

Kurset gir en teoretisk og praktisk innføring i klinisk idrettspsykologi med fokus på:

- Risikofaktorer
- Vanlige psykiske plager og lidelser
- Behandling vs. prestasjonsrettet arbeid
- Prinsipper fra kognitiv, metakognitiv og ACT-tilnærming
- Forebygging og utvikling av gode prestasjonsmiljøer

**Kursledere:** Psykologspesialistene Tom Henning Øvrebø og Dag Sørum

**Kursdato:** 16.–17. november 2026

**Kurssted:** Olympiatoppen Sportshotell, Oslo

Godkjent av Norsk psykologforening som 16 timers vedlikeholdskurs

Les mer om kurset og meld deg på her:  
Eller kontakt oss på [nsiph@nisph.no](mailto:nsiph@nisph.no)



### Masterclass i Metakognitiv terapi, 2026–2028, Oslo

MKT Masterclass er et 2-årig utdanningsprogram som tilbys av *Metacognitive Therapy Institute* (MCT-I; <https://mct-institute.co.uk>). Professor Odin Hjemdal og Professor Henrik Nordahl er ansvarlige for den norske versjonen av utdanningen. Målet med utdanningsprogrammet er å gi helsepersonell muligheten til å oppnå høy kompetanse i MCT. Utdanningen vil kunne føre frem til tittel som «MCT-Institute registered therapist» som er en beskyttet og registrert tittel for de som fullfører utdanningen med godkjent diplom. Samlingene vil bli holdt i Oslo, og gjennomføres i perioden august 2026–juni 2028.

MKT Masterclass er et spesialisert utdanningsprogram ment til å bygge kompetanse i utøvelsen av denne innovative behandlingstilnærmingen. Programmet tilbyr den mest faglige oppdaterte kunnskapen om MCT, og tilbyr mulighet til å utvikle klinisk kompetanse og ferdigheter på områder som ulike angstlidelser, PTSD, OCD, kroniske depresjoner og personlighetsproblemer. For mer informasjon, se <https://mct-institute.no/masterclass>

### 12 dagers treningsprogram

### Acceptance and Commitment Therapy (ACT)



**Kursholdere:** Psykologspesialistene Asle Thude Elen & Thorvald Andersen.

Vil du bruke 12 dager på å vokse faglig og personlig, opparbeide deg god kjennskap til ACT, samtidig som du trener opp et bredt repertoar av ACT intervensjoner?

Vi tilbyr et omfattende program med nok dybdetrening til å anvende ACT i din kliniske praksis. Kurset er godkjent som 72 timers vedlikehold av spesialiteten i psykologi.

**Frist påmelding:** 20 juni 2026

**Sted:** Tønsberg. Tollboden, Nedre Langgate 38.

**Dato:** 26 – 28 august 2026. 4 – 6 november 2026.

13 – 15 januar 2027. 10 – 12 mars 2027.

**Pris:** 37.000 Kr. inkl. lunsj, kaffe og frukt.

**Hjemmeside:** [www.bedreterapeuter.no](http://www.bedreterapeuter.no)

**Kontakt:** [kontekstuell@gmail.com](mailto:kontekstuell@gmail.com)

### Helse Sør-Øst RHF



### Ledige avtalehemler i psykologi

Helse Sør-Øst RHF har avtale med ca 950 legespesialister og psykologspesialister gjennom avtalespesialistordningen. Avtalespesialistene skal bidra til å oppfylle sørge for-ansvaret til Helse Sør-Øst RHF.

Fullstendige stillingsannonser og elektroniske søknadsskjemaer finner du på hjemmesiden: [helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger](http://helse-sorost.no/om-oss/ledige-stillinger)





# Er du i tvil om du og pasienten kan kommunisere godt nok uten tolk?

Husk å bestille kvalifisert tolk.

Les mer om bestilling og bruk av tolketjenester i oppdatert veileder her:



Skann  
meg for  
veileder

Kull 24

# Psyk meg opp i ledelse!

Sted og dato: Asker, 3.-4. desember 2026, 17.-18. februar 2027 og 21.-22. april 2027

Norsk psykologforening viderefører tilbudet til psykologer med lederansvar innenfor helseforetakene. Vi inviterer nå til kull 24 med første samling 3. og 4. desember 2026.

Det er og vil være et stort behov for gode ledere innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling. Vi trenger ledere som har selvinnsikt og er trygge på egen lederkompetanse. Slike ledere er raus, tydelige og modige og baserer sitt lederskap på tillit, involvering og dialog. I tillegg kjenner og behersker de de mest sentrale lederverktøyene som brukes i helsetjenesten og har forståelse for økende krav til kunnskapsbasert praksis.

Kurset vil ledes av rådgiver Einar Li, tidligere fagsjef for lederutvikling i Helse Sør-Øst RHF, og psykologspesialist Tove Mathiesen. Det blir invitert inspirerende forelesere fra helseforetakene i hele landet. Kursets arbeidsform forutsetter at deltakerne er til stede hele tiden på alle tre samlinger og overnatter på kurshotellet. Det blir gitt enkle hjemmeoppgaver i periodene mellom samlingene.

Kurset består av tre samlinger på Quality Hotel Leangkollen i Asker.

Kurset er et tilbud til psykologer i alle fire helseregioner med lederansvar på ulike nivåer.

Det vil også være aktuelt for psykologer med noe ledererfaring som ønsker å vurdere en videre lederkarriere i helseforetakene. Deltakere med økonomi- og personalansvar vil bli prioritert. Medlemmer i Norsk psykologforening betaler kun reise og opphold. Ikke-medlemmer betaler en kursavgift på kr 15 000,-. Psykologforeningen har holdt av rom på hotellet for en natt på hver samling. Mer informasjon kommer til de som får plass på dette kullet.

Kurset er arbeidsintensivt og gir anledning til å trene på å gjennomføre konkrete tiltak i deltakernes egen lederhverdag. Dette blir av deltakerne på tidligere kull fremhevet som en av de store styrkene ved seminaret, som har fått meget gode tilbakemeldinger.

Spørsmål om kurset kan rettes til: Tove Mathiesen, tlf. 922 50 986, e-post [tovema28@me.com](mailto:tovema28@me.com), eller Einar Li, tlf. 916 37 495, e-post [li.ledelse@gmail.com](mailto:li.ledelse@gmail.com)

Søknad om deltakelse, som må være anbefalt av overordnet, sendes fortløpende og senest innen 28. august 2026 til Tove Mathiesen på e-post [tovema28@me.com](mailto:tovema28@me.com)

Les mer her:



**SENTRALSTYRET NORSK PSYKOLOGFORENING**

**President**

Hanne Indregard Lind  
948 05 153  
hanne@psykologforeningen.no

**Visepresidenter**

Bjarte Bønes Bruntveit  
909 98 052  
bjarte@psykologforeningen.no

Chris Margaret Aanonsen  
957 92 616  
chris@psykologforeningen.no

**Medlemmer**

Alf Martin Karvonen Eriksen  
909 65 138  
alfmeriksen@gmail.com

Ann Birgithe Solheim Eikhom  
971 29 052  
abseikhom@gmail.com

Eldrid Robberstad  
475 00 308  
Eldrid.robbestad@sola.kommune.no

Helene Amundsen Nissen-Lie  
997 37 309  
h.a.nissen-lie@psykologi.uio.no

Anne-Kristin Imenes  
907 55 410  
anne.kristin.imenes@gmail.com

Trude Senneseth  
954 66 774  
trude.senneseth@me.com

Andreas Teisner Høstmælingen  
936 48 119  
andreas@nubu.no

Sølve Brækkan Halvorsen  
Studentrepresentant  
spu@psykologforeningen.no

**Varamedlemmer**

Trude Hoff (1. vara)  
415 21 900  
trudhof@online.no

Helén Ingrid Andreassen (2. vara)  
402 89 796  
helen.ingrid@gmail.com

Werner Nebelung (3. vara)  
909 48 350  
werner.nebelung@gmail.com

Mariann Smith-Novik (4. vara)  
979 66 767  
mariann.smith-novik@finnmarkssykehuset.no

Iver Nathaniel Sletten (1. vara student)  
iverns@uio.no

**LOKALAVDELINGER**

**Akershus**

Andrea Wister  
andrea\_wister@alumni.brown.edu  
994 35 493

**Aust-Agder**

Silje Andreassen  
austagder@psykologforeningen.no  
908 38 407

**Buskerud**

Joan Sigrun Nygard  
buskerud@psykologforeningen.no  
416 66 260

**Finnmark**

Dagmar Patricia Steffan  
finnmark@psykologforeningen.no  
971 95 996

**Hedmark**

Ragnhild Platou Borgersen  
hedmark@psykologforeningen.no  
456 61 862

**Hordaland**

Asiyah Michelle Farooqui  
hordaland@psykologforeningen.no  
971 26 394

**Møre og Romsdal**

Bjørn Olav Henden  
moreogromsdal@psykologforeningen.no  
974 81 950

**Nord-Trøndelag**

Trude Hoff  
trudhof@online.no  
415 21 900

**Nordland**

Mette Sevaldsen Lisø  
nordland@psykologforeningen.no  
414 01 624

**Oppland**

Eline Sørensen  
oppland@psykologforeningen.no  
902 96 361

**Oslo**

Birgit Aanderaa  
oslo@psykologforeningen.no  
917 12 983

**Rogaland**

Marie Tonette Solhaug Hansen  
rogaland@psykologforeningen.no  
977 34 812

**Sogn og Fjordane**

Solbjørg Torheim Hanitz  
solbjorg\_89@hotmail.com  
902 95 676

**Sør-Trøndelag**

Marthe Kristine Striger Dingen  
sortrondelag@psykologforeningen.no  
473 11 213

**Telemark**

Birgitte Lindøe  
telemark@psykologforeningen.no  
473 83 123

**Troms**

Ida Atalie Falch  
troms@psykologforeningen.no  
916 99 270

**Vest-Agder**

Trine Åstveit Lund  
vestagder@psykologforeningen.no  
988 91 554

**Vestfold**

Simen Mjøen Larsen  
vestfold@psykologforeningen.no  
906 53 556

**Østfold**

Jon Børre Rekstad  
ostfold@psykologforeningen.no  
922 52 667

**Fagetisk råd**

Ole Magnus Vik, leder  
Rådgivningstlf. 480 58 723, onsdager kl 15.30–17.30

**Lønns- og arbeidslivsutvalget**

Bjarte Bønes Bruntveit, visepresident med ansvar for lønns- og arbeidslivspolitikk  
bjarte@psykologforeningen.no  
909 98 052

**Forhandlingsutvalg for privat praksis**

Bjarte Bønes Bruntveit, leder  
bjarte@psykologforeningen.no  
909 98 052

**Spesialitetsrådet**

Chris Margaret Aanonsen, leder  
chris@psykologforeningen.no  
957 92 616

**Fag- og profesjonsrådet**

Chris Margaret Aanonsen, leder  
chris@psykologforeningen.no  
957 92 616

**FAGUTVALGENE****Felleselementene**

Serina Fuglestad Sikveland  
serina.fuglestad@gmail.com  
452 83 244

**Barne- og ungdomspsykologi**

Per Martin Løken  
per.martin.loken@gmail.com  
988 34 672

**Familiepsykologi**

Trine Eikrem, leder  
trine.eikrem@bufetat.no  
466 16 566

**Rus- og avhengighetspsykologi**

Eva Karin Løvaas, leder  
evakarinloevaas@gmail.com  
916 64 076

**Eldrepsykologi**

Ida Anette Bjørk  
idanetteb@yahoo.no  
994 08 915

**Psykoterapi**

Ingunn Aanderaa Opsahl, leder  
ingunnaanderaa@hotmail.com  
971 50 507

**Voksenpsykologi**

Even Rognan  
evenrogan@gmail.com  
410 28 606

**Nevropsykologi**

Heine Hagenberg  
heine@skeptic.no  
942 46 548

**Habiliteringspsykologi**

Tonje Elgsås, leder  
tonjeped@gmail.com  
922 33 224

**Arbeidspsykologi**

Anette Høy Dye, leder  
anette.hoy.dye@moment.consulting  
928 24 338

**Samfunn- og allmennpsykologi**

Kjersti Hildonen, leder  
khi@lorenskog.kommune.no  
907 85 288

**Organisasjonspsykologi**

Rudi Myrvang, leder  
rudi.myrvang@gmail.com  
906 03 355

**Klinisk helsepsykologi**

Borrik Schjødt, leder  
borriks@gmail.com  
990 27 309

**VALGKOMITEEN I NORSK  
PSYKOLOGFORENING**

Arne Holen, leder  
arnenpf@nevropsykologholen.no  
922 30 383

**GODKJENNINGSUTVALGET**

Ole André Solbakken, leder  
o.a.solbakken@psykologi.uio.no  
913 75 496

**ANKEUTVALGET FOR  
SPESIALITETENE**

Kim Larsen, leder  
kim.larsen@so-hf.no  
69 32 62 24

**FAGUTVALG FOR RETTS-  
PSYKOLOGI OG SAKKYNDIGHET**

Susanne N. Johansen, leder  
sarimonrose@outlook.com  
990 49 283

**STUDENTPOLITISK UTVALG**

Sølve Brækkan Halvorsen, leder  
950 10 201  
spu@psykologforeningen.no

**KLIMAUTVALGET**

Tuva Bræin, leder  
tuvabraein@gmail.com  
458 52 172

**FORSKNINGSPOLITISK UTVALG**

Klara Øverland, leder  
klara.overland@uis.no  
406 08 818

**MENNESKERETTIGHETS-  
UTVALGET**

Reidar Hjermann, leder  
rh@hjermann.no  
994 47 291

**TESTUTVALGET**

Rudi Myrvang, leder  
rudi.myrvang@gmail.com  
906 03 355

**YNGRE PSYKOLOGERS UTVALG**

Peter Hurlen, leder  
ypu@psykologforeningen.no

**SEKTORUTVALG****Spesialisthelsetjenesten**

Terje Opsahl, Sørlandet sykehus, leder  
Terje89@gmail.com  
410 30 264

**Stat**

Grethe Strand Rolfsen, Bufetat – r. øst, leder  
grethe.strand.rolfsen@bufetat.no  
959 99 232

**Kommunal sektor**

Trude Hoff, Ringsaker, leder  
trudhof@online.no  
415 21 900

**Avtalespesialister**

Henrik Riekeles Vik, Helse Sør-øst, leder  
henrik@rivik.no  
408 45 848

**Privat**

Ane Johnsen, leder  
ane@millimtr.no  
400 02 343

**SEKRETARIATET****Stab**

Tlf. 23 10 31 30

Ole Tunold, generalsekretær  
ole@psykologforeningen.no

Karine Lindholm Liland, kommunikasjonssjef  
karine@psykologforeningen.no

**Administrasjonsavdeling**

Linda T. Grønås, administrasjonssjef  
linda@psykologforeningen.no

**Utdanningsavdeling**

Linn Engebretsen, konstituert utdanningssjef  
linn@psykologforeningen.no

**Jus og arbeidslivsavdeling**

Christian Zimmermann, forhandlingssjef  
ja@psykologforeningen.no

**Fagpolitisk avdeling**

Lars Conrad Moe, fagsjef  
lars.conrad@psykologforeningen.no

**Norsk psykologforening**

Pb. 419 Sentrum, 0103 Oslo  
Besøksadresse: Kirkegata 2  
Tlf. 23 10 31 30  
post@psykologforeningen.no

For mer informasjon, se  
www.psykologforeningen.no



---

## Innhold

Tidsskrift for Norsk psykologforening nr. 6 2026

### **Å leve lange liv**

Inger Hilde Nordhus & Elisabeth Flo-Groeneboom

### **Styrking av globale menneskerettigheter for eldre – en investering i fremtiden**

Nora Sveaass

### **Aldersstereotypier – hva gjør de med de eldre?**

Eva Karin Dalsgaard Axelsen

### **Eldres seksuelle helse**

Sidsel Louise Schaller

### **Overgangsalderen – et undertematisert område i psykologisk praksis**

Elisabeth Flo-Groeneboom, Una Ørvim Sølvik  
& Inger Haukenes

### **En jeremiade for eldrepsykologien**

Matt Oxman

### **Aktivist for Eldres rettigheter**

Simen Bø

### **Personlighetsforstyrrelser hos eldre**

Arvid Hammerstad

### **Angstbehandling hos eldre**

Kristine Gustavsen Madsø, Line Sandven  
& Inger Hilde Nordhus

### **Behandling for eldre med generalisert angstlidelse – erfaringer og funn fra Solli DPS**

Kristine Sirevåg & Silje Haukenes Stavestrand

### **Fire gode vaner i kommunikasjon med eldre pasienter**

Ingrid Hyldmo, Torkil Berge & Arnstein Finset

### **Mangelfull kartlegging av psykisk helse hos hjemmeboende eldre**

Marthe Grue

### **Doktorgrader**

### **Et livsløpsperspektiv på kognitiv aldring**

Kristine B. Walhovd & Anders M. Fjell

### **Emotion och åldrande**

Håkan Fischer

### **Hva glemmer de eldre?**

Martin Bystad & Ingrid Daae Rasmussen

### **Søvn og søvnlidelser hos eldre**

Ståle Pallesen, Elisabeth Flo-Groeneboom,  
Bjørn Bjorvatn & Inger Hilde Nordhus

### **Nevropsykologisk undersøkelse og utredning av mild kognitiv svikt**

Erik Hessen

### **Hvorfor vi bør slutte å snakke om eldrebølgen**

Inger Hilde Nordhus

### **Alder som hindring for psykologisk behandling**

Ida Anette Bjørk

### **Eldremyter og alderisme**

Linn-Heidi Lunde

### **En viktig fagetisk refleksjonsdugnad**

Ole Magnus Vik & Cathrine Eide

### **Minneord**