

## Status og framtid for norsk aldersforskning

*Svein Olav Daatland, Inger Hilde Nordhus  
Tor Inge Romøren og Olav Sletvold*



*Kultur og samfunn*

*Medisin og helse*

# **Status og framtid for norsk aldersforskning**

*Svein Olav Daatland, Inger Hilde  
Nordhus, Tor Inge Romøren og  
Olav Sletvold*



**Norges  
forskningsråd**

© **Norges forskningsråd 2000**

Norges forskningsråd  
Postboks 2700 St. Hanshaugen  
0131 OSLO  
Telefon: 22 03 70 00  
Telefaks: 22 03 70 01  
bibliotek@forskningsradet.no  
www.forskningsradet.no/

Publikasjonen kan bestilles via internett:  
[www.forskningsradet.no/publikasjoner](http://www.forskningsradet.no/publikasjoner)

eller grønt nummer telefaks: 800 83 001

Omslagsillustrasjon: Stockmarket/Tom Stewart  
Omslagsdesign: Bergsnov, Mellbye & Rosenbaum  
Trykk: GCS as  
Opplag: 250

Oslo, desember 2000  
ISBN 82-12-01512-2(trykksak)  
ISBN 82-12-02059-2 (pdf)

## Forord

Sosial- og helsedepartementet ga i 1998 Norges forskningsråd et oppdrag som gjaldt videre forskning om aldring. Den konkrete foranledningen var et forslag fra NOVA til Sosial- og helsedepartementet om etablering av et nasjonalt forskningsprogram for aldersforskning.

Sosial- og helsedepartementet ba Forskningsrådet om å vurdere forslaget, som omfattet forskning innenfor flere medisinske og samfunnsvitenskapelige fag og disipliner. I samråd med departementet ble NOVA bedt om å utarbeide et forslag til et prosjekt om kunnskapsstatus for norsk aldersforskning, hvor også framtidig forskningsbehov og -innretning skulle inngå.

På grunnlag av forslaget ble oppdraget gitt til NOVA, med Svein Olav Daatland som prosjektleder. Oppdraget ble basert på forskning forankret innenfor medisin, psykologi og sosiologi. I den foreliggende rapporten er det nærmere redegjort for organisering og bidrag fra de nevnte fagene.

I Forskningsrådet har prosjektet vært lagt opp som et samarbeid mellom Medisin og helse og Kultur og samfunn.

Rapporten vil i begynnelsen av 2001 bli behandlet i områdestyrene for Medisin og helse og Kultur og samfunn før Forskningsrådet legger fram en vurdering av rapporten og forslagene for Sosial- og helsedepartementet med en anbefaling om videre oppfølging.

Norges forskningsråd  
Desember 2000



Geir Stene Larsen

Direktør  
Medisin og helse



Arvid Hallén

Direktør  
Kultur og samfunn



# Innhold

SAMMENDRAG .....	5
<i>Utredningen</i> .....	5
<i>Vurderingen</i> .....	5
<i>Forslagene</i> .....	6
Nasjonale forløpsstudier .....	6
Nasjonalt aldersforskningsprogram .....	6
Miljøstøtte.....	6
<i>Konklusjon</i> .....	7
<b>DEL I. BAKGRUNNEN.....</b>	<b>9</b>
OPPDRAGET .....	9
ARBEIDSMÅTEN .....	9
BEHOVET FOR ALDERSFORSKNING.....	10
<i>Aldringen av befolkningen</i> .....	10
<i>Forlengelsen av livet</i> .....	11
<i>Etikk og alderisme</i> .....	11
<i>Forskningens rolle</i> .....	12
AVGRENSNING.....	12
<i>Aldersforskning</i> .....	12
<i>Gerontologi og geriatri</i> .....	12
INNHALDET AV RAPPORTEN .....	13
<i>To perspektiver</i> .....	13
<i>Periode</i> .....	14
<i>Innholdet</i> .....	14
<b>DEL II. UTVIKLINGEN .....</b>	<b>15</b>
DE FØRSTE ÅRENE.....	15
DET SOSIALGERONTOLOGISKE SPORET .....	15
<i>Betydningen av et eget institutt</i> .....	15
<i>Forvaltningsnær profil</i> .....	16
<i>Bredere forankring, snevrere fokus</i> .....	17
<i>Universiteter og høyskoler</i> .....	18
GERIATRISK OG HELSEFAGLIG ALDERSFORSKNING .....	19
<i>Geriatrien slår rot</i> .....	19
<i>Andre helsefag kommer til</i> .....	20
<b>DEL III. DE SISTE ÅRENE OG DAGENS MØNSTER.....</b>	<b>23</b>
DET ORGANISATORISKE LANDSKAPET .....	23
<i>Endringer på 1990-tallet</i> .....	23
Prioritering av helsegerontologi.....	23
Forsknyning mot omsorgstjenesteforskning .....	25
<i>Dagens mønster</i> .....	26
Survey .....	26
De sentrale miljøene .....	27
<i>Gerontologi og aldersforskning i andre land</i> .....	28
Det øvrige Norden .....	28
I internasjonal sammenheng.....	29
DET FAGLIGE LANDSKAPET.....	30
<i>Sykdom og helsetjenester</i> .....	31
Helsefaglig aldersforskning .....	31
Sykdomsforløp og behandlingsformer .....	32
Klinisk helseforskning .....	33
<i>Aldring, mestring og mental helse</i> .....	34
Differensiering og variasjon .....	34
Forekomst av psykiske lidelser .....	35
Behandlingsstudier .....	35
Mestring og tilpasning .....	36
<i>Omsorg og omsorgstjenester</i> .....	36
Helsekarrierer og omsorgsforløp .....	36

Omsorgstjenestenes makroperspektiv .....	37
Omsorgstjenestenes mikroperspektiv .....	38
Etiske og etniske utfordringer .....	39
<i>Aldring og samfunn</i> .....	40
Arbeid og pensjonering .....	40
Aldring og velferdspolitik .....	40
Sosial integrasjon og levekår .....	41
Holdninger og eldrebilder .....	42
<b>DEL IV. KONKLUSJONER OG FORSLAG .....</b>	<b>43</b>
SAMMENFATTENDE VURDERING .....	43
<i>Styrke og svakhet</i> .....	43
<i>Behov for et nasjonalt krafttak</i> .....	44
FORSLAG OG VIRKEMIDLER .....	44
<i>Plan for perioden 2001-2010</i> .....	44
<i>To nasjonale forløpsstudier</i> .....	45
<i>Et nasjonalt aldersforskningsprogram</i> .....	46
<i>Miljøstøtte</i> .....	48
KONKLUSJON .....	48
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>49</b>
<b>VEDLEGG 1: FAGPANEL .....</b>	<b>51</b>
<i>ALDERSFORSKNING I NORGE: GERIATRI OG ALDERSPSYKIATRI ANNO 2000</i>	
KNUT LAAKE OG KNUT ENGEDAL .....	53
<i>FORSKNINGSMESSIGE UTFORDRINGER INNENFOR ELDREOMSORGEN - ET SYKEPLEIEVITENSKAPELIG PERSPEKTIV</i>	
MARIT KIRKEVOLD .....	61
<i>ALDRINGENS PSYKOLOGI: HVA BØR PRIORITERES, HVORDAN OG HVORFOR?</i>	
BRITT SLAGSVOLD .....	69
<i>ALDERSFORSKNING: DEMOGRAFISKE OG BEFOLKNINGSØKONOMISKE PERSPEKTIVER</i>	
NICO KEILMAN .....	77
<i>ANTROPOLOGISKE PERSPEKTIVER I GERONTOLOGIEN: HVA, HVORDAN OG HVORFOR?</i>	
KIRSTEN DANIELSEN .....	85
<i>ALDERSFORSKNING: SOSIOLOGISKE PERSPEKTIVER</i>	
GUNHILD O. HAGESTAD .....	93
<b>VEDLEGG 2: IDÉDUGNAD .....</b>	<b>99</b>
INVITASJON TIL IDÉDUGNAD .....	99
<b>VEDLEGG 3: SURVEY .....</b>	<b>103</b>
FØLGEBREV .....	103
SURVEY .....	104
UTVALG .....	108
<b>REFERANSER .....</b>	<b>110</b>
PUBLIKASJONER OG UTREDNINGER FRA DE TIDLIGE ÅRENE (KRONOLOGISK) .....	110
KUNNSKAPSSTATUSER OG PLANER DET ER REFERERT TIL (KRONOLOGISK) .....	111
NOEN NORDISKE PLANER OG PROGRAMMER FOR ALDERSFORSKNING (KRONOLOGISK) .....	111

## Sammendrag

### Utredningen

Utredningen er gjort på oppdrag fra Norges forskningsråd med finansiering fra Sosial- og helsedepartementet. Hensikten var å utarbeide en kunnskapsstatus for norsk aldersforskning med sikte på å legge fram forslag til hvordan forskningen på området kan styrkes og utvikles videre. Oppdraget ble gitt til NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Rapporten tar for seg både helsefaglig og sosialfaglig aldersforskning, men biologisk aldersforskning faller utenfor. Med «aldersforskning» siktes det *i vid forstand* til forsknings- og utviklingsarbeid der «aldring eller Eldres forhold inngår som et vesentlig element». Aldersforskning *i snevrere forstand* vies særlig oppmerksomhet, og er den delen som er forankret i gerontologien som fag og forskningsfelt.

Rapporten og forslagene er utarbeidet av en arbeidsgruppe på fire: Svein Olav Daatland, NOVA (leder), Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen, Olav Sletvold, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU), Trondheim og Tor Inge Romøren, NOVA. Rapporten har også bidrag fra et fagpanel på sju eksperter fra forskjellige vitenskapelige disipliner. Deres bidrag er samlet i et vedlegg til rapporten.

Rapporten er i fire deler. Bakgrunnen for utredningen er beskrevet i del I. Utviklingen av norsk aldersforskning er presentert i del II. Del III inneholder en beskrivelse og vurdering av det organisatoriske og faglige landskapet de siste årene, det vil si på 1990-tallet og fram til i dag. Konklusjoner og forslag er samlet i del IV.

### Vurderingen

Den norske aldersforskningen har høy kvalitet i enkelte deler, men som helhet står den svakt. Kontinuiteten på området og forankringen til gerontologien som fag bæres av en liten gruppe forskere og et fåtall miljøer. Det har vært svak rekruttering til dette «kjernemiljøet», men et økende innslag av aldersforskning i videre forstand – av «gjesteforskere» fra andre fag og tradisjoner.

Det er et misforhold mellom aldringen av befolkningen og de beskjedne midlene som har vært avsatt til forskning og utdanning. De brede spørsmålene om aldringens betydning for individ og samfunn har måttet vike til fordel for mer praktisk orienterte studier. Valget av temaer og tilnærminger er blitt sterkere preget av forvaltningens interesser, og det har blitt et stigende innslag av små og beskrivende undersøkelser med liten generaliseringsverdi.

Aldersforskningen risikerer å bli trivialisert av etterspørselen etter strategiske data, knappe bevilgninger og korte tidshorisonter. Et nasjonalt krafttak for aldersforskning bør derfor ha en langsiktig målsetting med vekt på teoretisk forankring. Dette vil i det lange løp også bidra med den mest anvendbare kunnskapen.

De svake sidene av norsk aldersforskning kan i mer generelle vendinger oppsummeres ved at den faglige profilen er for snever, datagrunnlaget er for tynt, orienteringen er for lokal og rekrutteringen for dårlig. Viktige delmål må derfor være (a) å sikre et bedre datagrunnlag for norsk aldersforskning, (b) å stimulere til langsiktig planlegging og faglig profilering, (c) å styrke den internasjonale orienteringen og (d) å stimulere rekrutteringen og interessen for området mer generelt. Det er behov for en langsiktig satsning for å løfte omfang og kvalitet av norsk aldersforskning til et nivå som er høyere enn det er i dag.



## **Forslagene**

Det foreslås *en tiårig plan* for perioden 2001-2010 med en samlet ramme på 100 millioner kroner. Beløpet tilsvarer ca. 0,1 promille av driftsutgiftene til eldreomsorg og alderspensjon (på dagens nivå) i disse årene. Det bør legges opp til en opptrapping innenfor perioden, slik at de aktuelle forskningsmiljøene skal bli i stand til å bære satsningen videre når planperioden er over. En reell vekst forutsetter at det dreier seg om «friske midler» – ikke en omdisponering innenfor de eksisterende budsjetter. Arbeidsgruppa foreslår mer konkret en satsning langs tre linjer: å etablere *nasjonale forløpsstudier* for å bedre datatilgangen og styrke samarbeidet i sektoren, å starte opp *et nasjonalt aldersforskningsprogram* for å gi satsningen retning og styrke, og å sette av en del midler til mer generell *miljøstøtte*.

### **Nasjonale forløpsstudier**

Norsk aldersforskning har i alle år lidd under mangel på gode datasett. Det foreslås derfor at det avsettes midler til to større forløpsstudier – én med sin primære basis i sosialgerontologi og én med primær forankring i helsegerontologi. Begge studiene vil være tverrfaglige, men med ulike tyngdepunkt. Omfanget tilsier at de blir gjennomført som samarbeid mellom flere miljøer, og at dataene blir tilgjengelige for enda flere og utgjør grunnlag for prosjekter man kan søke midler til under det nasjonale forskningsprogrammet.

Med forprosjektering og oppfølging i mellomliggende år vil utgiftene ligge på ca. 15 millioner kroner til hver av undersøkelsene. Samlet beløp for de to forløpsstudiene blir dermed 30 millioner kroner for hele perioden.

### **Nasjonalt aldersforskningsprogram**

Det foreslås 60 millioner kroner til et nasjonalt forskningsprogram i perioden 2001-2010 som innbyr til en bredde av forskningstemaer om aldringsprosesser, om Eldres livsvilkår, om hvordan samfunnet former og formes av aldring, og om intervensjon på alle nivåer fra diagnostikk og behandling til pensjoner og politikk. Programmet foreslås organisert langs tre tverrfaglige akser, med tre deltemaer under hver akse:

#### Akse 1: Aldringens variasjon

- 1.1. Helse og funksjonsevne i et forløpsperspektiv
- 1.2. Aldring, mestring og livskvalitet
- 1.3. Aldringens sosiale og kulturelle ytringsformer

#### Akse 2: Det aldrende samfunn

- 2.1. Alder, generasjon og integrasjon
- 2.2. Aldring, miljø og teknologi
- 2.3. Rettigheter og plikter over livsløpet

#### Akse 3. Intervensjoner og tiltak

- 3.1. Kliniske studier
- 3.2. Omsorgstjenestenes innhold og organisering
- 3.3. Eldrepolitikken og velferdsstaten

### **Miljøstøtte**

Det foreslås dessuten 10 millioner kroner til en mer generell styrking av infrastrukturen og forskningsmiljøene. Her oppfordres spesielt til søknader med internasjonal profilering og søknader om å styrke gerontologiens stilling og status på universiteter og høyskoler.

## **Konklusjon**

Det foreslås en styrking av norsk aldersforskning med en ramme på 100 millioner kroner i perioden 2001 til 2010, fordelt på tre satsningområder:

- (1) To forløpsstudier for å styrke datatilfanget – 30 millioner kroner.
- (2) Et nasjonalt forskningsprogram – 60 millioner kroner.
- (3) Særskilt miljøstøtte – 10 millioner kroner.



## Del I. Bakgrunnen

### Oppdraget

Oppdraget har vært å utarbeide en kunnskapsstatus for norsk aldersforskning med sikte på å legge fram forslag til hvordan forskningen på området kan styrkes og utvikles videre. Utredningen er gjort på oppdrag fra Norges forskningsråd med finansiering fra Sosial- og helsedepartementet.

Foranledningen var henvendelser fra Norsk gerontologisk institutt (senere en del av NOVA) til departement og forskningsråd med forslag om å utvikle en nasjonal plan for aldersforskning. Liknende henvendelser var også kommet fra andre. Bakgrunnen for disse initiativene var misforholdet mellom det stigende behovet for kunnskaper om aldring og eldre og de beskjedne ressursene som var tilgjengelig for forskning.

### Arbeidsmåten

Ansvar for utarbeidelsen av denne kunnskapsstatusen ble gitt til NOVA – Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Arbeidet ble i samråd med Forskningsrådet (områdene for Kultur og samfunn og Medisin og helse) organisert på en måte som sikret muligheter for innspill fra alle aktører med interesser på området.

Et *fagpanel* av eksperter fra ulike disipliner ble bedt om å bidra med en vurdering av status på sine områder, med særlig vekt på forslag til prioriterte områder for forskning i årene framover (Vedlegg 1).

Vi inviterte også til en større *idédugnad* i starten av prosjektet for å få innspill fra en bredere gruppe av brukere og fagfolk (Vedlegg 2).

Selve prosjektet har blitt gjennomført av en *arbeidsgruppe* på fire. De representerer mye av bredden i norsk aldersforskning ved å dekke sentrale disipliner og ved å representere både universitetene, instituttsektoren og ulike deler av landet. Arbeidsgruppa har hatt to møter med fagpanelet i tillegg til sine egne møter og konferanser per e-post. Det er også gjennomført en *survey* blant en rekke institutter og forskningsgrupper for å vurdere bredden og omfanget av det vi i en videre forstand kan kalle norsk «aldersforskning» (Vedlegg 3).

Arbeidsgruppa har bestått av:

*Svein Olav Daatland*, sosialpsykolog og forsker ved NOVA (leder).

*Inger Hilde Nordhus*, førsteamanuensis i eldrepsykologi ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen.

*Olav Sletvold*, professor i geriatri, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, Regionsykehuset i Trondheim.

*Tor Inge Romøren*, lege og sosiolog og forsker ved NOVA.

Fagpanelet har bestått av:

*Knut Laake*, professor i geriatri, Universitetet i Oslo, Klinikk for geriatri og rehabilitering, Ullevål sykehus.

*Knut Engedal*, professor i alderspsykiatri, Universitetet i Oslo, Klinikk for geriatri og rehabilitering, Ullevål sykehus. Engedal er også faglig koordinator ved Kompetansesenteret for aldersdemens, avdeling Oslo.

*Marit Kirkevold*, professor i sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.

*Nico Keilman*, professor i demografi ved Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.

*Britt Slagsvold* (psykologi), forskningsleder for Gruppe for aldersforskning, NOVA.

*Kirsten Danielsen* (sosialantropologi), forsker ved Gruppe for forskning om velferd, livskvalitet og helse, NOVA.

*Gunhild Hagestad*, professor i sosiologi ved Northwestern University, USA og Høgskolen i Agder.

## **Behovet for aldersforskning**

Det er flere grunner til å vinne kunnskaper om aldring og eldre menneskers livsvilkår. For det første dreier det seg om en naturlig og universell prosess som berører alle. Aldring er et av de grunnleggende trekk ved tilværelsen, og dermed et grunnvilkår som alle mennesker og alle samfunn må forholde seg til.

### **Aldringen av befolkningen**

En annen begrunnelse er knyttet til befolkningen og livsløpet. Forlengelsen av livet og aldringen av befolkningen betyr at modne og eldre år har fått økt vekt både i den enkeltes liv og for samfunnet. Mens folketallet omtrent er doblet i løpet av det siste hundreåret, er det blitt fire ganger flere over 67 år og fem-seks ganger flere over 80. Antallet eldre stabiliserer seg framover mot år 2010, til dels med en nedgang blant yngre eldre på grunn av små kull født mellom 1924 og 1943. Deretter fortsetter aldringen av befolkningen med en dobling av antall eldre framover mot år 2050.

Den forventede levealderen er blitt forlenget fra 50 til 80 år i løpet av ca. hundre år, med noe variasjon mellom kvinner og menn. Det var ingen selvfølge å overleve til eldre år for hundre år siden. Noe over halvparten passerte 65-års dagen mot 80-90 prosent av dem som fødtes i dag. Snart kan flertallet av mennene feire sin 80-års dag mot en av fire ved innledningen til forrige århundre. Kvinnene har forlenget passert den milepælen.

Dagens eldre generasjoner ble født inn i et samfunn på vei fra land til by, fra primærnærings til industri, fra fattigdom til velferd. Livssjansene var usikre, skoleårene var få, arbeidet tungt og kunne vare livet ut. De fleste døde før sin tid, mange ble tidlig gamle, men alderdommen var ofte kort og uten tilstrekkelig økonomisk og sosial sikring. Morgendagens gamle har vokst opp etter krigen, med andre muligheter og livsbaner. Vi går senere inn i arbeidslivet på grunn av forlenget skolegang, men går stadig tidligere ut igjen via pensjonering til tross for at helsa er blitt bedre for hvert nytt årskull (kohort). Mange tilbringer like mange år som pensjonister som fra fødselen til de stiftet familie, og de fleste av disse årene i rimelig god helse.

De store og raske endringene i individuelle livsbaner og i befolkningens sammensetning krever en ny tilpasning på det individuelle, sosiale og samfunnsmessige plan. Vi er på alle tre nivåer preget av et strukturelt etterslep av tilpasninger mellom gamle former og nye forutsetninger som skaper spenninger det er behov for å finne løsninger på. I løpet av 20-30 år vil dagens eldre generasjoner skiftes ut med dem som i dag er midt i livet, og som bringer med

seg andre forutsetninger og forventninger for alderdommen enn dem de erstatter. Det er på tide å systematisere erfaringene og å se framover for å forberede oss på årene som kommer.

### **Forlengelsen av livet**

En tredje grunn ligger i de problemer som er forbundet med det lengre livet og de flere eldre – først og fremst den sviktende helsa og den økte risikoen for avhengighet av andre. Bedre kunnskaper om aldring kan gjøre oss i stand til å forebygge og lindre noen av alderdommens problemer. Tilsvarende viktig er det å kunne utvikle tilbud og tiltak som kan kompensere for svikt og svekkelse i eldre år. Det ligger også velferdspolitiske og samfunnsøkonomiske utfordringer her. Eldresektoren har i løpet av forholdsvis få år blitt et betydelig politikkområde. Nær 650 000 personer er alderspensjonister i folketrygden. Dertil kommer tusener på tidligpensjon. Anslagsvis 200 000 er til enhver tid brukere av pleie- og omsorgstjenester, og blir betjent av mer enn 100 000 ansatte som til sammen utfører ca. 80 000 årsverk. De samlede brutto driftsutgiftene til eldresektorens pensjoner og tjenester er omtrent 100 milliarder kroner årlig og utgjør ca. ti prosent av brutto nasjonalproduktet. Da er ikke medregnet utgifter til generelle helsetjenester (primærlege, sykehus m.v.).

Både behov og utgifter må forventes å øke i takt med aldringen av befolkningen. Her ligger utfordringer for familier og profesjonelle tjenesteytere, ikke minst hvordan vi skal kunne rekruttere tilstrekkelig med kompetent personell. Kvalitativt gode tjenester og behandlingstilbud er vanskelig å tenke seg uten en forankring i forskning. I de store ressursene som kreves ligger også økonomiske og politiske utfordringer. Det er behov for ressurser, og vi trenger oppslutning i befolkningen om det kollektive ansvaret. Hvor går grensene mellom det offentlige og private? Hvor trygg er oppslutningen om den såkalte generasjonskontrakten?

### **Etikk og alderisme**

I behovet for økonomisk og sosial trygghet i eldre år ligger også en etisk begrunnelse for aldersforskning. Samfunnets karakter kjennetegnes ved hvordan det behandler sine svake grupper, og gerontologien går her inn i en tradisjon av forskning på de svakes side for å avdekke velferdsproblemer og urettferdighet. Slik bidrar forskningen til å avklare hvilke rettigheter og plikter som påhviler individ og samfunn, og forskningen gir i så måte viktige innspill til den løpende verdidebatten.

En femte begrunnelse er at forskningen også tjener til å motvirke fordommer. Gerontologien har bidratt til å sette voksenalderen på dagsorden, og har kunnet avsløre aldersfordommer og diskriminering. Men alderismen er fortsatt levende. De sosiale bilder av aldring er preget av et elendighetsperspektiv som bidrar til unødig angst for eldre år og til at politiske beslutninger bygger på foreldete oppfatninger. I framstillingen av eldre mennesker som byrder for samfunnet (den truende eldrebølgen), ligger også en trussel mot eldre menneskers identitet og selvbilde. Forskningsbaserte kunnskaper bør også her kunne tjene som en korrigerende instans.

Den siste grunnen som skal nevnes her er at vi gjennom forskning kan styrke undervisning og rekruttering til området. Det er stort behov for personell i eldresektoren i årene som kommer – personell med en variert faglig bakgrunn. Men uten den kompetanse og det engasjement som søken etter nye kunnskaper gir opphav til, skal det bli vanskelig å trekke til seg unge mennesker. Undervisningen i gerontologi og geriatri har lenge vært forsømt i Norge – især på de høyere nivåene. Denne mangelen preger også den offentlige debatt og bidrar til at vi har vanskelig for å utforme en tidsriktig og framtidsrettet eldrepolitikk.

## **Forskningens rolle**

I disse begrunnelsene for aldersforskning ligger en illustrasjon av forskningens ulike roller. Gjennom forskning kan vi få avdekket viktige velferdsproblemer, få forklaringer på hvordan slike problemer oppstår, og få en systematisk vurdering av virkemidlene som settes inn for å løse – eller lindre – problemene. I det første tilfellet dreier det seg om systematiske *beskrivelser*, i det andre om *analyser og teori* og i det tredje om *evaluering*. I alle tilfellene dreier det seg om en systematisk innsamling av kunnskap og erfaring på en måte – og i en form – som lar seg kritisere, vurdere og etterprøve.

Gerontologien er blitt kritisert for å være rik på fakta, men fattig på teori. Det er samlet inn mengder av beskrivende data om eldre, men man er kommet langt kortere hva gjelder teoriutvikling omkring prosessene som har ført fram til disse mønstrene. Det er ikke mengden av fakta som er problemet, for vi trenger substanskunnskaper, og denne typen data forvitres raskt og må fornyes i takt med de historiske endringene. Men skal forskning være noe mer enn tall og innspill til dagens politiske og praktiske beslutninger, må den også ha sine røtter godt plantet i teori.

Som vi skal komme tilbake til, har en økende del av den norske aldersforskningen i de senere årene blitt preget av kortsiktige og praktiske utredninger med liten generaliseringsverdi. Forskningen på området er dermed truet av trivialisering, og et nasjonalt krafttak for aldersforskning bør derfor ha en langsiktig målsetting med vekt på teoretisk substans. Dette vil i det lange løp også bidra med den mest praktisk anvendbare kunnskapen.

## **Avgrensning**

### **Aldersforskning**

Vi har tatt utgangspunkt i en bred definisjon av «aldersforskning». Som *forskning* inkluderer vi da alt som vanligvis grupperes inn under forsknings- og utviklingsarbeid (FoU). For at det skal regnes som *aldersforskning*, krever vi ikke mer enn at «aldring eller eldres forhold inngår som et vesentlig element».

Det var denne brede definisjonen som lå til grunn for en survey vi gjennomførte blant aktuelle forskningsmiljøer, men vi skal etterhvert snevre feltet i begge retningene. Noe av den registrerte virksomheten ligger på grensen av å kunne kalles *forskning*, og flere av de inkluderte forskerne vil ikke selv regne det de driver med som *aldersforskning*.

Vi skal holde fast ved et relativt bredt forskningsbegrep, som ikke bare reserveres for analyser og teoriutvikling med sikte på å vinne ny kunnskap, men også inkluderer systematiske beskrivelser og evaluering. Hva som mer spesifikt skal regnes som *aldersforskning* er langt på vei et spørsmål om hva forskerne selv regner det som. Kjernen av norsk aldersforskning er representert ved et langt snevrere utsnitt av personer og prosjekter enn de som inkluderes under den brede definisjonen.

### **Gerontologi og geriatri**

Det kan også være nødvendig med en klargjøring av begrepene gerontologi og geriatri. Noen ser dem som likestilte fag og begreper, der gerontologi dreier seg om den normale aldringen, mens geriatrien tar for seg sykdommene i eldre år. Vi skal imidlertid holde oss til den begrepsbruken som ligger til grunn for den internasjonale gerontologiske foreningen, International Association of Gerontology. Her betraktes gerontologi (studiet av aldring og eldre) som et paraplybegrep, mens biogerontologi, geriatri og sosialgerontologi er delområder. I de senere årene har det kommet ytterligere spesialiseringer så som gerontopsykiatri og

psykogerontologi, humanistisk gerontologi og adferdsgerontologi. I denne rapporten holder vi oss til det vi i vid forstand kan se som helsefaglig og sosialfaglig aldersforskning. Biologisk aldersforskning faller utenfor denne avgrensningen.

Hvorvidt gerontologien skal regnes som en egen vitenskapelig disiplin eller snarere som et forskningsfelt der flere disipliner møtes, er fortsatt et diskusjonstema. Man har enkelte teorier, begreper og metoder som regnes som spesifikt gerontologiske. Man har også egne organisasjoner, kongresser og tidsskrifter, og internasjonalt er gerontologien forankret i universitetene med egne institutter og professorater og muligheter for studier helt fram til doktorgraden. Gerontologien har altså utviklet mange av disiplinens kjennetegn, men vi ser det i det minste foreløpig som mer rimelig å se den som et tverrfaglig forskningsfelt snarere enn en egen disiplin. Gerontologisk forskning har nok enkelte spesialteorier og til dels en metodikk som til en viss grad skiller den fra andre fagfelt, men det dreier seg primært om forskning med basis i teorier og metoder fra allerede etablerte disipliner som medisin, psykologi og sosiologi. Aldersforskeren vil dermed ha behov for å orientere seg både i dybden innenfor sin basisdisiplin og i bredden mot andre disipliner innenfor gerontologien. I det å styrke aldersforskningen kan det også ligge en slik tosidig holdning – å styrke gerontologien som sådan og å styrke de gerontologiske perspektivene innenfor basisdisiplinene.

## **Innholdet av rapporten**

Kunnskapsstatuser er av mange slag og kan bl.a. graderes etter generalitet og hensikt. Noen er detaljrike og spesifikke, andre gir mer generelle oversikter. Noen har først og fremst en beskrivende hensikt, andre legger større vekt på analyse og evaluering.

Vi har valgt den mer generelle tilnærmingen – uten å referere til bestemte prosjekter eller publikasjoner fra de senere årene. Derimot har det falt naturlig med en del konkrete referanser i den historiske delen, og vi viser også til noen viktige utredninger fra de tidlige årene. Området er ellers for stort til å kunne gå i detaljer. Dette er også noe av grunnen til at vi har skåret ned på beskrivelsene til fordel for en mer analytisk holdning. Noen av detaljene man måtte savne kan man finne i vedlegget til rapporten, eller via referanser til mer detaljerte kunnskapsoversikter som allerede finnes for noen av delområdene.

## **To perspektiver**

Gerontologien er en tverrfaglig arena, der forskere fra ulike basisdisipliner møtes i studier av nærmere bestemte problemer og tema. Her ligger dermed både innenfaglige og tverrfaglige utfordringer. Vi har forsøkt å trekke fordeler av begge tilnærmingene og har derfor bestilt artikler fra et fagpanel av eksperter. De er bedt om å gi en oversikt over sine områder og vurdere hvilke spørsmål som er særlig aktuelle for ny forskning. Fagpanelistene representerer *disiplinperspektivet* og kommer fra medisin og sykepleievitenskap, psykologi og sosialantropologi, demografi og sosiologi. De skulle dermed representere storparten av bredden i norsk aldersforskning, selv om enkelte disipliner er utelatt. Fagpanelistene er stilt fritt i utformingen av sine bidrag, som altså står for forfatterens egen regning. De er i sin helhet trykket i Vedlegg 1.

I selve rapporten legger vi et *tverrfaglig perspektiv* til grunn, og organiserer framstillingen etter temaer, ikke disipliner. Deler av rapportens innhold og forslag har vært diskutert med fagpanelet og andre underveis, men slik det framstår her, er rapporten fullt og helt arbeidsgruppas ansvar. Vi bygger både på fagpanelets bidrag og på innspill fra idédugnaden, men det er til slutt våre egne vurderinger som gjelder, og det er vi som er ansvarlige for det som måtte være mangelfullt eller på annen måte kritikkverdig.



**Periode**

Hva periode angår så konsentrerer vi oss i denne rapporten om de siste årene, omtrentlig avgrenset til 1990-årene og fram til i dag. For å sette denne perioden i perspektiv har vi også kastet et blikk bakover og presenterer en kort historikk over norsk aldersforskning. Det er tilsvarende nyttig med et sideblikk til situasjonen i andre land, og da begrenser vi oss til dagens situasjon i et utvalg av land som det er nærliggende å sammenlikne oss med.

**Innholdet**

Innholdet i rapporten er dermed organisert på følgende måte. I del II går vi kort gjennom utviklingen av norsk aldersforskning. Vurderingen av det organisatoriske og faglige landskapet de siste årene er samlet i del III. I den avsluttende del IV følger arbeidsgruppas konklusjon med forslag til hvordan aldersforskningen kan styrkes i årene framover. Rapporten avrundes med et vedlegg. Her finnes fagpanelistenes bidrag og resultatene fra en survey blant aktuelle forskningsgrupper.

## **Del II. Utviklingen**

### **De første årene**

Starten av norsk aldersforskning kan dateres til første halvdel av 1950-årene, mer konkret til Axel Strøms studie av «Eldres levekår og helsetilstand» og Arne Martinsens undersøkelse av «Gamle- og pleiehjem i Norge». Begge var store, landsomfattende undersøkelser – i Strøms tilfelle blant hjemmeboende eldre i alderen 70 år og over (n=1 389). Martinsens undersøkelse omfattet praktisk talt alle norske aldersinstitusjoner, nærmere bestemt 547 institusjoner med mer enn 13 000 beboere. Det dreiet seg om systematiske beskrivelser av disse gruppens levekår, med liten vekt på teori. Begge studiene ble publisert i Norske gerontologiske skrifter nr. 2 i 1956. Denne skriftserien var innledet i 1955 med heftet «Vår aldrende befolkning», som var et programnotat for å bedre norsk eldreomsorg – en målsetting som var den drivende også for framveksten av aldersforskningen. Hensikten var å frambringe anvendbare kunnskaper for å bedre eldre menneskers livsvilkår.

Den nevnte skriftserien var etablert av De gamles helsekomité, som var opprettet av Nasjonalforeningen for folkehelsen i 1950 og tiltrådt av Norske Kvinners Sanitetsforening året etter. Fra dette miljøet kom også initiativet til Norsk Gerontologisk Selskap i 1954 (fra 1962: Norsk selskap for aldersforskning – NSA). Hensikten med foreningen var å stimulere til forskning og faglig utvikling på tverrfaglig grunnlag, og man samlet derfor alle disipliner og fag i samme forening. Målet var et nasjonalt institutt for aldersforskning, som ble en realitet i og med stiftelsen av Nasjonalforeningens gerontologiske institutt i 1957. NGI ble overtatt av staten i 1973 under navnet Norsk gerontologisk institutt.

Professor Axel Strøm ved Sosialmedisinsk institutt ved Universitetet i Oslo var den sentrale skikkelsen i de første årene av norsk aldersforskning. Det var også han som ledet den neste store undersøkelsen, denne gang i samarbeid med det nylig startede NGI. «De eldre og arbeidet» ble publisert i 1961. Også dette var en stor og beskrivende studie, med et utvalg på ca. 3 900 arbeidstakere i alderen 60 år og over for menn og 55 år og eldre for kvinner.

Disse tidlige studiene ble gjennomført ved Sosialmedisinsk institutt, men på initiativ fra De gamles helsekomité. Da den gerontologiske foreningen (NSA) ble stiftet i 1954, overtok NSA komitéens rolle og herunder utgivelsen av Norske gerontologiske skrifter. Ballen ble sendt videre til NGI ved opprettelsen i 1957, og NGI og NSA kom til å samarbeide nært i årene som kom.

Utviklingen videre ble preget av at psykologisk og samfunnsvitenskapelig aldersforskning fikk en organisatorisk forankring i og med opprettelsen av NGI. Interessen for gerontologi og geriatri innenfor medisin og helsefag måtte bæres oppe av enkeltpersoner og hadde vanskeligere for å utvikle seg.

### **Det sosialgerontologiske sporet**

#### **Betydningen av et eget institutt**

Den neste store undersøkelsen skjedde i regi av NGI. Det dreiet seg ikke bare om en organisatorisk, men også om en faglig og tematisk dreining. Temaet for studien var aldring og intelligens. Fokus var dermed skiftet fra sosialmedisin til psykologi og fra anvendte til mer

disiplinorienterte problemstillinger. Undersøkelsen ble gjennomført i samarbeid med Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo med finansiering fra Norges almenvitenskapelige forskningsråd. Del av prosjektet var en tilrettelegging av Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS) for norske forhold. Studien ble publisert i Norske gerontologiske skrifter i 1965 (Nordvik et al. 1965). Enkelte resultater var publisert allerede året før i Journal of Gerontology, det ledende internasjonale tidsskriftet på området (Beverfelt et al. 1964). Også dette er en illustrasjon av at det vitenskapelige ambisjonsnivået var hevet.

NGIs øvrige virksomhet var imidlertid svært praktisk orientert, og det var den anvendt forskningen som kom til å bli pregende. Instituttet hadde f.eks. ansvaret for driften av et dagsenter, og det ble lagt stor vekt på informasjon og formidling overfor kommuner og faggrupper. Men blikket var altså også rettet mot den internasjonale gerontologien. Mot slutten av 1940-tallet var det etablert gerontologiske foreninger i 17 land. Den internasjonale foreningen (International Association of Gerontology) ble stiftet i 1950 og avholdt sin første kongress i Liège dette året. De nordiske landene var forholdsvis tidlig ute med å institusjonalisere gerontologien som fag og forskningsfelt, i første omgang dominert av leger, men etterhvert med stadig større innslag fra samfunnsfagene, først og fremst fra psykologi og dernest også fra sosiologi. Svensk selskap for aldersforskning ble stiftet i 1946. Finland fulgte opp i 1950. Norge fikk som nevnt sin forening i 1954 og et eget institutt i 1957. Den danske foreningen ble stiftet i 1956 og den islandske i 1973, samme året som Nordisk gerontologisk forening ble opprettet og avholdt sin første kongress i Århus. Året etter fikk vi også en egen geriatrikisk forening i Norge.

Opprettelsen av NGI i 1957 bidro til et skifte av tyngdepunktet for norsk aldersforskning fra medisin mot psykologi og samfunnsfag – altså mot sosialgerontologien. Instituttetsjefen og forskerne som etterhvert ble rekruttert var for det meste psykologer. Etterhvert kom sosiologer og andre samfunnsvitere til, en kortere periode også med representasjon fra historie. Medisinen var representert i styret for instituttet og dels også i samarbeidsprosjekter, men det sosialmedisinske instituttets interesse for feltet forsvant mer eller mindre med Strøm, og geriatrien sto svakt innenfor medisinen ellers. Leger som måtte ha interesse for aldersforskning var dessuten bundet til sine sykehus eller universitetsstillinger og måtte ha sin forankring der. Det var dermed flere grunner til at det ikke ble noen organisatorisk samling av gerontologien på tvers av skillet mellom medisin og samfunnsvitenskap. Det er forøvrig ikke bare i Norge det har vist seg vanskelig å etablere slike disiplinoverskridende sentre, og det er også delte oppfatninger om hvor ønskelig det er.

### **Forvaltningsnær profil**

Slutten av 1960-årene var innledningen til en ny vekstperiode. Sammenliknende miljøundersøkelser var et samarbeid mellom NGI og NIBR (Norsk institutt for by- og regionforskning) og tok for seg levekår og sosial integrasjon over livsløpet i ulike typer by- og bygdemiljøer. For aldersforskningens del førte dette fram til rapporten «Eldres integrasjon» i 1973 (Helland et al. 1973), som var en bestilling fra Eldreomsorgskomiteén i forbindelse med deres innstilling IV om «Eldres helse, aktivitet og trivsel» (NOU 1973:26). Den samtidige Generasjonsundersøkelsen tok opp mange av de samme temaene, men vinklet spesielt mot familierelasjoner.

På denne tiden innledet NGI også en lengre satsning på forskning omkring arbeid og pensjonering, i første omgang med to større prosjekter, hvorav ett var longitudinelt – fulgt opp av et tredje prosjekt tidlig på 1970-tallet. Samtidig kom et økende innslag av prosjekter om eldreomsorgen i kommunene, oftest nokså små og lokalt forankrede undersøkelser av beskrivende art. Det mest omfattende av disse var Hedmarkprosjektet, som var finansiert av Rådet for medisinsk forskning. Dette var et samarbeid mellom samfunnsfag og medisin, som

var nokså uvanlig. Mange prosjekter var nok tverrfaglige, men innenfor rammene av sosialgerontologien. Begge temaene – pensjonering og eldreomsorg – har i alle årene stått sentralt i aldersforskningen, slik de også har gjort det i eldrepolitikken.

Ekspansjonen hadde sammenheng med de store offentlige utredningene i denne perioden. Den nære koblingen til forvaltningen har preget norsk aldersforskning helt siden starten på 1950-tallet. Den første offentlige utredningen om eldreomsorgen fra 1955 gikk hånd i hånd med de første forskningsprosjektene, og de samme personer sto sentralt både i forskningen og i komitéene. Mot slutten av 1960-årene kom en ny bølge av utredninger.

*Pensjonsalderkomitéen* kom med en innstilling i 1971, og foreslo bl.a. at pensjonsalderen skulle senkes fra 70 til 67 år. To større studier om overgangen fra yrkesaktiv til pensjonist og holdninger til fleksibel pensjonsalder ble satt i gang ved NGI i tilknytning til denne utredningen. *Eldreomsorgskomiteen* la fram sine fire utredninger i 1966 (om hjemmehjelp), 1969 (om institusjoner), 1971 (om boliger) og 1973 (om helse, aktivitet og trivsel), som ledet fram til den første samlede framstillingen av eldrepolitikken for Stortinget i 1975 – stortingsmeldingen om «De eldre i samfunnet».

Det var stort behov for forskningsbaserte data og kunnskaper i denne prosessen.

Eldreomsorgskomiteen finansierte flere studier, og foreslo også at forskningen på området burde styrkes. Utviklingen av aldersforskningen ble dermed nært knyttet til forvaltningen – også ved at NGI ble statlig og underlagt Sosialdepartementet i 1973. Når aldersforskningen dessuten kom til å bli forankret *utenfor* universitetene, bidro dette ytterligere til at den kom til å få en svært praksisnær og forvaltningsnær profil.

Departementene – især Sosialdepartementet – var den dominerende finansieringskilden. Interessen for aldring og eldre var mer beskjedent i forskningsrådet og på universitetene. Rådet for medisinsk forskning hadde imidlertid støttet enkelte prosjekter ved stipend eller lønn til vitenskapelige assistenter. Forskningsrådet satte også ned et utvalg for å vurdere behovet for aldersforskning, men det kom lite konkret ut av det. Utvalget kom med sin innstilling i 1975 under tittelen «Gerontologiens stilling i Norge», som var den første og foreløpig eneste utredningen om norsk aldersforskning før den foreliggende rapporten. Utvalget foreslo å styrke NGI med penger og stillinger til å bli «en tverrfaglig sentral institusjon for gerontologisk forskning», inklusive geriatri og helsefag. Man foreslo også prosjektbevilgninger og rekrutteringsstillinger, bl.a. for å stimulere interessen for aldring og eldre ved universitetene.

Men det ble altså lite resultater av denne utredningen, bare noe prosjektmidler, men ingen nye stillinger verken ved NGI, ved universitetene eller ved andre institusjoner. NGI fortsatte som det eneste miljøet i landet med ansvar for sosialgerontologi, og hadde omtrent det samme antall tilsatte i hele perioden fra 1975 til 1996 da NGI ble lagt inn under det nyopprettede NOVA. Forskningsprofilen ble imidlertid styrket ved at flere av rekruttene fikk faste stillinger, og ved at administrasjonen ble redusert til fordel for flere forskere.

Ekspansjonsperioden for NGI var især 1970-årene. Flere av dem som i dag står sentralt i sosialgerontologien ble rekruttert i disse årene og passerer pensjonsalderen i løpet av 10-15 år. Et nytt krafttak for aldersforskningen skal dermed ikke bare heve dagens nivå, men også erstatte de som slutter.

### **Bredere forankring, snevrere fokus**

Utbyggingen av pleie- og omsorgstjenestene, og især de store reformene mot slutten av 1980-årene, bidro til et skifte av balansen mot omsorgstjenesteforskning. Sosial- og helsedepartementet var den dominerende finansieringskilden, og aldersforskning ble i økende grad data- og kunnskapsproduksjon for forvaltningen. Det har i alle år også vært andre temaer

og strømninger med varierende interesse og innsats. Intelligens og personlighet ble igjen et tema fra midten av 1980-årene etter å ha ligget nede noen år. Sorg og mestring av tap var et nytt forskningstema, og ensomhet ble tatt opp både i norske og nordiske studier fra tidlig på 1980-tallet og et tiår framover. Den biografiske tilnærmingen lå til grunn for et antall studier av livsformer og sosial identitet i perioden 1985-95, der også kjønnsperspektiver sto sterkt. Kvinners aldring var utgangspunkt for en større nordisk satsning i andre halvdel av 1980-årene. Kvinneperspektivet sto sterkt også innenfor omsorgsforskningen. Tidlig på 1980-tallet var det den uformelle omsorgen, det ulønnede arbeidet og de sosiale relasjonene som var i fokus, men innsatsen ble i stigende utstrekning styrt mot omsorgstjenestene ved at forskningsinstituttene basisbevilgninger ble redusert og de eksterne midlene styrt mot områder av mer direkte antatt nytte for Sosial- og helsedepartementet. Aldersdemens ble et satsningsområde fra 1980 med stigende innsats og interesse, og ble etterhvert til et større utviklingsprogram som over tid kom til å resultere i et eget kompetansesenter for aldersdemens.

Vridningen av innsatsen mot en stigende dominans av omsorgsforskning kan illustreres ved at omtrent halvparten av prosjektene ved NGI kunne plasseres i denne kategorien i årene fra 1972 til 1988. I 1971 hørte bare ett av de sju prosjektene hjemme her. Fra 1989 og framover utgjorde omsorgsprosjektene ca. 70 prosent, og fokus ble dreiet fra omsorg til omsorgstjenester, riktignok med en bredde fra studier av tjenestenes innhold og kvalitet til komparative studier av eldrepolitikk.

Aldersforskningen fikk altså et noe snevrere felt, men derimot en bredere institusjonell forankring ved at flere forskningsinstitutter kom på banen, selv om det i regelen bare var i perioder og uten faglig identifisering med gerontologien. Dette innslaget var særlig sterkt fra 1980-tallet av. Det dreiet seg f.eks. om studier av boliger og aldersinstitusjoner ved Norsk byggforskningsinstitutt eller undersøkelser omkring omsorgstjenester og trygdespørsmål ved Norsk institutt for by- og regionforskning og Institutt for sosialforskning. Noen av disse studiene ble gjort med NGI som samarbeidspartner. Eldre arbeidstakere var fra tid til annen tema for prosjekter ved Arbeidsforskningsinstituttet, og eldre menneskers levekår og økonomi ble undersøkt ved Fafo og i Statistisk sentralbyrå. SSB har for øvrig vært en sentral datakilde for forskning omkring omsorgstjenester og levekår, og har også en stor egenforskning på demografi og samfunnsøkonomi. Denne virksomheten kommer dermed inn under vår brede definisjon av aldersforskning, som studier der «... eldres forhold inngår som et vesentlig element».

Også andre institusjoner og grupper kunne vært nevnt, men gjennomgående gjelder at tiltrekningen til forskningsfeltet var via interesse for sosialpolitikk og forvaltningens bevilgninger mer enn interessen for gerontologi. Det dreiet seg oftest om beskrivende studier, om produksjon av data for forvaltningen eller om evaluering av offentlige tiltak. I den grad det ble lagt vekt på teori, var det som regel med teorier fra andre områder enn gerontologien. Utviklingen av sosialgerontologien som fag og forskningsfelt måtte finne sted i ly av de praktiske og mer kortsiktige prosjektene som var etterspurt av forvaltningen og det politiske miljøet. Sosialgerontologien som sådan fikk dermed magre vilkår.

### **Universiteter og høyskoler**

Interessen for aldring og eldre ble etterhvert også fanget opp ved enkelte universiteter og høyskoler, men i regelen på initiativ av enkeltpersoner og uten at fagfeltet fikk en organisatorisk forankring. Tilbudet var dermed sårbart og forsvant gjerne når den aktuelle personen sluttet eller skiftet interessefelt.

Bare ved Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen fant man en fastere plass for eldrepsykologi i undervisning og forskning. I utgangspunktet var eldrepsykologi definert gjennom en øremerket undervisningsstilling. Fra 1990-tallet ble eldrepsykologien forankret i en nyopprettet universitetsklinikk, Poliklinikk for voksne og eldre. Dette sikret en forpliktende organisatorisk ramme som ga rom for utvidet opplæring til klinisk psykologisk arbeid med eldre, samtidig som man fikk muligheter til å styrke klinisk eldreforskning. Faggruppen utgjør en liten enhet, men er i dag supplert med to stipendiatstillinger og et studentstipend. Prosjektene er rettet mot psykologisk diagnostikk og ikke-medikamentell behandling med særlig fokus på affektive og tilgrensende lidelser. Selv om undervisningen i eldrepsykologi ved Universitetet i Bergen har en generell utviklingspsykologisk profil, er forskningsaktiviteten i hovedsak helsefaglig.

De samfunnsvitenskapelige fakultetene har vist langt mindre interesse for aldersforskning, igjen med unntak for Bergen. Det var også en viss forskningsaktivitet ved de regionale forskningsstiftelser og høyskoler, som f.eks. i Stavanger, Kristiansand og Lillehammer.

Sosialgerontologien har hatt vanskelig for å fottfeste ved norske universiteter og høyskoler til forskjell fra i mange andre land, der aldersforskningen som regel springer ut fra universitetene. Dette kan ha sammenheng med at vi i Norge fikk en stor anvendt instituttsektor utenfor universitetssystemet – organisert omkring sosialpolitiske temaer. Dette kan i det lange løp ha blitt en svakhet for gerontologien og andre fagfelt som ikke fant feste ved universitetene, idet forskere og studenter, fag og undervisning ble adskilt.

Dermed ble det også dårlig med undervisningstilbud. Det første kurset (for aldershjemsstyrere) ble gjennomført i 1954 i regi av De gamles helsekomité. Tidlig på 1960-tallet var det noe undervisning i psykogerontologi ved Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo i forbindelse med samarbeidsprosjektet med NGI om aldring og intelligens, men tilbudet ble avrundet da studien var ferdig. Fra midten av 1960-årene fulgte NGI opp med kurs og seminarer for lærere på sykepleierhøyskoler, som i 1972 ble instituert som Sosialdepartementets kurs for ledende eldreomsorgspersonell. I 1982 fikk man så en Videreutdanning i gerontologi og geriatri, først ved Diakonissehusets sykepleierskole i Oslo, og i 1998 kom en statlig rammeplan for videreutdanning i aldring og eldreomsorg på 20 vektall. Omtrent 20 høyskoler tilbyr i dag slik undervisning, men undervisning på høyere nivå fins ikke. Det er naturligvis noe undervisning om aldring og eldre på sosial- og helsehøyskolene, og det er fra tid til annen tilbud om kurs eller seminarer innenfor psykologi og samfunnsvitenskap, men som regel via eksterne lærerkrefter. Den første professor II-stillingen vinklet mot sosialgerontologi ble opprettet i år 2000 i Tromsø, finansiert av Program for aldersforskning i Tromsø.

## **Geriatrisk og helsefaglig aldersforskning**

### **Geriatrien slår rot**

Sosialmedisin sto i sentrum ved starten av norsk aldersforskning, men det ble etterhvert magrere år for medisinsk og helsefaglig forskning på området. Forskningen var avhengig av personlig interesse etter som den manglet en organisatorisk forankring. Det var enkeltpersoner og organisasjoner som Nasjonalforeningen som tok et ansvar for aldersforskningen, ikke universitetet eller medisinen som fag.

Geriatrien hadde tyngre for å vinne anerkjennelse i Norge enn i land som England og Sverige. Geriatri ble en grenspesialitet under indremedisinen først i 1974. Norsk geriatrisk forening ble

stiftet samme året og ble godkjent som en spesialforening av Den norske lægeforening. Man måtte vente ennå noen år for å få gjennomslag for geriatri som et universitetsfag.

En komité for å utrede «Styrking av fagområdet geriatri/gerontologi» ble satt ned av Det medisinske fakultetet ved Universitetet i Oslo i 1980 og førte etterhvert fram til at vårt første professorat i geriatri (bistilling) ble opprettet i 1982, nær 20 år etter at Sverige fikk sin første professor. Et professorat i hovedstilling var en realitet midt på 1980-tallet. Siden har vi fått professorater i geriatri også i Bergen (1986), Trondheim (1993 – bistilling), og et professorat i Tromsø 1997 (nå besatt som bistilling). Her hadde man et gjesteprofessorat i bistilling i perioder fra 1994. Oslo fikk dessuten et eget professorat i alderspsykiatri i 1994.

Den geriatriiske forskningen har sin naturlige plass i tilknytning til de geriatriiske avdelingene på universitetssykehusene. Vi har foreløpig bare én større forskningsgruppe i geriatri. Den ble bygget opp med økonomisk støtte fra Nasjonalforeningen for folkehelsen fra 1987 og framover under ledelse av professor i geriatri ved Universitetet i Oslo og lokalisert til Klinikk for geriatri og rehabilitering på Ullevål sykehus. Her hører også professoratet i alderspsykiatri til. I denne gruppen er forskere og stipendiater fra medisin og andre helsefag, så som fysioterapi, ergoterapi og sykepleievitenskap. Ni stipendiater er ført fram til doktorgrad i løpet av disse årene. Det er imidlertid vanskelig å rekruttere nye stipendiater fordi fagfeltet har lav status og de økonomiske vilkårene for stipendiater er dårlige. Det har også vært vanskelig å finne penger og personer til stillinger på mellomnivå som har kompetanse til veiledning av stipendiater. I 1996-97 ble dette miljøet styrket ved at det nyopprettede Nasjonale kompetansesenter for aldersdemens ble samlokalisert hit. Kompetansesenteret har én avdeling i Oslo og én ved Granli senter i Vestfold.

Geriatrien ble også styrket via et Nasjonalt geriatriprogram i perioden 1992-97 og et Program for aldersforskning i Tromsø, som ble startet opp i 1996. Seksjonen for geriatri ved Universitetet i Bergen har et mindre antall stipendiater og en professor, som er samlokalisert med den noe større Seksjon for sykepleievitenskap. Begge er seksjoner under Institutt for samfunnsmedisin. Professoratet og seksjonen ved NTNU i Trondheim er både yngre og mindre. Her er man koblet til Institutt for kliniske nevrofag. Det er planer om en betydelig utvidelse av geriatrien når det nye regionsykehuset står ferdig om noen år.

De geriatriiske seksjonene er altså forskjellige både i størrelse, i faglig profil og i organisasjonsform. Oslo har profilert sin forskning mot epidemiologi, demens og psykiske lidelser. Tromsø har et bredere tilfang av emner, men en løsere organisasjon som et nettverk mer enn et forskningssenter. Trondheim og Bergen har vært særlig opptatt av evaluering av helsetjenester til eldre.

Norsk geriatri og helsegerontologi mer generelt har vært hemmet av at man aldri har fått anledning til å gjennomføre noen større epidemiologisk undersøkelse med fokus på aldring og eldre – langt mindre en longitudinell studie. Denne typen studier har vært én stimulans for aldersforskningen i mange land. Både Sverige, Finland og Danmark har flere undersøkelser av denne typen. For Norges del har man måttet nøye seg med mindre og mer lokale studier, og å «henge seg på» større helseundersøkelser som primært har hatt andre formål.

### **Andre helsefag kommer til**

Sykepleievitenskaplig aldersforskning har i de senere årene kommet sterkere inn i bildet via egne institutter eller seksjoner ved universitetene i Oslo, Bergen og Tromsø. Trondheim mangler sykepleievitenskap, men her har man et tverrfaglig helsefag som er organisert under Psykologisk institutt.

Det første professoratet i sykepleievitenskap ble opprettet i 1979 ved Universitetet i Bergen, men faget ble for alvor instituert på 1980- og 1990-tallet. Universitetet i Oslo fikk f.eks. sitt første professorat i 1985 ved opprettelsen av et eget institutt for sykepleievitenskap. Det andre professoratet i Oslo kom i 1995 da en doktorgrad for faget ble etablert. Storparten av energien gikk med til undervisning og institusjonsoppbygging de første årene, men etterhvert også med et økende innslag av forskning.

Aldring og eldres vilkår har hatt forholdsvis lav status og dårlig rekruttering også i sykepleievitenskapen, især når man tar i betraktning at flertallet av pasientene i sykehus og sykehjem er eldre mennesker. Den sykepleievitenskapelige aldersforskningen tar især for seg studier av omsorg og pleie i helseinstitusjoner, og herunder behov og utfordringer knyttet til pleie av døende. Det er utarbeidet planer om å etablere universitetssykehjem i tilknytning til instituttene for sykepleievitenskap etter modell av medisinen og universitetssykehusene. Også andre helsefag så som fysioterapi og ergoterapi har i stigende utstrekning engasjert seg i aldersrelatert forskning, og da især på temaer som forebyggelse og rehabilitering.

De tverrfaglige videreutdanningene i gerontologi og eldreomsorg har bidratt til å heve kompetansen i helsefagene. Det samme har etableringen av hovedfag og etterhvert også doktorgrader i sykepleievitenskap og andre helsefag.





## Del III. De siste årene og dagens mønster

Hva er det så som kjennetegner utviklingen de siste 10-15 årene, og hvordan er dagens situasjon? Vi skal vurdere dette langs to linjer, først ved å ta for oss infrastrukturen, og dernest ved å se nærmere på innholdet – på forskningstemaer og faglighet. Det er ikke uten videre lett å skille mellom de to perspektivene, men det kan være nyttig av analytiske grunner selv om det uvegerlig blir noen gjentakelser.

### Det organisatoriske landskapet

Vi starter med infrastrukturen eller det vi kan kalle det organisatoriske landskapet. Her skal vi først ta for oss de nye trekkene – *endringene* i det organisatoriske landskapet de siste årene. Det dreier seg dels om nydannelser og dels om styring via større forsknings- og utviklingsprogrammer. Dernest ser vi på *dagens mønster*, slik det bl.a. kommer til uttrykk i den survey vi gjennomførte blant aktuelle forskningseenheter. Vi avrunder denne gjennomgangen av strukturelle trekk med et *sideblikk til andre land*.

### Endringer på 1990-tallet

#### Prioritering av helsegerontologi

Det mest karakteristiske ved 1990-tallet er at Sosial- og helsedepartementet etablerte en serie med utviklingsprogrammer for å styrke kompetansen på eldres helse. Det var gode grunner for en økt innsats her, for geriatrien sto svakt og den aldersrelaterte helseforskningen likeså, men aldersforskningen fikk dermed et snevrere fokus.

De siste årene har vært preget av at midler og interesse er dirigert mot alderdommens sykdommer og skrøpeligheit. Aldersdemens er viet særlig stor oppmerksomhet. I mer generelle termer kan vi si at helsegerontologien er prioritert framfor sosialgerontologien. Helse er også gitt mer vekt innenfor sosialforskningen ved at midlene i denne sektoren er konsentrert om studier av pleie- og omsorgstjenester.

Det er «den fjerde alderens» skrøpeligheit og problemer som har kommet til å dominere dagsorden, mens «den tredje alderen» som rørlig pensjonist – en periode som for de fleste er mye lengre – er viet liten interesse. Det har blitt mindre rom for studier av psykologisk og sosial aldring, eller studier av eldre menneskers livsvilkår mer generelt, som ellers er blant gerontologiens kjerneområder. La oss illustrere denne omprofileringen ved å ta for oss de viktigste initiativ og nydannelser i perioden.

*Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens* ble formelt etablert i 1997, men hadde en forhistorie som et «utviklingsprogram» allerede fra 1990. Aldersdemens hadde lenge vært et bortglemt område, selv om Alois Alzheimer hadde gitt navn til den vanligste formen av demens allerede i 1906. Mot slutten av 1970-årene og utover på 1980-tallet ble det økt oppmerksomhet omkring demens. For Norges del gikk Sosial- og helsedepartementet i 1989 (etter et forslag fra en faggruppe) inn for å etablere et tre-årig utviklingsprogram. Koordineringen ble lagt til daværende Norsk gerontologisk institutt. Perioden ble senere forlenget, og da NGI ble oppløst og fusjonert inn under NOVA i 1996, ble utviklingsprogrammet samlokalisert med Universitetsseksjonen i geriatri på Ullevål sykehus.

Kompetansesenteret er organisert med én avdeling i Oslo og én i Vestfold (Psykiatrisk spesialisttjeneste, avdeling Granli), der også forlagsdelen (INFO-banken) av senteret er. Finansieringen er delt mellom Sosial- og helsedepartementet, Oslo kommune og Vestfold fylkeskommune. Senteret ble styrket og utvidet ved at et tre-årig FoU-program om *Funksjonshemming og aldring* ble lagt til Kompetansesenteret i 1999 – også dette med finansiering fra Sosial- og helsedepartementet. Det dreier seg om en betydelig satsning også i økonomisk forstand, foreløpig omtrent 50 millioner kroner over en tiårs periode, som overveiende har gått til informasjonsarbeid og kompetansebygging. Bare en mindre del av midlene har gått til forskning.

Den andre nydannelsen langs samme profilen var det fire-årige *Utviklingsprogram for alderspsykiatri*, som ble startet opp i 1992 etter en liknende modell, finansiert av Helseavdelingen i Sosial- og helsedepartementet. Programmet førte fram til et professorat i alderspsykiatri i 1994 ved Universitetet i Oslo, tilknyttet Klinikkk for geriatri og rehabilitering på Ullevål sykehus. Det var fra tidligere av et professorat i geriatri her med en forskergruppe som var bygget opp via midler fra Nasjonalforeningen for folkehelsen.

Et tredje initiativ var at geriatrien ble styrket med 50 millioner kroner via et *Nasjonalt geriatriprogram* i perioden 1994-1999. Statens helsetilsyn hadde ansvaret for gjennomføringen, og i den forbindelsen opprettet man også et eget *Formidlingscenter for geriatri* som ble lagt til Bergen. Omtrent 10 prosent av geriatriprogrammets midler skulle gå til forskning. Ellers dreiet det seg om stipendier og utdanningstilbud for leger og fagfolk fra andre helsefag, så som sykepleiere, fysioterapeuter og ergoterapeuter.

Felles for disse utviklingsprogrammene var en satsning på kompetanseutvikling, undervisning og formidling mer enn forskning i egentlig forstand. Programmene hadde en praktisk innretning og framsto til dels som forlengede armer av forvaltningen. Hvor viktig denne virksomheten enn har vært, så representerte den ingen styrking – ihvertfall ingen avgjørende styrking – av forskningen på området, som fortsatt hadde magre vilkår. Geriatriisk forskning hadde lidd under mangelen på midler og organisatorisk forankring helt siden studiene ved sosialmedisinsk institutt tidlig på 1960-tallet. Det var riktignok en aldersrelatert helsetjenesteforskning på Folkehelse i 1980-årene, men individrettet geriatriisk forskning var et stebarn som verken universiteter eller departementer tok ansvar for. Et eget miljø for geriatriisk forskning ble først bygget opp mot slutten av 1980-årene ved Universitetsseksjonen på Ullevål, men med midler fra Nasjonalforeningen, ikke fra staten.

En fjerde nydannelse – og en satsning av en noe annen karakter – var etableringen av et *Program for aldersforskning* i 1996 i Tromsø via en øremerket bevilgning fra Sosial- og helsedepartementet til Regionsykehuset i Tromsø. Tanken var å etablere et tverrfaglig forskningscenter, men det har vist seg vanskelig å få det til, fordi forskerne fra medisin og andre helsefag er avhengig av nærheten til sine avdelinger på sykehuset. Tromsømiljøet framstår dermed som et forskernettverk mer enn et senter. Virksomheten ledes av et styre, og forskerne møtes jevnlig i et *Forum for aldersforskning*. Geriatrien dominerer blant prosjektene, men et eget *Senter for aldersforskning* ble opprettet i 1999 for den sosialgerontologiske delen av programmet og lagt til Forskningsparken i Tromsø. Senteret har en daglig leder og 4-6 stipendiater og studenter. Senteret ble i år 2000 styrket med en professor II-stilling som er finansiert av forskningsprogrammet, og som formelt er knyttet til sosiologisk institutt ved Universitetet i Tromsø. Forskningsprogrammet har ellers ingen formell kobling til Universitetet i Tromsø, men er forvaltet via den øremerkede bevilgningen til sykehuset og fylkeskommunen.

Det femte og siste eksemplet på satsningen på helsegerontologi på 1990-tallet er veksten av den sykepleievitenskapelige forskningen. Aldersforskningen er på dette området foreslått

styrket ved å opprette fire *undervisningssykehjem* – ett i hver universitetsby (Kirkevold & Kårikstad 1999). Planarbeidet ble finansiert som et prosjekt under Nasjonal geriatriplan.

### **Forskyvning mot omsorgstjenesteforskning**

På *det sosialgerontologiske området* er det ingen tilsvarende nydannelser i denne perioden med unntak av den samfunnsvitenskapelige delen av programmet i Tromsø. Den viktigste organisatoriske endringen for sosialgerontologiens vedkommende var at Norsk gerontologisk institutt ble oppløst og virksomheten lagt inn i det nystartede *Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring* (NOVA) i 1996. Hele NGI-staben ble med over til NOVA, med unntak av to som flyttet over til Ullevål da Utviklingsprogrammet ble til Kompetansesenteret for aldersdemens.

NOVA har videreført NGIs forpliktelser hva aldersforskning angår, herunder å ivareta gerontologien som fag – dette er nedfelt i vedtektene. Sammenslåingen av de fire tidligere instituttene ble gjort for å oppnå stordriftsfordeler og for å styrke forskningen via samarbeid og synergieffekter på tvers av tidligere skillelinjer. Samorganisering av forskning på barn, ungdom, voksne og eldre skulle også legge til rette for et livsløpsperspektiv i sosialforskningen. Gruppe for aldersforskning ved NOVA har fortsatt i rollen som det sentrale miljøet for sosialgerontologisk forskning og kompetanse i Norge. Miljøet er blitt bredere ved at aldersforskning i noe videre forstand også drives ved tre av NOVAs øvrige forskningsgrupper: Gruppe for trygde- og sosialhjelpsforskning, Gruppe for forskning om offentlig politikk og levekår og Gruppe for forskning om velferd, livskvalitet og helse. Nydannelsen har imidlertid gjort gerontologien og aldersforskningen mindre synlig utad.

Det som ellers har preget den sosialfaglige aldersforskningen de siste 10-15 årene er, som alt antydnet, stimuleringen av forskningen på omsorgstjenester via en serie av forskningsprogrammer med øremerkede midler fra Sosial- og helsedepartementet til Norges forskningsråd. Under *Program for velferdsstatsforskning* i perioden 1988-94 ble det finansiert i alt 11 slike prosjekter, som ble gjennomført ved Norsk gerontologisk institutt, Institutt for sosialforskning (disse to ble senere deler av NOVA), Statens institutt for folkehelse og Institutt for sykepleievitenskap ved Universitetet i Oslo.

Det ble utarbeidet en statusrapport for omsorgstjenesteforskningen i 1991 på oppdrag fra Forskningsrådet (Ellefsen 1991), og senere et programnotat nettopp om omsorgstjenesteforskning (NORAS 1992). Konklusjonen var at det fantes mange lokale, små og beskrivende studier, men de hadde liten generaliseringsverdi. Det burde derfor satses på større undersøkelser og på sterkere forankring i teori.

I 1994-99 fulgte forskningsprogrammet *Velferd og samfunn* med et eget delprogram om omsorgstjenesteforskning. Det dreiet seg om i alt fem prosjekter – fire ved NOVA og en avrundende kunnskapsstatus utarbeidet av Senter for sosialforskning (SEFOS) ved Universitetet i Bergen (Christensen & Næss 1999). Man foreslo en sterkere prioritering av forskning om de svakeste brukerne og deres tjenesteytere. Andre tema som burde prioriteres var personell og rekruttering, omsorgstjenestenes økonomi og privatiseringen av tjenestene. Disse anbefalingen ble overført til det nye *Velferdsprogrammet*, der det også inngår forskning om pleie- og omsorgstjenester.

Fra 1998 og utover ble det satt i gang forskning for å evaluere *Handlingsplanen for eldreomsorgen* – igjen med øremerkede midler fra departementet via forskningsrådet. Fem prosjekter hører inn under dette programmet – to ved NOVA, to ved Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR) og ett ved SEFOS i Bergen. I tillegg kommer en rekke enkeltstående prosjekter og programmer som berører omsorg og omsorgstjenester og som ytterligere

understreker at dette temaet har stått særlig sterkt i disse årene. Blant disse er f.eks. et antall nordiske prosjekter og norsk deltakelse i europeiske, komparative studier.

Prioriteringen av nettopp pleie- og omsorgstjenester må ses i sammenheng med de store reformene i sektoren samt den sterke kritikken av eldreomsorgen i mediene og politikken. Reformene berørte ikke bare eldre, men pleie- og omsorgstjenester mer generelt, og denne integreringen på forvaltningsnivå preget også forvaltningens ønsker om forskning. Temaet var omsorgstjenester mer enn aldring og eldre, og koblingen til gerontologien ble svakere.

Den gerontologiske synsvinkelen sto relativt sterkere på det andre området som var prioritert med forskning på 1990-tallet. Forskningsprogrammet *Yrkesliv, aldring og livsløp* ble til i et samarbeid mellom Senter for Senior Planlegging og NOVA, med bidrag også fra en rekke andre forskningsinstitutter. Finansieringen kommer fra næringslivet og fra flere departementer, og programmet omfatter 15-20 prosjekter og løper ennå. Også dette er et tema med stor sosialpolitisk interesse. Nettopp den sosialpolitiske og dagsaktuelle relevansen er en fellesnevner for de to prioriterte områdene på 1990-tallet.

Øvrige temaer fikk mindre oppmerksomhet og muligheter. Reduserte basisbevilgninger og økte krav til inntjening ved de anvendte instituttene førte til større avhengighet av bevilgninger fra forvaltningen og bidro til å svekke vilkårene for den disiplinorienterte forskningen. Likevel fikk vi i denne perioden våre tre første doktorgrader med basis i sosialgerontologisk teori, og to av dem tok for seg sosial identitet og selvbylde – temaer og problemstillinger som ikke var stimulert av penger eller interesse utenfra. Det var altså et liv også langs andre temalinjer, der engasjementet innenfra kunne kompensere for mangel på midler og interesse utenfra.

## **Dagens mønster**

### **Survey**

For å danne oss et bilde av dagens mønster gjennomførte vi en enkel survey blant aktuelle forskningsinstitutter med spørsmål om man i løpet av de siste årene (1995-2000) hadde hatt FoU-prosjekter som i vid forstand kunne regnes som «aldersforskning», dvs. prosjekter «...der Eldres forhold eller aldring inngår som et vesentlig element». Skjema ble sendt ut til i alt 59 adresser (Vedlegg 3). Det dreiet seg stort sett om forskningsinstitutter, universitetsinstitutter og høyskoler, til dels enheter innenfor disse. Nær halvparten (29 av 59) svarte bekreftende.

Skiller vi mellom helsefag på den ene siden og sosialfag (inklusive psykologi) på den andre, er det de siste som dominerer. Seksten var rent sosialfaglige, åtte var rent helsefaglige, mens fem var blandede miljøer. Forholdsvis få krysser grensene og har både helsefag og sosialfag innenfor samme institusjon. Psykologi kan opptre i begge sammenhenger, men tverrfagligheten er i hovedsak en tverrfaglighet innenfor hvert av de to hovedområdene. Alt i alt var 18 fag eller disipliner representert. Oftest nevnt var sosiologi (14 av de 29), dernest medisin (10), sykepleievitenskap (9), psykologi (9) og økonomi (6). Også nevnt var fag som odontologi, fysioterapi, ergoterapi, statsvitenskap, ernæring, epidemiologi, sosialt arbeid, sosialantropologi, arkitektur, demografi, biostatistikk, pedagogikk og idrettsvitenskap. Verken jus eller humanistiske fag var representert ved de 29 institusjonene som svarte.

For de fleste er aldersforskningen en perifer, til dels en tilfeldig, del av virksomheten. Dette kan illustreres ved at 13 har hatt færre enn fem prosjekter på området i perioden, og bare fem har hatt ti prosjekter eller flere. Omtrent halvparten har hatt mindre enn ett årsverk tilknyttet slike prosjekter, og for 20 av 29 dreier det seg om mindre enn to-tre årsverk. Bare noen få har en kontinuerlig virksomhet på området, og enda færre av dem identifiserer seg med gerontologien. Noen har eldre som en av flere målgrupper, men har en annen faglig

tilknytning, f.eks. i trygdeforskning, demografi, folkehelse, boligforskning, økonomi eller i helsetjenesteforskning.

### **De sentrale miljøene**

Vi gjenstår med noen få miljøer som har aldersforskning som en institusjonalisert og vesentlig del av virksomheten:

*Forskningsinstituttet NOVA* i Oslo er det dominerende miljøet hva sosialgerontologisk forskning angår og representerer kontinuiteten og de lange linjene fra etableringen av NGI i 1957. Noe over 1/4 av de registrerte prosjektene i perioden var i regi av NOVA (66 av ca. 230). Gruppe for aldersforskning ved NOVA har for tiden 16 forskere (inklusive stipendiater). I tillegg kommer tre til fem forskere fra andre grupper som har prosjekter som faller innenfor den brede definisjonen av «aldersforskning». NOVA har høy kompetanse over hele feltet fra psykologi og sosiologi til sosialantropologi, sosialøkonomi og statsvitenskap. Et nærmere samarbeid med universiteter og høyskoler var trolig en fordel for både NOVA og disse institusjonene. En integrasjon av forskning og undervisning gjør det lettere for forskerne å oppdatere seg på teori, og studenter får tilgang til spesialkunnskaper som er dårlig dekket på universitetet. Rekrutteringen ble kanskje også bedre på denne måten.

*Universitetsseksjonen ved Klinikk for geriatri og rehabilitering* ved Ullevål sykehus er det største miljøet for geriatrisk forskning. Her er to professorater (i geriatri og alderspsykiatri), og til enhver tid seks til ti stipendiater og forskere. Samlokaliseringen med *Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens* gjør Ullevål til det sentrale miljøet for *helsegerontologi*, med særlig tyngde og kompetanse i demens. Det er imidlertid ingen annen formell forbindelse mellom de to enhetene enn at professor i alderspsykiatri ved Universitetsseksjonen samtidig er faglig koordinator for Kompetansesenteret. Det var kanskje ønskelig med en klarere organisatorisk og praktisk forbindelse her, som også ville ha koblet demensområdet nærmere til universitetet. Dermed ville man også kunnet styrke forskningssiden av virksomheten. Oslo har også to miljøer for sykepleievitenskapelig forskning som kunne finne samarbeidsformer med Ullevålmiljøet – Institutt for sykepleievitenskap og Diakonhjemmets forskningssenter (DIAFORSK).

*Aldersforskningsprogrammet i Tromsø* har i løpet av få år fått til en betydelig forskningsvirksomhet og har et tjuetall prosjekter under arbeid. Miljøet er foreløpig under oppbygging og trenger en tryggere og klarere organisatorisk forankring til Universitetet. Her er både helsefag og samfunnsfag representert, og dermed kimen til et senter for *tverrfaglig gerontologi*. Her burde også ligge til rette for å bygge internasjonale nettverk innenfor nordområdene, og da ikke bare medregnet Norden og Russland, men også land som Skottland og Canada, som begge har sterke forskningsmiljøer på området.

Vi har dermed konturen av tre større forskningsmiljøer – for sosialgerontologi ved NOVA, for helsegerontologi ved Ullevål og for tverrfaglig gerontologi i Tromsø. De øvrige miljøene er mindre og mer fragmenterte, men med gode innslag både hva forskning og undervisning angår. Det er viktig å gi muligheter for vekst også til de mindre miljøene. Her kan ligge muligheter for senterdannelser eller andre former for samarbeid på litt lengre sikt.

Ved Universitetet i Bergen er det en *Seksjon for geriatri* og en *Seksjon for sykepleievitenskap* under Institutt for samfunnsmedisin – begge med flere prosjekter under arbeid. Her er også en *Poliklinikk for voksne og eldre* under Institutt for klinisk psykologi som har pågående forskning rettet mot psykologisk behandling av eldre. Samlet framstår her en betydelig kompetanse innenfor helsegerontologi, kanskje med spesiell vinkling mot aldring og mental helse. Universitetet i Bergen har også en tradisjon for samfunnsvitenskapelig aldersforskning

(sosiologi og sosialantropologi), især vinklet mot kvinners aldring og mot omsorg og omsorgstjenester.

Trondheim har en liten forskergruppe tilknyttet geriatrisk seksjon. Her er også et hovedfag i helsefag ved Psykologisk institutt. Ved SINTEF er det forskning på helsetjenester og boliger for eldre. Forskning på teknologiens muligheter i eldresektoren burde også være nærliggende for et teknisk-naturvitenskapelig universitet. Når også Høgskolen i Sør-Trøndelag inkluderes, kan det ligge muligheter for lokalt samarbeid og synergieffekter.

Dermed er det største miljøene nevnt, men noen av de regionale forskningsstiftelsene og høgskolene er fra tid til annen engasjert i aldersforskning. Det kan dreie seg om særlige satsningsområder, som f.eks. overgrep mot eldre ved Høgskolen i Oslo og Sør-Trøndelag, eller om eldre i utkantstrøk ved Høgskolen i Lillehammer. Det ligger også kompetanse og ressurser i videreutdanningene i aldring og eldreomsorg som det kan bygges videre på. Utfordringene i undervisningssektoren er en sak for seg etter mange års forsømmelser. Det er nylig utarbeidet et opplegg for en europeisk «master» (hovedfag) i gerontologi (Viidik et al. 2000), som kan bli en mulighet også i Norge.

### **Gerontologi og aldersforskning i andre land**

Hvordan er så situasjonen i Norge sammenliknet med andre land? Vi holder oss her til sosialgerontologien, som det har vært lettest å få oversikt over. Geriatrien er i regelen knyttet til de medisinske fakultetene i de fleste land.

#### **Det øvrige Norden**

Norge tidlig ute med å etablere et institutt for sosialgerontologisk forskning (1957). Sverige fikk til gjengjeld tre institutter, i Jönköping (1970), Lund (1974) og Stockholm (1988). Alle tre var regionale institusjoner, men man fikk også sosialgerontologien inn ved universiteter og høgskoler. Sverige fikk dermed en bredere – og mer universitetsnær – forankring av aldersforskningen. Man gjennomførte en rekke utredninger på 1960- og 1970-tallet for å stimulere svensk gerontologi, men det var først etter den store Äldreberedningen i 1987 at det ble en mer samlet plan. Det medisinske forskningsrådet kom med en utredning om medisinsk aldersforskning i 1987 (Kunskapsbehov om äldres hälsa och sjukvård). Odén-utredningen om den sosiale aldersforskningen ble lagt fram i 1989 (Forskning om äldre) og foreslo en sterkere kobling til universitetene. Dette førte fram til opprettelsen av et professorat i sosiologi i Uppsala, et professorat i sosialt arbeid i Stockholm og et professorat i psykologi i Göteborg – alle med spesiell innretning mot eldre. Sverige hadde dermed fått sine første professorater i sosialgerontologi (1993).

1990-årene var en sterk vekstperiode for svensk aldersforskning, med en fordobling av bevilgningene i perioden 1991-94. Dette hadde blant annet sammenheng med Ädel-reformen (desentralisering av tjenestene til kommunene), og senere også med kritikken av eldreomsorgen, spesielt privatiseringsdebatten som var sterk i Sverige. Sosialvetenskapliga forskningsrådet tok initiativ til en rekke utredninger: Aktuell svensk äldreforskning (1994), Aktuell svensk äldreforskning med internationell anknytning (1996) og Forskning om äldreomsorg (1997). I disse årene kom også en større offentlig utredning om kvaliteten i omsorgen (Bemötandet av äldre, SoU 1997:170). Under behandlingen av den svenske handlingsplanen for eldreomsorgen fra 1998 vedtok Riksdagen en betydelig styrking av forskningen på området – en opptrappingsplan med 10 «friske» millioner i 1999, som skulle øke til 20 millioner i år 2000 og til 30 millioner fra år 2001 og framover, altså en varig heving til et nivå som var 30 millioner kroner høyere per år.

I den foreløpig siste utredningen fra 1999 (Äldre och åldrande – ett nationellt forskningsprogram) foreslo man så en opprettelse av tre universitetssentre, en større forløpsstudie og økte rammer til forskning mer generelt. Dette førte fram til etableringen av to universitetssentre med professorater og øvrige stillinger – ett i Stockholm (som bygget på det allerede eksisterende Äldresentrum) og ett ved Universitetet i Linköping. Seks universiteter konkurrerte om de to sentrene, der halvparten av midlene skulle dekkes av staten og den andre halvparten av institusjonen selv. Et internasjonalt panel vurderte søknadene.

Det er en påfallende forskjell mellom Sverige og Norge hva holdning til aldersforskning angår. Norge hadde sin éne utredning om gerontologiens stilling i 1975, som ikke førte til noe. Sverige har hatt seks utredninger bare siden 1987, en rekke nyetableringer, en sterk økning av forskningsmidlene og opprettelse av professorater og sentre for aldersforskning. Hadde vi også regnet med geriatrien og de store forløpsstudiene var kontrasten enda større. Kløften i kompetanse er heldigvis ikke så stor som forskjellene i ressurser kunne tyde på.

Også Danmark og Finland har hatt sine nasjonale forskningsprogrammer. Finska akademien «Research programme on ageing» for perioden 2000-2002 har en ramme på 15-20 millioner finske mark, som kommer i tillegg til det såkalte «national age programme» med en mer anvendt orientering, som finansieres av departementene. Finland har også et professorat i sosialgerontologi og et eget Institutt for tverrfaglig gerontologi – begge er lokalisert til Universitetet i Jyväskylä. Her har man også muligheter for et hovedfag (master) i tverrfaglig gerontologi. Finland har også lenge hatt et kompetanse- og forskningscenter for gerontologi (Kuntokallio) som i likhet med det norske NGI ble stiftet av en frivillig organisasjon. Finsk aldersforskning blir også utført ved det store sosialvitenskapelige forskningsinstituttet STAKES og ved flere av universitetene i landet – både ved institutter for sosiologi, psykologi og sosialpolitikk. Den medisinske aldersforskningen er knyttet til universitetene, til dels med en tverrfaglig orientering.

Det danske forskningsprogrammet hadde en ramme på 60 millioner kroner over en 3-4 års periode som ble avrundet like før århundreskiftet. 1/3 av midlene var forvaltet av et såkalt tverrministerielt utvalg med sikte på mer praktiske formål så som formidling og forsøksvirksomhet. Den sosialgerontologiske forskningen i Danmark var tidligere et kjerneområde for Socialforskningsinstituttet i København, som har gjennomført en rekke større levekårsundersøkelser blant eldre. Etter en periode av relativt mindre aktivitet har aldersforskningen igjen øket i omfang ved dette instituttet. Her har man bl.a. nylig etablert en forløpsdatabase for eldreforskning i samarbeid med AKF (Amtkommunernes og kommunernes forskningsinstitutt) – en av de andre store aktørene på området. Danmark har også fått et eget gerontologisk institutt, som ble opprettet i 1990 og er et kombinert forskningsinstitutt og kompetansesenter (videnscenter). I den siste egenskapen står man for formidlings- og informasjonsarbeid på området. Man gir f.eks. ut den danske gerontologiforeningens tidsskrift og har etablert databaser for informasjon for eldresektoren.

### **I internasjonal sammenheng**

I internasjonal sammenheng er USA det ledende landet på aldersforskningens område. Det var her institusjonaliseringen av gerontologien startet med sine første organisasjoner og tidsskrifter, og det var også fra USA de formative teoriene ble lansert, som kom til å prege forskningen og debatten på området fra 1950-årene og framover.

Den viktigste finansieringskilden og drivkraften for amerikansk aldersforskning i dag er National Institute of Aging, som ble opprettet som en del av National Institutes on Health i 1975. Fra en beskjeden start er bevilgningene til aldersforskning nå oppe i ca. 600 millioner dollar per år, altså mer enn fem milliarder norske kroner. Det dreier seg om forskning over hele skalaen fra biologi via psykologi og samfunnsvitenskap til humaniora. Beløpet ville



tilsvart mer enn 100 millioner kroner per år i Norge når folketallet tas i betraktning. Dertil kommer de øvrige finansieringskildene.

Et annet uttrykk for gerontologiens sterke stilling i USA er at mer enn halvparten av amerikanske universiteter og høyskoler – nærmere bestemt 1 639 – tilbød poenggivende studier i gerontologi i 1992 – en tidobling siden midt på 1960-tallet (Meyer 1999).

Gerontologien står også sterkt i deler av Europa. I Tyskland er det ca. ti større forskningsentre – ni av dem ved universiteter, f.eks. i Berlin, Heidelberg, Dortmund, Kassel og Nürnberg. Psykogerontologien står særlig sterkt i Tyskland, noe som kan ha sammenheng med at foregangspersonene kom fra psykologien, som Ursula Lehr, Hans Thomae og Paul og Margret Baltes – alle internasjonale størrelser.

England har en særlig sterk tradisjon i sosialpolitisk retning, som på tilsvarende vis kan være en arv fra ledende forskere som Richard Titmuss og Peter Townsend. Hele 16 britiske universiteter, mot seks tyske og seks spanske, tilbyr hovedfag (master) i sosialgerontologi – det første ble etablert ved University of Keele i 1988. Også i England er aldersforskningen overveiende lokalisert ved universitetene og kombinert med undervisning. Blant andre britiske forskningsentre kan nevnes King's College i London og Universitetene i Bristol, Southampton, Kent, Hull og Sheffield. Både i Tyskland og England er det flere professorater med innretning mot sosialgerontologi.

Nederland har også en forholdsvis sterk tradisjon, dels ved Det frie universitetet i Amsterdam, der man har et Institutt for sosiologi og sosialgerontologi. Universitetet i Nijmegen har undervisning i psykogerontologi. Man har også et Nederlandsk institutt for gerontologi, og aldersforskningen er et vesentlig innslag i enkelte anvendte forskningsinstitusjoner som NIDI – the Netherlands Interdisciplinary Demographics Institute. Aldersforskningen i Nederland fikk et betydelig løft i og med etableringen av det nasjonale forskningsprogrammet NESTOR med en ramme på mellom 150 og 200 millioner kroner over en tiårs periode fra 1990. Denne satsningen videreføres bl.a. gjennom Longitudinal Ageing Study Amsterdam (LASA), som er ett av flere eksempler på at forløpsstudier er under arbeid i flere land.

Som oppsummering kan vi slå fast at sosialgerontologien står langt sterkere i mange andre land. Særlig påfallende er det at våre nordiske naboer har satset mer – og bredere – enn oss de siste årene. Mange land har lansert nasjonale forskningsprogrammer, og har gerontologiske institutter eller forskningsentre ved universitetene.

## **Det faglige landskapet**

Vi har holdt vurderingen av de siste årenes faglige landskap på et forholdsvis generelt nivå, uten å gå inn på en evaluering av spesifikke prosjekter eller publikasjoner. Hensikten har vært å gi et bilde av viktige forskningstemaer og tilnærminger i norsk aldersforskning, hva som er styrken og svakheten i mer generell forstand, og spesielt hva vi ser som viktige temaer og problemstillinger for videre forskning. Hvilke virkemidler vi foreslår for å realisere disse ønskene kommer vi tilbake til i del IV.

Vi viser også til bidragene fra fagpanelet (Vedlegg 1), som er bedt om å legge fram sitt syn på temaer og prioriteringer med utgangspunkt i sine basisdisipliner. I teksten nedenfor har vi tatt med oss mange av fagpanelistenes synspunkter og lagt til våre egne. Her har vi forsøkt å organisere framstillingen etter temaer og politikkområder mer enn etter vitenskapelig disiplin. Noen av disse områdene er bredt tverrfaglige, andre er tverrfaglige innenfor en smalere horisont. Vi har organisert presentasjonen under fire brede temaer:

- sykdom og helsetjenester,

- aldring, mestring og mental helse,
- omsorg og omsorgstjenester og
- aldring og samfunn.

## Sykdom og helsetjenester

### Helsefaglig aldersforskning

Helsefaglig forskning forventes å belyse medisinsk relaterte problemstillinger uavhengig av alder. I det ligger at de fleste medisinske spesialområder kan befatte seg med alder, men da som en av flere variabler. Det er alderdommens helt spesielle medisinske problemstillinger som er det sentrale tema for eldreforskningen. Derfor kan det være formålstjenlig å operere med begrepet helsefaglig eldreforskning eller geriatriisk forskning.

Forskningssubjektene er oftest pasienter som er sterkt preget av aldersforandringer, som har mange sykdommer samtidig – ikke sjelden både akutte og kroniske – og som i tillegg har ulike former for funksjonsbegrensninger og ferdighetstap. Noen ganger er problemstillingene knyttet til enkeltdiagnoser eller syndromer som f.eks. hjerneslag eller demens. Tematikken kan også plasseres innenfor de fem såkalte geriatriiske gigantene: intellektuell svikt, immobilitet, instabilitet og fall, inkontinens og iatrogenisitet.

Disse pasientene er ofte – eller står i fare for å bli – alvorlig pleietrengende. Forebygging, diagnostikk, pleie, behandling og rehabilitering er sentrale elementer her som i all annen medisinsk og helsefaglig virksomhet. Forskjellen er at det ofte dreier seg om multi-morbiditet, og at man som regel beveger seg i ytterkanten av livet. Målgruppen er storforbrukere av helse- og omsorgstjenester, som regel knyttet til de siste leveårene. Arenaer for helsefaglige tiltak kan være både egen bolig, sykehus og andre institusjoner, og det er ofte nødvendig med tverrfaglig samarbeid.

Er slike problemstillinger overhode forskbare? Hvordan står denne delen i forhold til annen helsefaglig forskning? Problemstillingene er selvsagt forskbare. Her som ellers er det snakk om interesse, kreativitet, holdninger, kunnskaper og ferdigheter. Eldrefeltet har imidlertid lavere prestisje, og geriatri taper i konkurransen med andre medisinske spesialfelt. Dette gjør at rekruttering av såvel klinikere som forskere blir et stort problem. Det gjelder først og fremst leger, men er også tydelig i andre helseprofesjoner.

Vi har bare ett sterkt senter for *geriatriisk forskning*, nærmere bestemt ved Ullevål sykehus. De øvrige strever med å etablere velfungerende fagmiljøer og lever på ressursmessig nåde og enkeltpersoners innsats. Eksistensen er delvis avhengig av ikke-geriatriiske fagmiljøer, hvor geriatrien har søkt metodefelleskap og samarbeid. Slikt samarbeid kan være motivert av mangel på ressurser og faglig ensomhet, men også ut fra en bevisst faglig tilnærming. Denne typen geriatriisk forskning eksisterer via sin relasjon til andre, men er ikke mindre geriatriisk av den grunn. Den illustrerer også fagområdets plass i en bredere medisinsk sammenheng. Geriatriens styrke i slike relasjoner må likevel betegnes som beskjeden, særlig fordi posisjonen i stor grad er valgt ut fra svakhet. Det har vært dårlig med ressurser til geriatriisk forskning, og flere av miljøene har få år bak seg. Et tilleggsmoment er eldrefeltets lave prestisje blant leger og andre helsearbeidere. Sentrene utenfor Oslo har ofte hatt nok med å etablere en basis for den kliniske virksomheten og undervisningen, og har ikke hatt tilstrekkelig ressurser til å etablere sterke forskningsmiljøer.

Universitetsenheten ved Ullevål sykehus har i mange år arbeidet langs prioriterte akser som epidemiologi, diagnostikk og demens. På disse feltene er Ullevålmiljøet blitt sterkt, ikke bare i norsk sammenheng, men også i forhold til andre nordiske sentre. Virksomheten har ikke tatt

sikte på å være et helhetlig aldersforskningsprogram. En rekke klinisk geriatrike emner, intervensjonsforskning og basal biogerontologi er i stor grad utelatt.

Aldersforskningsprogrammet i Tromsø har en bredere tilnærming, noe som kan være både en styrke og en svakhet. Spredningen på tematisk og faglig vinkling, og den løse organisatoriske strukturen, kan resultere i at man har kunnet initiere mye god eldreforskning, men at det fortsatt mangler en forskningsmessig bunn for den geriatrike enhetens virksomhet.

Universitetsenhetene i geriatri i Bergen og Trondheim har verken maktet å etablere et helhetlig program som i Tromsø, eller å utvikle en enhet som ved Ullevål. Begge har orientert sin virksomhet utfra pragmatiske hensyn, ikke minst ut fra universitetsenhetens lokalisering i fakultetssystemet. I Bergen er geriatrien plassert sammen med samfunnsmedisinske fag og i Trondheim med nevrofagene. Dette har i stor grad bestemt retningen, med unntak av at Trondheim har evaluering av behandlingsprogrammer som tema. Dette har sammenheng med at det ved etableringen av en ny enhet for geriatri lå godt til rette for å gjennomføre et klinisk kontrollert forsøk med evaluering av nytteverdien av et helsetilbud i geriatri.

Samlet sett er norsk geriatrik forskning svak. Status tilsier at det nå er nødvendig med en større nasjonal dugnad, og at det stilles ressurser til rådighet slik at vi på sikt kan komme opp på et nivå som for gjennomsnittet i Norden. Vi legger til grunn at undervisning av medisinerstudenter og spesialister skal være forskningsbasert, og at det derfor skal drives geriatrik forskning ved alle medisinske fakulteter i landet. Det blir viktig å utvikle strategier som inspirerer og utvikler de sterke, men som samtidig støtter og sikrer de svake. For å oppnå en hensiktsmessig arbeidsdeling, bør fagmiljøene avklare hvilke temaer og kompetanser de ønsker å prioritere. Her ligger også til rette for prosjektsamarbeid på tvers av enhetene. Det er behov for en nasjonal helseundersøkelse vinklet mot aldring og eldre, fortrinnsvis en forløpsstudie, som vil kunne bli en nødvendig «motor» og datakilde for helsefaglig aldersforskning. En slik studie har aldri vært gjennomført i Norge, mens våre nordiske naboer har hatt flere.

*Den sykepleievitenskapelige forskningen* har foreløpig hatt et nokså beskjedent omfang sammenliknet med f.eks. Sverige og Finland, fordi det er et ungt fag og fordi eldrefeltet har hatt lav prestisje. Forslaget om å etablere «undervisningssykehjem» kan bli et løft.

Denne forskningen er fragmentert og spredt på flere universiteter og høyskoler. Mangel på veiledere med høy kompetanse gjør at miljøene blir sårbare. Andre helsefag som ergoterapi og fysioterapi står enda svakere, til tross for behovet for rehabilitering og forebyggende tiltak.

Sykepleievitenskapen har især tatt for seg omsorgens innhold og kvalitet, studier av behov og livskvalitet, etikk og holdninger. Omsorgen for døende har også vært et viktig tema.

Formålet med den helsefaglig eldreforskning er å bidra til høyere kvalitet i tjenestene, å styrke den forskningsbaserte undervisningen, å bedre rekrutteringen til fagene og å bidra til å øke den internasjonale kunnskapsbasen.

Geriatrici, alderspsykiatri, sykepleievitenskap og klinisk psykologi vil hver for seg ha særoppgaver, men det burde også ligge til rette for et tverrfaglig samarbeid på helseområdet. Etter som miljøet foreløpig er lite, kan det være nødvendig å prioritere noen områder framfor andre og legge opp til en bredere kompetanseprofil på lengre sikt.

### **Sykdomsforløp og behandlingsformer**

Sykdomsforløp og behandlingsformer på eldrefeltet dreier seg bl.a. om forebygging og rehabilitering, palliativ medisin, helsetjenestekvalitet, omsorg ved livets slutt, multifarmasi og komplikasjoner ved behandling.

Fram til år 2030 er det beregnet en vekst på 40 til 60 prosent i forekomsten av alle relevante enkeltsykdommer blant eldre over 65 år, ikke minst for tilstander som gir funksjonsbegrensninger og ferdighetstap. Økningen vil særlig gjelde de aller eldste, som dessuten er spesielt utsatt for multisykdom og funksjonssvikt. *Forebygging av sykdom* hos eldre bør derfor være et sentralt forskningstema. Hva er de mest effektive forebyggingsstrategiene? Hvilken betydning har eldresentrene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten? Er det for sent med forebyggende satsninger i eldre år?

Tilsvarende gjelder for *rehabilitering*. Hva innebærer effektiv rehabilitering for eldre? Hva bestemmer gevinsten? Når i et sykdomsforløp bør rehabilitering iverksettes? Hvordan bør tiltakskjeden organiseres? Har helsevesenet en nihilistisk holdning til rehabilitering av eldre?

Tradisjonelt har *palliativ medisin* vært knyttet opp mot kreftomsorgen. Palliative tiltak i forhold til andre tilstander har kommet i bakgrunnen. Eldrefeltets epidemiologi med et stadig økende antall personer med alvorlig demens, hjertesvikt i NYHA-klasse IV, kronisk obstruktiv lungesykdom, kroniske smertetilstander i skjelettet og kreft – ikke sjelden i kombinasjon med andre alvorlige tilstander – tilsier at et stadig økende antall personer vil ha behov for palliative tiltak. Behovet for forskning på dette feltet er åpenbart.

Et annet viktig felt gjelder *kvaliteten av helsetjenestene*. De fleste pasienter i sykehjem er gamle. Hvordan måle effekten av tilbudet til sykehjemspasienter? Gjennomsnittlig 42 prosent av pasientene i medisinske avdelinger og 30 prosent av pasientene i kirurgiske og ortopediske avdelinger er over 75 år. Omkring 1/3 av disse kan karakteriseres som geriatriske pasienter med behov for tiltak i sykehus. Hva er nytten av geriatriske konsultasjonsteam og den akutte geriatrien? Det bør gjøres forsøk med annen organisering av behandlingsskjeden. Hva er effekten av forebyggende hjemmebesøk? Og hva med oppfølging etter utskrivning fra sykehus – hvem bør ha ansvaret? Har eldre og yngre pasienter ulike behov og preferanser?

Våre kunnskaper om eldre i livets slutfase er begrenset. Hvordan er dødens epidemiologi «på norsk»? Hvordan kan vi legge til rette for en trygg og verdig død? I hvilken grad «overbehandles» døden? Her ligger både faglige, etiske og økonomiske dilemmaer. Vil økningen av antall eldre og forlengelsen av livet svekke eldre pasienters rettigheter?

Multisykdom fører til *multifarmasi*, ikke minst hos gamle med mange kroniske tilstander. Hvordan optimalisere Eldres legemiddelbruk? Det er også ønskelig med studier av komplikasjoner til medisinsk og kirurgisk behandling med henblikk på å redusere forekomsten av postoperativt delir, infeksjoner, kardiovaskulære og cerebrovaskulære komplikasjoner, venøs tromboemboli og trykknekrose i huden.

*Høyt teknologiske nyvinninger* har revolusjonert medisinsk diagnostikk og behandling. Eksisterer det en alderisme innenfor høyt teknologisk medisin? Hvordan kan vi utnytte de teknologiske nyvinningene i utredning og behandling hos gamle? Finnes utslag av ukritisk bruk av høyt teknologiske medisinske tiltak overfor eldre pasienter?

Hvordan ivaretar helsevesenet *forholdet til pårørende*? Hvilken prognostisk betydning representerer pårørende ved sykdom hos gamle? Hvordan utnyttes de pårørendes potensiale?

### **Klinisk helseforskning**

I den kliniske forskningen bør vi prioritere temaer som demens, hjerneslag, hjertesvikt, fall og ernæringssvikt.

Pågående *klinisk demensforskning* må følges opp og videreutvikles. Dette gjelder særlig på områder som atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD), bruk av legemidler ved APSD, helseøkonomiske aspekter ved demensomsorgen, evaluering av

omsorgstiltak og bomiljø for demente, støtte og behandling av pårørende, nytten av nye billeddiagnostiske metoder og biologiske markører i tidlig diagnostikk.

Pågående *hjerneslagforskning* må følges opp og videreutvikles med henblikk på bedre akuttbehandling også hos gamle, evaluering av kognitiv og emosjonell funksjon særlig ved afasi, og relasjonen mellom billeddiagnostiske funn ved CT, MRI og SPECT og funksjonsutfall og prognose.

*Hjertesvikt* er allerede en hyppig medisinsk tilstand, noe som bare vil forsterkes i årene fremover. Det er behov for studier, ikke minst med henblikk på diagnostikk, av diastolisk dysfunksjon og optimalisering av hjertesviktbehandlingen både ved systolisk og diastolisk svikt. Hvilke medikamentelle eller ikke-medikamentelle tiltak er aktuelle? Hvordan bør vi evaluere iverksatte behandlingstiltak?

*Fall* er en viktig årsak til frakturer og varig funksjonssvikt. En kartlegging ved norske sykehus viste nylig at 28 prosent av eldre over 75 år i medisinske avdelinger hadde balansesvikt og falltendens. Det bør gjennomføres studier med henblikk på en hensiktsmessig kartlegging av fallmekanismer og evaluering av effekten etter forebyggende tiltak.

Studier har vist at mellom 18 og 50 prosent av pasientene over 75 år i medisinske avdelinger har *ernæringssvikt*, og at disse pasientene har en betydelig oversykelighet. Ernæringssvikt er en stor klinisk utfordring også i andre deler av helsetjenesten. Det bør derfor gjennomføres studier som kartlegger ernæringssviktens patofysiologi og ernæringstilstandens betydning for utvikling av annen sykdom.

Problemstillinger for klinisk psykologisk forskning blir nærmere omtalt nedenfor.

## **Aldring, mestring og mental helse**

### **Differensiering og variasjon**

Eldre mennesker er ingen ensartet gruppe. Den individuelle variasjon i materielle vilkår, trivsel, funksjonsevne og helse er stor – sannsynligvis større enn tidligere i livet. For mange arter alderdommen seg som en livsfase med betydelige sosiale og helsemessige påkjenninger. De fleste har en beredskap til å *mestre* disse påkjenningene, men om lag 20 prosent av befolkningen over 55 år opplever mentale lidelser som ikke er del av den normale aldringen.

Nyere forskning på de relativt flytende grensene mellom normal aldring og aldersrelaterte lidelser har bidratt til vesentlig kunnskap om mental helse i eldre år. Dersom vi ikke gjenkjenner eller utvikler relevant behandling for depresjon, angst, demens, rusmisbruk, alderspsykoser og andre tilgrensende lidelser, vet vi at denne type problemer ofte er svært invalidiserende og i blant livstruende i form av selvmord og forsøk på selvmord.

Med unntak av demens er Eldres mentale sykdomsbilde nokså likt yngres. Forløp, omfang og kliniske trekk kan imidlertid være forskjellig. Dette stiller store krav til diagnostisk utredning. De kliniske utfordringer blir ytterligere forsterket av samspillet med somatiske helseproblemer og en utstrakt bruk av medisiner. En annen kompliserende faktor er den dårlige tilgangen til adekvat hjelp.

I forskningen på mental helse trenger vi bedre kunnskaper om de psykologiske mekanismer som bidrar til at man mestrer tap og opprettholder en god helse i eldre år. Samtidig trenger vi å etablere databaser om den faktiske forekomsten av mentale lidelser hos eldre og hvilke typer tiltak og behandling som virkelig hjelper.

## **Forekomst av psykiske lidelser**

Det er nylig vedtatt en Opptrappingsplan for psykisk helsevern for perioden 1999-2006, men eldres behov er gitt liten plass. Mental helse får også liten plass i Handlingsplanen for eldreomsorgen. Når psykiske lidelser står på dagsorden, blir eldres behov underekspontert. Ser vi bort fra demens, er det liten interesse for mentale helseproblemer i eldre år.

Psykiske lidelser har en stor bredde av symptomer. Både nasjonalt og internasjonalt har vi i dag begynt å få et relativt nyansert bilde av organiske lidelser som demens og tilgrensende sykdommer, selv om også dette bildet trenger å bli supplert. Norske myndigheter har på 1990-tallet gitt betydelige midler til utviklingsarbeid på demensområdet, og økt kompetanse har bidratt til en mer målrettet innsats, som i sin tur øker livskvaliteten for pasienter og pårørende.

Våre kunnskaper om mentale lidelser som ikke primært er hjerneorganiske – herunder depresjon, angst og schizofreni (parafreni) hviler på et langt mer usikkert grunnlag. En rekke forhold bidrar til dette. Vi har ingen oppdaterte norske studier om forekomsten av slike lidelser hos eldre. Internasjonale studier har jevnt over konkludert at eldre ikke har en høyere forekomst av angst- eller depressive lidelser enn andre voksne. Men fra og med midten av 1990-tallet har det stadig oftere blitt stilt spørsmål ved denne konklusjonen i den epidemiologiske litteraturen. Et sentralt eksempel er «generalisert angstlidelse», som er en tilstand av angst med store negative effekter i dagliglivet. Nyere epidemiologiske undersøkelser finner at slik angst har en relativt dominerende plass i mange eldres liv på linje med depresjon. Angst er dessuten et hyppig ledsagende symptom ved depresjon, samtidig som depresjon og angst ofte ledsager demens. Det er imidlertid ikke uvanlig at angst blir underrapportert sammenlignet med depresjon og demens.

Slike og lignende observasjoner er viktige fordi de nyanserer vår mer tradisjonelle oppfatning av hva som er aldersrelatert psykopatologi. Studiene fra Europa og Nord-Amerika omfatter i liten grad eldre over 75 år. I tillegg kommer at man i varierende grad tar hensyn til hvorvidt lidelsen har fulgt den eldre gjennom livet (tidlig debut) eller opptrer for første gang i høy alder (sen debut). Et slikt skille er et nødvendig utgangspunkt for å belyse hvilke forhold som utløser slike lidelser i eldre år. Blant risikofaktorene er helsesvikt, innleggelse i sykehjem og tap av ektefelle.

Som en *oppsummering* kan vi si at vi i Norge har et stort behov for kunnskap om de mentale helsebehov i eldrebefolkningen og særlig om forekomsten av depresjon og angstlidelser. Slike undersøkelser må inkludere grupper over 75 år. Metodene vi tar i bruk må belyse årsaks- og risikofaktorer og ta særlig hensyn til at eldre ikke alltid rapporterer slike problemer på samme måte som yngre voksne gjør. Det er viktig å bruke velprøvde og normerte måleinstrumenter, som vi etter hvert har tilgang til i kliniske forskningsmiljøer innenfor geriatri, alderspsykiatri og alderspsykologi. Det er nylig etablert et forskningssamarbeid mellom Universitetsseksjonen i geriatri på Ullevål sykehus og Institutt for klinisk psykologi, Poliklinikk for voksne og eldre ved Universitetet i Bergen med særlig fokus på psykodiagnostikk. Etter som vi har ytterst få miljøer for klinisk forskning mot eldre, er denne typen samarbeid en mulighet for å bygge opp bredere kompetanse og en faglig sterk database. Slik dokumentasjon vil i sin tur gi grunnlag for egnede behandlingsstrategier.

## **Behandlingsstudier**

I internasjonal litteratur har man lenge kjent til det påfallende underforbruket av psykologiske helsetjenester blant eldre. Vi har ingen tilsvarende undersøkelser fra Norge, men vi vet at tilbudene er få og at eldre tradisjonelt har vært henvist til annen behandling. I tillegg kommer at somatiske helseplager kan overskygge psykologiske behov, både i den eldres egen oppfatning og hos fagfolk, for eksempel hos allmennpraktiserende leger, som ved slike behov oftest tilbyr psykofarmaka.

Undersøkelser som belyser omsetningen av psykofarmaka bekrefter at det er i de eldste aldersgruppene vi finner det høyeste forbruket – især av benzodiazepiner. Tall fra Norsk Medisinaldepot viser at eldre (65 år+) forbruk av beroligende midler, sovemedisin og smertestillende preparater er tre ganger større enn for aldersgruppene 20-65 år. Med tanke på den helserisiko som ligger i vedvarende bruk, er det en stor utfordring å utvikle psykologfaglige alternativer til medikamentell behandling av psykiske lidelser.

Behovet for å videreutvikle og styrke den psykologiske behandlingsforskningen er påtrengende. Ved Institutt for klinisk psykologi, Universitetet i Bergen, er det i løpet av 1990-tallet utviklet en relativt omfattende kunnskapsbase om psykologisk behandling av eldre med affektive og tilgrensende lidelser. Slik forskning finner naturlig sted innenfor rammen av psykologiske og alderspsykiatriske universitetsklinikker. Det har fra flere hold blitt ytret ønske om å innlede et større faglig samarbeid rettet mot behandlingsstudier hvor man sammenligner medikamentell og ikke-medikamentell behandling av angst og depressive lidelser blant eldre.

### **Mestring og tilpasning**

Tilpasning til aldring og mestring av alderstypiske ressurstap var gjenstand for forskning i 1970-årene og tidlig på 1980-tallet ved Norsk gerontologisk institutt og Det psykologiske fakultet i Bergen, med særlig vekt på sorgarbeid og mestring av tap. Temaet er igjen blitt aktualisert, bl.a. på grunn av de lovende resultatene innenfor den seleksjons- og kompensasjonsteoretiske forskningen internasjonalt. Det er ønskelig å støtte opp om denne tradisjonen, også fordi den kan bidra med dybde til andre deler av aldersforskningen, f.eks. forskning på kvaliteten av omsorgstjenestene. Man har i internasjonale studier funnet at eldre mennesker har et betydelig reservepotensiale, som kan aktiviseres dersom betingelsene legges til rette for det. I så fall kan de helseforløp vi i dag observerer være unødig negative, og vi vil kunne motvirke eller forsinke funksjonssvikt via intervensjon og forebygging. Vi trenger forskningsbaserte kunnskaper og modeller for å kunne prøve ut slike muligheter og derigjennom å gi optimisme til personalet i eldresektoren, slik man f.eks. har klart via informasjon og utdanning på demensområdet.

Studiet av psykologisk aldring har ofte basert seg på grupper og gjennomsnitt. I praksis betyr dette at man sammenlikner ulike aldersgrupper (tverrsnitt) med utgangspunkt i hvordan de fungerer på ulike psykologiske funksjoner. Resultatene viser gjennomgående at eldre kommer dårligere ut *som gruppe*, f.eks. på studier av intelligens og hukommelse og spesielt når hurtighet blir belønnet. Men det viser seg ofte at *variasjonen* innenfor hver aldersgruppe er stor, og særlig stor blant eldre. Skal vi bedre vår forståelse av psykologisk aldring må vi studere *individuelle endringer over tid*, ikke gjennomsnitt mellom grupper. Vi har sett lovende resultater fra en norsk forløpsstudie om psykologisk aldring, men persongrunnlaget var lite. Det er viktig å ta vare på denne kompetansen og å følge opp med studier av nye kohorter av eldre, som kan ha andre psykologiske livsbaner enn dem som gikk foran. Slike studier er viktige for utviklingen av psykologien som fag, og er eksempler på at gerontopsykologien kan gi substansielle og teoretiske bidrag tilbake til basisdisiplinen og stimulere interessen for aldring og livsløp også der. Her vil det være rom for å etablere samarbeid mellom helsefaglige og sosialgerontologiske miljøer.

### **Omsorg og omsorgstjenester**

#### **Helsekarrierer og omsorgsforløp**

Alderdommen er preget av stor variasjon også hva helse og behov for omsorg angår, men vi vet forbausende lite om hvordan den siste delen av livet forløper. De aller fleste studiene tar bare et utsnitt av tiden; det vi burde gjøre var å følge personer over tid. Så langt vi kjenner til er det bare en forløpsstudie ved NOVA som har brukt et slikt design, riktignok i hovedsak

med retrospektive og ikke prospektive data. Man finner stor variasjon i livets siste år, der noen går brått ut av livet – det gjelder menn mer enn kvinner – mens flertallet har en kortere eller lengre periode med skrøpeligheter og hjelpebehov før de dør. Hvordan mønsteret er i landet som helhet, vet vi ingenting om, og vi vet lite om hvilke faktorer som former de ulike forløpene. Og hva med morgendagens gamle? Vil det lengre livet føre til flere friske år eller flere år med sykdom? Stikkordene «helsekarriere» og «omsorgsforløp» antyder de utfordringene forskningen står over for her. Selv om dagliglivets mange erfaringer med alderdommen bygger på opplevelser av forløp, er det forbausende i hvor liten grad forskningen legger en slik observasjonsmodell til grunn. Noe av forklaringen ligger i ressursene. Longitudinelle studier forutsetter at man har både kompetanse, tid og penger, samt motivasjon nok til å gjennomføre et lengre løp.

De fleste har rimelig god helse i eldre år. Denne perioden blir gjerne kalt «den tredje alderen», med fritid og muligheter for utfoldelse. Den blir for mange etterfulgt av en kortere eller lengre periode med «den fjerde alderens» helsesvikt og hjelpebehov. Fruktbare måter å studere den fjerde alderen som forløp på, kan knyttes til tre knipper av temaer: funksjonstap (samlet tid, alvorlighetsgrad, rekkefølge og årsaker), omsorgspersonenes innsats gjennom ulike stadier, og de gamles veier gjennom hjelpeapparatet. Samspillet mellom hendelser i disse tre forløpene er avgjørende. Måten de fletter seg sammen på er en viktig del av veven som utgjør slutten av livsløpet.

Livsløpsperspektivet er en forskningsstrategi som ofte blir benyttet i gerontologien. På tross av dette er slutten av livsløpet paradoksal nok et lite utforsket tema. Det er viktig å stimulere forskningen på alderdommens siste fase både fordi det kan lære oss noe vesentlige om det å være menneske, og fordi slike kunnskaper er avgjørende for å kunne forebygge eller lindre problemene.

### **Omsorgstjenestenes makroperspektiv**

Den kommunale pleie- og omsorgsetaten fikk i 1990-årene et utvidet ansvar for alvorlig psykisk utviklingshemmede, for mennesker med kroniske psykiske lidelser og for rehabilitering og pleie av utskrevne sykehuspasienter. Mot slutten av 1990-tallet kom også Handlingsplanen for eldreomsorgen med betydelige midler og innspill til ytterligere endringer. Det ble avsatt midler til forskning for å evaluere reformene, og dette området kom dermed til å dominere innenfor aldersforskningen, slik vi allerede har vært inne på.

Omsorgstjenesteforskningen er heterogen både hva teorier og analysenivå angår. Begreper og metoder spenner over hele samfunnsforskningens register med innslag også fra sykepleievitenskap, helsetjenesteforskning og medisin. Hva analysenivå angår finner vi en variasjonsbredde fra studier som er vinklet mot den enkelte klient og tjenesteyter på den ene siden, til et fokus på etater, kommuner eller landet som helhet, når det f.eks. dreier seg om komparative studier på Nordisk eller Europeisk basis.

Omsorgstjenesteforskningen grenser mot studier av uformell omsorg og familiesolidaritet på den ene siden og mot velferdsstatsforskning på den andre, men disse grensene kan bli overskredet innenfor ett og samme prosjekt. I kjernen av denne forskningen ligger det vi kan kalle omsorgspolitikken makroperspektiv – organisering og finansiering, omfang, profil og funksjoner av tjenestene. Vi kommer tilbake til omsorgstjenestenes mikroperspektiv – det vil si forskning på omsorgens innhold og kvalitet.

Omsorgstjenesteforskning på eldreområdet foregår spredt omkring i instituttsektoren, med et tyngdepunkt ved NOVA i Oslo og SEFOS i Bergen. I de senere årene har vi sett en økende interesse også innenfor sykepleievitenskap og geriatri. For å vurdere den videre satsningen på området ble det utarbeidet en «Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene» i 1999



på oppdrag av Sosial- og helsedepartementet og Norges forskningsråd (Christensen & Næss 1999). I sin beskrivelse av utviklingen skriver forfatterne at omsorgstjenesten har vært gjennom en omstillingsrevolusjon. Gjennom omfattende lovgivning i snart to tiår er ansvaret desentralisert, samordnet og underlagt rammefinansiering. Innføring av formelle prosedyrer både når det gjelder søknad om hjelp, tildeling og avslag er et karakteristisk trekk. Ved siden av helse- og sosiallovgivningen, er forvaltningsloven nå det viktigste rammeverket for fordeling av tjenester.

Brukergruppene er blitt flere. I tillegg til eldre, som både var og er kjernegruppen, har kommunale omsorgstjenester nå også ansvar for psykisk utviklingshemmede, personer med alvorlige psykiske lidelser, nylig utskrevne sykehuspasienter med behov for pleie eller rehabilitering og yngre funksjonshemmede. Denne utviklingen preger også forvaltningens interesse for forskning.

Omsorgstjenesten er kontinuerlig gjenstand for debatt om målsetting og kvalitet. Rehabilitering, brukermedvirkning, boligging og hjelp til selvhjelp er noen av mange begreper og uttrykk som avspeiler de omsorgsideologiske brytningene. Det er også en bevegelse i retning av ulike former for privatisering av omsorgstjenesten. Den empiriske kunnskapen om fordeler og ulemper av alle disse endringene er høyst begrenset.

Forfatterne av kunnskapsstatusen foreslår at man i den videre forskningen på området bør prioritere forskning om de svakeste brukerne og deres tjenesteytere. Begrunnelsen er at mye forskning til nå har konsentrert seg om hjemmeboende, relativt friske og intervjubare klienter. Vi vet mindre om klienter med store hjelpebehov, for eksempel beboere og pasienter i aldersinstitusjoner, der 60-70 prosent er aldersdemente i moderat til alvorlig grad. Det bør også legges vekt på ansattes situasjon. Hvordan kan vi bedre arbeidsmiljøet, sikre rekruttering og beholde personalet i den såkalte resultatløse omsorgen? Det er også behov for mer og bedre forskning om institusjoner og andre typer boformer for de skrøpelige gamle. Vi er egentlig sent ute, for vi går mot slutten av den store utbyggingen av sykehjem og omsorgsboliger som er finansiert under handlingsplanen. Forskningen vil dermed komme i ettertid, ikke i fortid slik den burde. Vi er imidlertid i innledningen av privatiseringstrenden, men har foreløpig få studier som tar opp denne problematikken, og disse få er i regelen både små og mangelfulle.

Et av de største problemene for omsorgstjenesteforskningen er mangelen på gode data, inkludert tidsserier. En tilgang til individbaserte data om funksjonsevne og varighet av tjenestebruk vil åpne nye muligheter for omsorgstjenesteforskningen.

Det har vært en betydelig forskning på omsorgstjenester de siste årene, og det er behov for å fortsette dette løpet og å styrke samarbeidet på området, herunder koblingen mellom samfunnsfaglig og helsefaglig forskning. Men området er fortsatt preget av den svakhet som ble påpekt i en vurdering av omsorgstjenesteforskningen fra tidlig på 1990-tallet (Ellefsen 1991). Det er for mange små og lokale studier med liten generaliseringsverdi, og det bør legges mer vekt på teori for å styrke kvaliteten av studiene. Deltakelse i komparative studier og internasjonale nettverk bør styrkes.

### **Omsorgstjenestenes mikroperspektiv**

Omsorgens indre liv har blitt viet relativt mindre oppmerksomhet som forskningstema, men med økende innslag de siste årene, noe som bl.a. har sammenheng med den sterke kritikken av omsorgstjenestene generelt og eldreomsorgen spesielt. Dette har også ført til utarbeidelsen av kvalitetsforskrifter og andre virkemidler for en bedre omsorg. Demensomsorgen er viet spesiell oppmerksomhet, ikke minst via arbeidet til Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.

En doktoravhandling om måling av kvalitet i aldersinstitusjoner fra midt på 1990-tallet viste at det er betydelige metodeproblemer i denne forskningen, og at mye av forskningen på området både i Norge og internasjonalt er preget av denne svakheten. Det er derfor behov for å styrke forskningens kvalitet hva metode og teori angår. Små og lokale studier kan i så måte være like gode som store undersøkelser, fordi nettopp dette temaet innbyr til kvalitative studier, som siden kan følges opp med en kvantitativ tilnærming.

Hensikten med å styrke denne delen av aldersforskningen er å øke kunnskapsgrunnlaget for å yte pleie og omsorg av høy kvalitet og å bidra til forskningsbasert undervisning på grunn- og videreutdanningsnivå. I den forbindelse trenger vi en klargjøring av hvilke behov som er grunnleggende og særlig framtredd blant pleie- og omsorgstrengende. Er det forskjeller mellom eldre og yngre i så måte og mellom mentalt friske og aldersdemente? Og hva med de pårørende? Hva betyr omsorgen og tjenestene for dem, og hvordan kan vi legge til rette for et godt samarbeid mellom pårørende, personalet og pasientene? Det ligger også viktige etiske og holdningsmessige utfordringer i denne omsorgen, som forskningen kan bidra til å klargjøre om ikke løse. Blant disse er de særlige utfordringene som er knyttet til omsorgen ved livets slutt.

Alvoret i denne problematikken understrekes av at man i flere undersøkelser har funnet at pasientenes grunnleggende behov ikke alltid ivaretas på en tilfredsstillende måte. Det er også avdekket tilfeller av overgrep i sykehjem, men vi har ingen større studie som kan klargjøre det faktiske omfanget av denne typen problemer. Dårlig tannhelse, under- og feilernæring kan også ha et betydelig omfang både innenfor og utenfor institusjon, men hvor stort er problemet, hvem rammes og under hvilke betingelser? Kunnskapene ser ut til å være særlig dårlige når det gjelder ivaretagelsen av psykososiale behov. Det er grunn til å tro at omsorgen er preget av innarbeidede vaner og holdninger som er foreldet. Vi vet for lite om dette, og vi vet lite om hvorvidt morgendagens gamle vil ha andre behov og forventninger enn dagens.

Forskningen på et spesialområde har en tilbøyelighet til å bli seg selv nok. Slik også på dette området, som ville styrkes ved et samarbeid med forskere innenfor og utenfor gerontologien som har et bredere teoretisk og empirisk grunnlag for studier av behov, velferd og livskvalitet. Innenfor den internasjonale gerontologien er det f.eks. en sterk tradisjon for forskning omkring mestring og «den gode aldring» (successful ageing).

### **Etiske og etniske utfordringer**

Hjelp med intime behov forutsetter menneskekunnskap, kommunikasjonsevne og en respektfull holdning. I pleie og omsorg er det oftest personalet som har makten og som derfor bestemmer vilkårene for relasjonen. Pleiepersonalet påvirkes av de rådende holdninger i samfunnet, og negative holdninger til alderdom og skrøpeligheit kan komme til å prege omsorgsformene.

Den kulturelle avstanden mellom personale og beboere øker når levealderen forlenges og den sosiale endringen akselererer. Kulturell avstand blir også et viktig tema når stadig flere av innvandrerne blir gamle. I dette ligger både praktiske, kulturelle og etiske utfordringer som det er på tide å ta fatt i. Det er gjort noen mindre studier omkring aldring og etnisitet, men vi trenger en større og dypere satsning.

De etiske dilemmaer knyttet til prioritering av knappe ressurser blir også stadig mer påtrengende. Hvordan skal vi ordne helsekøene? Er alder et relevant kriterium for tilgang til – eller ikke tilgang til – behandling og pleie? Forskning kan ikke løse disse dilemmaene, men bidra til en klargjøring av dem ved å rydde opp i begreper og verdier og å samle inn nødvendige fakta.

Studier som systematisk evaluerer eksisterende praksis, eller som utvikler og utprøver nye tiltak, er det også få av. Denne kunnskapsmangelen bidrar til å opprettholde en praksis som er bygget på langvarig tradisjon og erfaring, men som ikke nødvendigvis er tilpasset dagens virkelighet. Altfor ofte skjer endringer uten at det er gjort en systematisk evaluering.

## **Aldring og samfunn**

### **Arbeid og pensjonering**

Sosial integrasjon var et sentralt tema i norsk aldersforskning tidlig på 1970-tallet, men fikk liten oppmerksomhet i mange år deretter. Temaet er mer indirekte berørt via studier av arbeid og pensjonering, som har vært gjenstand for prosjekter ved NGI og senere NOVA helt siden tidlig på 1960-tallet. Interessen har oftest vært sentrert omkring arbeidets og pensjoneringens betydning for individet. Også andre institutter og forskere interesserte seg etterhvert for pensjoner og pensjonering, så som INAS (senere en del av NOVA), Arbeidsforskningsinstituttet, Høgskolen i Oslo og Fafo, men da oftest med sosialpolitisk eller trygdepolitisk vinkling.

De senere årene har en betydelig del av aldersforskningen på området vært organisert under forskningsprogrammet «Yrkesliv, aldring og livsløp», med særlig vinkling mot seniorpolitikk overfor middelaldrende og eldre arbeidstakere. Programmet har en stor bredde av prosjekter og tilnærminger, fra psykologiske studier av yrkeskompetanse via forsøksvirksomhet til undersøkelser av hvilke faktorer som skyver (push) eller trekker (pull) ut av arbeidslivet. Denne typen problemstillinger har også vært tatt opp i tidligere studier, men er ett av flere eksempler på tema som må oppdateres med nye og relevante data når samfunnet endrer seg.

Programmet koordineres av Senter for Senior Planlegging og NOVA, med deltakelse også fra flere andre institutter. Finansieringen fra såvel næringslivet som forvaltningen viser at seniorpolitikk ses som et særdeles viktig område såvel økonomisk som politisk. Det er bl.a. i gang forsøksvirksomhet for å kunne stimulere til lengre yrkeskarrierer og redusere utviklingen mot stadig tidligere pensjonsavgang. Erfaringene så langt er at psykososiale faktorer i arbeidslivet – herunder negative holdninger – er viktige prediktorer for tidligpensjonering.

Både relevansen av slike studier, og den kompetansen som er utviklet over lang tid, tilsier at dette er en forskningstradisjon det bør bygges videre på.

### **Aldring og velferdspolitik**

Forskningen på arbeid og pensjonering har også relevans for vurderinger av velferdsstaten mer generelt. Utgifter til pensjoner og tjenester skal finansieres av yngre generasjoner, som forutsettes å ha vilje og evne til å bidra. Hva er en rimelig fordeling av rettigheter og plikter mellom generasjonene og over livsløpet? Vil økende strid mellom generasjoner om kollektive goder legge press på den generasjonskontrakten som våre velferdsordninger hviler på?

Denne typen problemstillinger er gjenstand for forskning både utenfor og innenfor gerontologien; det har f.eks. nylig kommet en doktorgradsavhandling om folkemeningen og eldrepolitikken. Aldring og generasjonsspørsmål har fått stigende relevans og synlighet også utenfor det gerontologiske miljøet. I dette ligger muligheter for samarbeid og brobygging mellom forskere som opererer på samme område, men identifiserer seg i forskjellige retninger. Omsorgstjenesteforskningen kan med fordel integreres nærmere med forskningen på velferdsstaten mer generelt. Det demografiske trykket vil bringe de eldrepolitiske tiltakene inn i kjernen av velferdsstaten og velferdsstatsforskningen.

## Sosial integrasjon og levekår

De første levekårsundersøkelsene utelot den eldre delen av befolkningen. De ble etterhvert inkludert (med unntak av institusjonsbeboere), men det har vært lite forskning på området antallet eldre tatt i betraktning. Det har kommet en del studier av Eldres økonomi, ikke minst i forbindelse med offentlige utredninger om pensjoner, men som regel uten å gå i dybden verken empirisk eller teoretisk. Vi trenger en bedre forståelse av den personlige økonomien over livsløpet og hva som skaper variasjoner i denne. Hvilken rolle politikken og markedet har, og like viktig – hvilken rolle individet selv spiller.

Stigende velstand blant eldre burde også stimulere til forskning om eldre som konsumenter, men det har foreløpig vært liten aktivitet her. Minst like viktig er forskjellene i økonomiske levekår: Har vi et fattigdomsproblem, f.eks. blant enslige kvinner og innvandrere som ikke har tjent opp rettigheter til full pensjon?

Den sosiale aldringen ble belyst via begreper som livsstil, livsformer og sosial identitet i norske og nordiske studier fra midten av 1980-tallet og framover, med særlig vekt på forskjeller mellom kvinners og menns aldring. Overgrep mot eldre var gjenstand for forskning fra 1980-årene av, og tidlig på 1990-tallet ble det også en forskningsmessig interesse for eldre innvandrere. Men de offentlige midlene ble i hovedsak dirigert mot forskning på omsorg og omsorgstjenester, og det har vært mindre muligheter for studier av sosial aldring og Eldres liv mer generelt. Aldersforskningen har vært dominert av studier av den problemfylte alderdommen – det såkalte elendighetsperspektivet. Det har vært mindre forskning på alderens og aldringens samfunnsmessige funksjoner. Hva betyr det for eksempel for individ og samfunn at livet har blitt radikalt forlenget og befolkningsbalansen forskjøvet mot eldre år?

Samfunnets strukturering av den biografiske tiden kan bidra til kontinuitet eller diskontinuitet i den enkeltes liv. Sosialantropologer viste for et femtital år siden hvordan det moderne, vestlige samfunnet skapte en diskontinuitet i overgangen fra ungdom til voksen. I dag kan vi ha et tilsvarende brudd i eldre år, fordi man pensjoneres stadig tidligere til en tilværelse med uklare modeller. Livslengden har økt markant, men samfunnet har ikke funnet måter å bruke de nye årene på. Har vi lagt år til livet, men uten liv til årene?

En annen form for diskontinuitet kan ligge i det lange livet og de raske sosiale endringene. Samfunnet vi blir åtti og nitti i er svært forskjellig fra det samfunnet vi ble åtte og ni i. Som gamle er vi migranter i tid, og kan føle oss i eksil i en fremmed tilværelse av teknologi og samværsformer som vi ikke kjenner. Resultatet kan bli en tiltakende alderssegregering, der yngre og eldre søker sammen med sine jevngamle og likesinnede, med manglende kontakt og samhold på tvers av aldersgrupper. I dette ligger også faren for stereotypisering, fordommer og svakere sosial integrasjon.

Aldring og fysisk miljø var et tema på 1980-tallet via studier av ulykker og bilkjøring. Hvilke materielle strukturer er til hinder for sosial deltakelse? Vil den nye teknologien være til hjelp eller til hinder? Geroteknologi er et område med voksende interesse internasjonalt.

Boligbyggingen bidrar til aldershomogenitet, og eldreomsorgen har bidratt til at en stor del av de eldre ender sine liv i helt alderssegregerte enheter. Byene våre kan også i stigende grad komme til å bli preget av aldershomogene og alderssegregerte «sosiale øyer», der man bare omgås jevngamle. Familien gjenstår i så fall som den sentrale arena for aldersintegrasjon, der individer med forskjellige historiske erfaringer møtes.

Det har foreløpig vært liten forskning på denne typen prosesser, bl.a. fordi de i liten grad er blitt fanget opp av basisdisiplinene. Her er problemer og temaer som kan gi viktige innspill i sosial- og kulturpolitikken. Aldersforskningen kan gjennom studiet av slike prosesser også bli en vesentlig ressurs for basisdisipliner som sosiologi og sosialantropologi.

Forholdet mellom generasjonene bør tas opp både på samfunnsnivå (historiske generasjoner) og innenfor familien. Hvordan vil de nye familieformene påvirke forholdet mellom generasjonene? Hva betyr endringene i familiestruktur og boformer for familien som institusjon? Familieforskningen har tradisjonelt konsentrert seg om parforholdet og de små barna, men nye familieformer vokser fram som også har konsekvenser for de eldre generasjonene. Skaper skilsmisse og samboerskap svake tråder i generasjonsveven? Hvilken rolle har besteforeldre, oldeforeldre – og tippoldeforeldre? Denne typen spørsmål har vært gjenstand for enkelte studier. Vi har altså en kompetanse på området, men den trenger følges opp med flere undersøkelser.

Det sosiale livet i eldre år kan dermed studeres langs mange arenaer og roller – som klienter av velferdsstaten, som konsumenter i markedet, som familiemedlemmer, og som borgere – og til dels aktivister – på den politiske arenaen. Denne bredden av tilknytningsformer er viktig for både individ og samfunn og bør også reflekteres i forskningen.

### **Holdninger og eldrebilder**

Tidens gang og de sosiale endringene gjør at innlærte holdninger og bilder (images) av aldring og alderdom foreldes, men de kan henge igjen og prege individers og sosiale institusjoners måter å forholde seg til eldre på. Eldreomsorgen er kritisert for å bygge på en modell av aldring som sykdom. Tilbøyeligheten til å overdrive alderdommens elendighet kan bidra til unødig angst og til den sterke veksten av varer og tjenester som skal forsinke eller skjule alderens spor. Medienes eldrebilder kan nøre opp under denne alderismen, og fordommer mot eldre kan representere hindringer for yrkesdeltakelse eller annen sosial aktivitet som det ikke er noe reelt grunnlag for. Vi vet ikke nok om utbredelsen av alderisme og om konsekvensene av de fordomsfulle eldrebildene.

Vi vet også lite om hvilke bilder folk har av sin egen alderdom, og hva dette betyr for tilpasningen til eldre år. Når begynner man å se framover, hva kjennetegner i så fall dem som planlegger, og hvilke konsekvenser har planlegging eller mangel på planlegging? Er det vanlig å frykte alderdommen, og hva er det i så fall man frykter? Er det forskjeller mellom menns og kvinners aldersopplevelser, og er det kohortforskjeller? Vil nye generasjoner forholde seg til alderdommen på en annen måte enn dagens gamle, og hva betyr i så fall dette for eldrepolitikken?

Den samfunnsmessige konstruksjonen av livsløpet bør være et kontinuerlig tema for utforskning, og tilsvarende for sosial identitet og selvbilde som eldre – herunder hvordan man forholder seg til sin aldrende kropp. Dette er spørsmål som berører grunnvilkårene for mennesker og samfunn, og som egentlig burde vært temaer for basisdisiplinene ved universitetene.

## Del IV. Konklusjoner og forslag

### Sammenfattende vurdering

#### Styrke og svakhet

Den norske aldersforskningen har høy kvalitet i enkelte deler, men som helhet står den svakt. Kontinuiteten på området og forankringen til gerontologien som fag bæres av en liten gruppe forskere og et fåtall miljøer. Det har vært svak rekruttering til dette «kjernemiljøet», men et økende innslag av aldersforskning i videre forstand – av «gjesteforskere» fra andre fag og tradisjoner. De nye innslag gir vitalitet og faglige bredde. Alle skal ikke være gerontologer; det er tvert imot en fordel med en viss gjennomstrømning både for gerontologien og de andre fagene. I dette ligger imidlertid en risiko for faglig utvanning og mindre teoretisk dybde. Gerontologien må ikke bli seg selv nok, men uten en spesialkompetanse om aldring og modne år står vi dårlig rustet for å forstå de prosesser som former den andre halvdel av livet. Eldrepolitikkens tiltak og tjenester vil dermed kunne bli formet av foreldete oppfatninger og kortsiktige, pragmatiske hensyn.

De svake sidene av norsk aldersforskning kan i mer generelle vendinger oppsummeres som følger:

*Den faglige profilen er for snever.* Sett i store trekk er aldersforskningens tema studiet av aldring (prosesser), av eldre (mønstre) og av intervensjon på ulike nivåer fra behandling til eldrepolitikk. Men det har blitt lite rom for studier av aldriingsprosesser og få undersøkelser av det vanlige pensjonistlivet. Forskningen har i stigende utstrekning blitt kanalisert mot eldre som klienter og pasienter. Gerontologien har også internasjonalt blitt kritisert for å være individualiserende og ensidig opptatt av aldringens elendighet. Dermed står man i fare for å nøre opp under alderismen i det senmoderne samfunnet. Det er likevel ikke for mye forskning på avhengighet og omsorgstjenester. Det er de andre temaene det er for lite av. Vi trenger en større bredde innenfor norsk aldersforskning, og vi må legge mer vekt på dybden ved å styrke det teoretiske grunnlaget.

Aldersforskningen har for det andre vært preget av at *datagrunnlaget har vært for dårlig*. Det har f.eks. aldri vært gjennomført en nasjonal forløpsstudie av et større format med vinkling mot aldring og eldre i Norge. Området har vært preget av en rekke mindre studier av lokal karakter og interesse. Resultatet er at vi har manglet data som gir muligheter for generalisering.

Det er for det tredje *behov for å styrke den internasjonale orienteringen*. Her ligger de viktigste kildene for å heve kvaliteten av forskningen. Tilgang til relevante data og oppdatering på teori er forutsetninger for å kunne delta i komparative studier, publisere i de sentrale tidsskriftene og delta i «den internasjonale samtalen» på området. Utvekslingsordninger for forskere og stipendiater bør etableres eller utvides.

Et fjerde trekk er at *rekrutteringen til norsk aldersforskning er svak*. Noe av skylden for det må nok forskningsmiljøene selv ta på seg, men eldreområdet har tradisjonelt hatt lav status og tiltrekning. Og fordi gerontologien i stor grad har levd sitt liv utenfor universitetene, har det vært dårlig med utdanningstilbud. Det er behov for flere rekrutteringsstillinger og bedre veiledningsmuligheter. Her ligger en utfordring ikke bare for universiteter og høyskoler, men

også for de anvendte forskningsinstituttene. Aldersforskningen er i de fleste land forankret i universitetene. Det gir en tettere forbindelse mellom forskning og undervisning, det styrker koblingen mellom teoriutvikling og anvendt forskning, og det bidrar til å stimulere rekrutteringen. Den norske modellen har slik sett klare svakheter.

Det femte som skal trekkes fram her er *fragmentering og mangel på planer*. Utviklingen synes preget av tilfeldigheter, og prioriteringene virker kortsiktige. Det er behov for en klargjøring av den faglige profilen i miljøene, og det kan med fordel være høyere ambisjoner og lengre horisonter i planarbeidet. Dermed vil det også bli mulig å vurdere hvordan arbeidsdelingen mellom miljøene bør være. Gerontologien er et tverrfaglig forskningsfelt, og det er behov for å styrke samarbeidet på tvers av disiplinene. Man må imidlertid også ha respekt for disiplinenes egenart og indre logikk. Den teoretiske dybden søker man som regel innenfor sin egen disiplin. Det gjelder å finne en balanse mellom den intra- og interdisiplinære tilnærmingen. Vi trenger dem begge. Aldring og eldre år kan vanskelig forstås i et endimensjonalt lys, og eldrepolitikkens tiltak og tankemodeller må vurderes i et tverrfaglig perspektiv.

### **Behov for et nasjonalt krafttak**

Det er et misforhold mellom den stigende betydningen aldring og eldre år har for folk og samfunn og de beskjedne midlene som har vært avsatt til forskning og utdanning. Livet er radikalt forlenget og befolkningen har endret profil mot stadig større innslag av modne og eldre mennesker. Hva betyr dette for individets livshorisonter? Hvilke samfunnsmessige endringer følger av det?

De brede spørsmålene om aldringens betydning for individ og samfunn har måttet vike til fordel for mer praktisk orienterte studier. Valget av temaer og tilnærminger er blitt sterkere preget av forvaltningens interesser, og det har blitt et stigende innslag av små og beskrivende undersøkelser med liten generaliseringsverdi. Aldersforskningen risikerer å bli trivialisert av etterspørselen etter strategiske data, knappe bevilgninger og korte tidshorisonter. Dette er et problem som ikke bare berører Norge, ei heller bare aldersforskningen, men norsk gerontologi er sårbar fordi den står så svakt ved universiteter og høyskoler. Dermed er det i stor grad instituttsektoren som har måttet forvalte gerontologien som fag ved siden av sin anvendte forskning.

Et nasjonalt krafttak for aldersforskning bør derfor ha en langsiktig målsetting med vekt på teoretisk forankring. Dette vil i det lange løp også bidra med den mest anvendbare kunnskapen. Koblingen mellom forskning og undervisning bør dessuten styrkes ved at gerontologiske perspektiver får et tryggere fotfeste på universiteter og høyskoler og ved et tettere samarbeid mellom disse og de anvendte forskningsinstituttene.

## **Forslag og virkemidler**

### **Plan for perioden 2001-2010**

På denne bakgrunnen ser vi det som viktige delmål (1) å sikre et bedre datagrunnlag for norsk aldersforskning, (2) å stimulere til langsiktig planlegging og faglig profilering, (3) å styrke den internasjonale orienteringen og (4) å stimulere rekrutteringen og interessen for området mer generelt. Vi legger til grunn at det er behov for en langsiktig satsning som skal bidra til en varig heving av omfang og kvalitet av norsk aldersforskning til et nivå som er høyere enn det er i dag. Vi tenker oss dermed *en tiårig plan* for perioden 2001-2010, gjerne fordelt på to femårs perioder med en mellomliggende evaluering.

Vi foreslår en samlet ramme på 100 millioner kroner for denne perioden. Beløpet tilsvarer ca. 0,1 promille av driftsutgiftene til eldreomsorg og alderspensjon (på dagens nivå) i disse årene. Det er alt i alt et betydelig beløp, men ikke spesielt stort sammenliknet med satsningen i andre land. Sverige og Nederland har investert mer enn det dobbelte i sine nasjonale programmer på 1990-tallet. Og når folketallet tas i betraktning, tilsvarer det hva det amerikanske National Institute on Aging bevilget i *ett enkelt år* (1999).

Når vi likevel ikke går høyere, er det fordi vi ikke har sett det som realistisk å bruke mer på en kompetent måte. En av hensiktene med forslagene er nettopp å heve kompetansen slik at det på lengre sikt vil bli mulig å øke omfanget og kvaliteten av norsk aldersforskning. Vi tenker oss derfor en opptrapping innenfor perioden, slik at de aktuelle forskningsmiljøene skal bli i stand til å bære satsningen videre etter at planperioden er over.

En reell vekst forutsetter at det dreier seg om «friske midler» – ikke en omdisponering innenfor de eksisterende budsjetter. Det er ikke helt enkelt å vurdere dagens omfang i økonomisk forstand, fordi det er flytende grenser for hva som skal regnes som aldersforskning, og bare få av miljøene fører en separat oversikt over nettopp denne delen av virksomheten. I følge den survey vi gjennomførte i forskningsmiljøet var det bare to grupper med brutto driftsutgifter til aldersforskning (i videre forstand) på mer enn fem millioner kroner i 1999 (Vedlegg 3). For seks enheter lå driften til slike prosjekter på mellom 1 og 2,25 millioner. Tolv enheter brukte mindre enn én million, og ni svarte ikke på spørsmålet – langt de fleste av disse hadde liten aktivitet på området. Det samlede beløpet var ca. 32 millioner kroner, og det foreliggende forslaget innebærer dermed en utvidelse av rammene med ca. 30 prosent.

Vi foreslår mer konkret at det settes av midler til *to nasjonale forløpsstudier* for å bedre datatilgangen og styrke samarbeidet i sektoren. Vi foreslår dernest at det etableres *et nasjonalt aldersforskningsprogram* som løper over en tiårs periode, og vi foreslår at det settes av en del midler til mer generell *miljøstøtte*.

### **To nasjonale forløpsstudier**

Norsk aldersforskning har i alle år lidd under mangel på gode datasett. Vi foreslår derfor at det avsettes midler til to større, tverrfaglige forløpsstudier – én med sin primære basis i sosialgerontologi og én med primær forankring i helsegerontologi.

Når vi foreslår to studier, er det fordi én enkelt studie lett vil bli for omfattende både for deltakere og forskere. Internasjonale erfaringer viser dessuten at man lett mister dybde ved å forsøke å favne hele bredden av temaer og problemstillinger. En tredje og mer pragmatisk grunn er at forprosjekteringen for den sosialgerontologiske studien allerede har vært under arbeid en tid ved NOVA, med finansiering fra Norges forskningsråd. Datainnsamlingen vil dermed kunne starte allerede i 2001, mens en tilsvarende forløpsstudie om aldring og helse ville trenge et par års forprosjektering. At de to undersøkelsene dermed spres i tid er ingen ulempe, snarere tvert imot.

Begge studiene vil være tverrfaglige, men med ulike tyngdepunkt. Omfanget tilsier at de blir gjennomført som samarbeid mellom flere miljøer, og at dataene blir tilgjengelige for enda flere og utgjør grunnlag for prosjekter man kan søke midler til under det nasjonale forskningsprogrammet.

Vi går ut fra at den sosialgerontologiske forløpsstudien kan starte i 2001 og følges opp etter fem år (2006). Den helsefaglige undersøkelsen vil kunne starte i 2003 med oppfølging i 2008. Det vil i begge tilfeller dreie seg om forholdsvis store datasett og utgifter på ca. fire millioner kroner per datainnsamling. Denne typen studier trenger også midler til organisering og



forvaltning i mellomliggende år – anslagsvis beregnet til én million kroner per år. Det forutsettes at det først gis midler til forprosjektering, og at en eventuell bevilgning til hovedstudien er avhengig av at prosjektet er faglig støtteverdig og praktisk realiserbart.

Med forprosjektering og oppfølging i mellomliggende år vil utgiftene ligge på ca. 15 millioner kroner til hver av undersøkelsene. Samlet beløp for de to forløpsstudiene blir dermed 30 millioner kroner for hele perioden.

### **Et nasjonalt aldersforskningsprogram**

Vi foreslår at det settes av 60 millioner kroner i perioden 2001-2010 til et nasjonalt forskningsprogram. Forskningsprogrammet skal gi grunnlag for å rekruttere stipendiater og forskere og gi muligheter for hovedfagsarbeid for studenter. Vi legger opp til en faglig profilering innenfor tre hovedakser og tre deltemaer under hver akse, men det bør også være et visst rom for «frie prosjekter» som holder høy standard. Vi ønsker også å stimulere til planarbeid ved å gi muligheter for mer omfattende søknader fra forskergrupper. Vi tenker oss dermed to typer søknader til programmet. Dels tradisjonelle prosjektsøknader og dels bredere søknader basert på treårige forskningsplaner.

Som et ledd i arbeidet med å styrke forskningens kvalitet og internasjonale profil, foreslår vi at deler av midlene settes av til engelskspråklige søknader som vurderes av et internasjonalt ekspertpanel.

Forskningsprogrammet foreslås organisert langs tre tverrfaglige akser: (1) Aldringens variasjon, (2) Det aldrende samfunn og (3) Intervensjoner og tiltak. De tre hovedaksene inviterer til forskning om aldringsprosesser, om eldres livsvilkår, om hvordan samfunnet former og formes av aldring, og om intervensjon på alle nivåer fra diagnostikk og behandling til pensjoner og politikk.

#### *Akse 1: Aldringens variasjon*

##### 1.1. Helse og funksjonsevne i et forløpsperspektiv

Vi vet en del om gjennomsnittlige forskjeller mellom og innenfor aldersgrupper i helse og førlighet, men forbausende lite om det individuelle forløpet. Hvilke typer av forløp er vanlige? Hvor vanlig er det f.eks. med alvorlige funksjonstap, og hvor lenge lever man med og uten funksjonstap? Vil nye kohorter (årskull) av eldre ha en friskere og mer uavhengig alderdom enn dagens gamle? Hvordan varierer forløpet med kjønn, klasse og etnisitet?

##### 1.2. Aldring, mestring og livskvalitet

Hva er viktig for livskvaliteten i ulike aldre og faser av livet? Hvordan tilpasser man seg den risiko og sårbarhet som følger med høy alder? Hva kjennetegner mestringsstilene? Hva er deres styrke og svakhet? Hvilken sosial og kulturell kapital finnes blant eldre, og hvordan brukes den – eller brukes den ikke? Og hva når mestringen svikter – hva er omfanget av mentale lidelser av ulike typer i eldre år? Hva er risikoen for marginalisering og alvorlig velferdssvikt, så som sosial isolasjon, ensomhet, fattigdom og selvmord, og hvordan varierer slike problemer med kjønn, klasse og etnisitet? Hvilken rolle spiller samfunnet og dets subsystemer i produksjonen av slike problemer?

##### 1.3. Aldringens sosiale og kulturelle ytringsformer

Aldring er også et produkt av kultur og samfunn. Hva er de rådene oppfatninger og «bilder» av eldre i ulike sosiale institusjoner så som markedet, det politiske liv, arbeidslivet og i mediene? Hvilke konsekvenser har slike bilder for selvoppfatning, sosial identitet og sosial

deltakelse? Er det forskjeller etter kjønn og etnisk tilhørighet, og hva er i så fall konsekvensene av slike forskjeller?

### *Akse 2: Det aldrende samfunn*

#### 2.1. Alder, generasjon og integrasjon

Hva preger forholdet mellom aldersgrupper i det aldrende samfunnet? Er det en tiltakende tendens til alderssegregering, og hva er i så fall årsaker til, og konsekvenser av, dette? Er forholdet mellom generasjonene i familiene og på makronivå i samfunnet preget av konflikt, ambivalens eller solidaritet? Hva betyr de(n) yngre generasjon(er) for eldre og omvendt, og hva betyr de nye familie- og samlivsformene for omsorg og andre former for hjelp og støtte innenfor familiekretsen?

#### 2.2. Aldring, miljø og teknologi

Hvilke muligheter og begrensninger representerer det fysiske miljøet for deltakelse i eldre år, f.eks. i trafikken, i boligen og i lokalmiljøet? Hvordan endres forutsetningene for å mestre ulike former for teknologi seg med alderen, og hvordan kan man bedre tilpasningen mellom menneske og miljø i arbeidsliv og dagligliv? Hvilke ressurser – eller hindringer – ligger i den nye teknologien?

#### 2.3. Rettigheter og plikter over livsløpet

I aldringen av befolkningen ligger et press på tilvante fordelinger av rettigheter og plikter. Hvordan er fordelingen av goder og onder over livsløpet og mellom generasjonene, og hvordan bør det være? Hvilken rolle spiller alder i prioriteringen av knappe ressurser, f.eks. tilgangen til helsetjenester, adgangen til arbeid og muligheter for politisk innflytelse?

### *Akse 3. Intervensjoner og tiltak*

#### 3.1. Kliniske studier

Med intervensjoner og tiltak tenkes på hele bredden av tiltak fra individnivå til samfunnsnivå. Under «kliniske studier» siktes til forskning på ulike sykdomstilstander, herunder aldersdemens og psykiske lidelser av ulike slag. Her inngår også studier av behandling, forebygging og rehabilitering og studier av helsetjenester mer generelt.

#### 3.2. Omsorgstjenestenes innhold og organisering

Her inngår forskning om omsorgstjenestenes mikro- og makroperspektiver. Hvordan er innholdet og kvaliteten i omsorgen? Hvordan er omfang og organisering av tjenestene, og hva er styrke og svakheter ved de ulike modellene? Hvordan er samspillet mellom formell og uformell omsorg, og hvordan er balansen mellom private og offentlige løsninger?

#### 3.3. Eldrepolitikken og velferdsstaten

Her inviteres til studier som plasserer eldrepolitikken i en større politisk og kulturell sammenheng. Hva er eldrepolitikken plass og rolle i velferdsstaten? Trenger vi også en politikk for «den tredje alder»? Hvilke roller er tilgjengelige for pensjonister i markedet, på den politiske arenaen og i kulturlivet?

### *Frie prosjekter*

Det bør også gis adgang til søknader på prosjekter som ikke lar seg plassere innenfor programmets hovedemner,

### **Miljøstøtte**

Det er dessuten behov for en mer generell styrking av infrastrukturen og forskningsmiljøene. Vi har per i dag tre større miljøer og et antall mindre. Det bør gis muligheter for å støtte og stimulere alle miljøene, men de må også utfordres. Det er behov for en klargjøring av faglige profiler og planer, og kanskje også ønskelig med noen organisatoriske justeringer, slik vi antydte i del III. Arbeidsgruppa har imidlertid ikke funnet det rimelig å komme med konkrete forslag i så måte, eller å foreslå øremerkede midler og stillinger til bestemte enheter. Storparten av midlene i planen foreslås derfor lagt inn i de to forløpsstudiene og i forskningsprogrammet. De aktuelle miljøene inviteres til å søke om midler herfra med utgangspunkt i enkeltprosjekter eller i forskningsplaner som er ramme om flere prosjekter og stillinger. Hensikten er å utfordre miljøene til en planmessig og langsiktig satsning – gjerne ved at de også investerer mer av sine egne midler på dette området. Tanken er at det dermed kan bygges opp tilstrekkelig vilje og evne til å bære virksomheten videre etter at planperioden er over.

Det foreslås derfor som en mer generell miljøstøtte at det settes av 10 millioner for søknader om tiltak som faller utenfor forløpsstudiene og forskningsprogrammet. Det kan dreie seg om bistillinger (II-ere) og stipendier, støtte til konferanser og utvekslingsordninger. Vi vil spesielt oppfordre til søknader med internasjonal profilering og søknader om å styrke gerontologiens stilling og status på universiteter og høyskoler.

Behovet for stillinger og utdanningstilbud på universitets- og høyskolenivå er særdeles stort etter mange års forsømmelser og hadde fortjent en egen plan og egne midler, som lett kunne resultert i en fordobling av de økonomiske rammene vi her har foreslått. En slik plan faller utenfor rammene av dette oppdraget, men vi håper at de tiltak vi har foreslått vil bidra til å bygge opp den nødvendige kompetansen.

### **Konklusjon**

Det foreslås en styrking av norsk aldersforskning med en ramme på 100 millioner kroner i perioden 2001 til 2010, fordelt på tre satsningområder:

- (1) To forløpsstudier for å styrke datatilfanget – 30 millioner kroner.
- (2) Et nasjonalt forskningsprogram – 60 millioner kroner.
- (3) Særskilt miljøstøtte – 10 millioner kroner.

## **Vedlegg**

**Vedlegg 1: Fagpanel**

**Vedlegg 2: Idédugnad**

**Vedlegg 3: Survey**

**Referanser**



## Vedlegg I: Fagpanel

<i>Aldersforskning i Norge: Geriatri og alderspsykiatri anno 2000</i> Knut Laake og Knut Engedal .....	53
<i>Forskningmessige utfordringer innenfor eldreomsorgen - et sykepleievitenskapelig perspektiv</i> Marit Kirkevold.....	61
<i>Aldringens psykologi: Hva bør prioriteres, hvordan og hvorfor?</i> Britt Slagsvold.....	69
<i>Aldersforskning: Demografiske og befolkningsøkonomiske perspektiver</i> Nico Keilman .....	77
<i>Antropologiske perspektiver i gerontologien: Hva, hvordan og hvorfor?</i> Kirsten Danielsen .....	85
<i>Aldersforskning: Sosiologiske perspektiver</i> Gunhild O. Hagestad.....	93

Her følger bidragene fra fagpanelet, som ble bedt om å vurdere hva som bør prioriteres for å styrke aldersforskningen sett fra deres faglige synsvinkel. Fagpanelistene representerer de mest sentrale vitenskapelige disiplinene på området: medisin (geriatri og alderspsykiatri), sykepleievitenskap, psykologi, demografi, samfunnsøkonomi, sosialantropologi og sosiologi. De to medisinerne valgte å skrive et felles bidrag.

Panelistene er bedt om bidrag som er forankret i de disiplinene man kommer fra, men gjerne med idéer om samarbeid på tvers av disiplinene. Arbeidsgruppa har hatt to møter med fagpanelet og foreslått små redigeringer, men man sto ellers helt fritt, og bidragene står dermed for forfatterens egen regning. Arbeidsgruppa har imidlertid tatt med seg mange av fagpanelistenes vurderinger og forslag i utformingen av rapporten.

Fagpanelet har bestått av:

- *Knut Laake*, professor i geriatri, Universitetet i Oslo, Klinikk for geriatri og rehabilitering, Ullevål sykehus.
- *Knut Engedal*, professor i alderspsykiatri, Universitetet i Oslo, Klinikk for geriatri og rehabilitering, Ullevål sykehus. Engedal er også faglig koordinator ved Kompetansesenteret for aldersdemens, avdeling Oslo.
- *Marit Kirkevold*, professor i sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo.
- *Britt Slagsvold* (psykologi), forskningsleder for Gruppe for aldersforskning, NOVA.
- *Nico Keilman*, professor i demografi ved Økonomisk institutt, Universitetet i Oslo.
- *Kirsten Danielsen* (sosialantropologi), forsker ved Gruppe for forskning om velferd, livskvalitet og helse, NOVA.
- *Gunhild Hagestad*, professor i sosiologi ved Northwestern University, USA og Høgskolen i Agder.

## **Aldersforskning i Norge: Geriatri og alderspsykiatri anno 2000**

### **Knut Laake og Knut Engedal**

#### **Kort om fagene geriatri og alderspsykiatri**

Geriatri og alderspsykiatri er kliniske fag som forvalter kunnskaper om pasienter med langtkommen aldring og aldersrelaterte helseproblemer.

*Geriatri* har siden etablering av spesialiteten i Norge vært en grenspesialitet av indremedisin, men det har de senere år vært arbeidet for å gjøre spesialiteten til en hovedspesialitet med fortsatt forankring i spesialisttjenesten (sykehusene). Hovedargumentet for dette er at geriatrike pasienter har et sykdomspanorama og behandlingsbehov som er langt bredere enn det som omfattes av det indremedisinske fagområdet. Hvis spesialiteten blir lagt om til hovedspesialitet, vil vi komme på linje med stormakter innen geriatri som Storbritannia og Sverige. Moderne norsk indremedisin har et tungt fokus på grenspesialisering, mens den sykehusbaserte geriatriens hovedarbeidsfelt er gamle med multimorbiditet, polyfarmasi, kroniske helseproblemer langs flere organakser, funksjonssvikt og ofte et rehabiliteringsbehov. For tiden arbeides det også med å opprette samarbeidslinjer fra den sykehusbaserte geriatri til sykehjemmene hvor legetjenestene i hovedsak dekkes av allmennleger.

*Alderspsykiatri* er ingen grenspesialitet i psykiatri, men betraktes av norsk psykiatrisk forening som et spesialisert område av psykiatrien. I 17 av landets 19 fylker fins det nå spesialenheter for alderspsykiatri organisert i egne avdelinger, seksjoner eller poster ved psykiatriske sykehus. Enhetene har spesialisert seg på utredning, diagnostikk og behandling av organiske og funksjonelle psykiatriske sykdommer som debuterer etter 65-70 år, det vil i hovedsak si demens, depresjon, angst og psykoser. Forekomsten av de alderspsykiatriske lidelsene er høy, og ofte foreligger flere av tilstandene parallelt. Samtidig fins det en klar sammenheng mellom alvorlig somatisk sykdom og for eksempel depresjon og delirium. Man regner med at 20-25 prosent av alle eldre over 65 år har en utrednings- og behandlingstrengende alderspsykiatrisk lidelse, og forekomsten vil trolig øke i årene som kommer. Det er en nær sammenheng mellom organisk og psykisk sykdom og i eldre år, og på dette grunnlag mener vi det er nødvendig å se geriatri og alderspsykiatri som ett samlet konsept.

#### **Behovet for geriatrike og alderspsykiatriske helsetjenester i Norge**

Med utgangspunkt i dødsårsaksstatistikken som har vist ganske markert økning i leveutsikter for nordmenn, spesielt kvinner, må det være riktig å konkludere med at helsetilstanden til den norske befolkning er blitt vesentlig bedret de senere ti-år. De stadig økende mulighetene for å behandle alvorlig sykdom hos middelaldrende (45-59 år) og eldre (60-74 år) tilsier en forskyvning av alvorlig sykkelighet og funksjonssvikt mot stadig høyere alder. I og med at sykkeligheten med alderen endrer seg i retning av det typisk geriatrike, betyr dette at antallet geriatrike og alderspsykiatriske pasienter ved sykehusene og i allmennhelsetjenesten også vil øke i årene fremover. Samtidig vil befolkningens krav øke, og utvilsomt også de gamles ønsker om en helsetjeneste av høy kvalitet. Dette betyr et stadig voksende behov for geriatrik og alderspsykiatrisk service.



## **Status for forskning innen geriatri og alderspsykiatri i Norge**

Forskning innen geriatri og alderspsykiatri har dessverre kort tradisjon i Norge. De første professoratene i geriatri ble etablert (Oslo og Bergen) midt i 1980-årene. Det er senere tilsatt professor i geriatri i Trondheim. Geriatri inngår nå i grunnutdanningen for medisinerstudentene ved alle de fire medisinske fakultetene, og det er også stor interesse for etterutdanning i geriatri blant allmennpraktikere. Et professorat i alderspsykiatri ble opprettet i Oslo i 1994. Alderspsykiatri inngår i noen grad i grunnutdanningen for medisinerstudentene i Oslo hvor faget er integrert i undervisningen i geriatri mot slutten av studiet.

Forskning innen geriatri og alderspsykiatri står svakt i Norge ved millenniumskiftet. Noe av forklaringen kan være den krise norsk klinisk forskning generelt befinner seg i når vi sammenlikner oss med bl.a. Sverige og Finland. Mengden publikasjoner er lav, og bibliometriske studier av siteringshyppighet antyder at kvaliteten er synkende. Videre har vi et betydelig rekrutteringsproblem til akademisk geriatri og alderspsykiatri, noe som bl.a. har gitt seg utslag i kroniske problemer med å tilsette professor i geriatri Tromsø og å få opprettet flere professorater innen alderspsykiatri.

Det er ikke utenkelig at dette problemet delvis kan tilskrives den lave status geriatrien og alderspsykiatrien synes å ha blant norske leger. Et annet forhold er at universitetene ikke har maktet å bygge opp disse fagene med kliniske stipendiatstillinger i fasen etter at de ble etablert. For tiden har vi ikke mer enn to klinisk stipendiatstillinger i Norge, begge i geriatri. Videre er stillingsstrukturen ved de medisinske fakultetene problematisk når det gjelder klinisk forskning innen disse feltene. Vi har noen få toppstillinger og et par stipendiatstillinger, men mangler helt mellomgruppestillinger (førsteamanuensnivået og post doktor stillinger) som er så viktige for rekrutteringen til toppstillinger, for forskningsmiljøene, og for veiledningen av yngre forskere. I løpet av det neste tiåret vil professorene i geriatri i Oslo, Bergen og Trondheim enten ha falt for aldersgrensen eller stå like foran den. Slik forholdene er i dag, er rekrutteringen til disse stillingene høyst uklart.

## **Geriatrici og alderspsykiatri ved Universitet i Oslo**

Oss bekjent finnes det bare ett litt større forskermiljø innen områdene geriatri og alderspsykiatri i Norge, ved Geriatriisk avdeling, Ullevål sykehus. Her er Universitetsenheten samlokalisert med Nasjonalt kompetansesenter for demens. Denne samlokaliseringen har ført til et litt større og noe mer fruktbart forskningsmiljø, som hovedsakelig ble bygget opp ved hjelp av eksterne bidrag – 5 millioner kroner fra Nasjonalforeningen for folkehelsens TV-aksjon «Hjerte for livet» i 1987. Disse midlene har hovedsakelig vært brukt til stipendiatlønninger og er en viktig årsak til at dette miljøet til nå har kunnet skape i alt ni doktorgrader. I norsk geriatrik sammenheng er dette unikt, i den grad en doktorgrad kan sies å være et suksesskriterium i forskning. Uansett reflekterer doktorgrader aktivitet.

Disse doktorgradene er med ett unntak bygget opp av enkeltartikler publisert i internasjonale tidsskrift med referee-service, men impact factor for de aktuelle tidsskrift er sjelden over 2-3. Det betyr at det fortsatt er en god del å hente når det gjelder kvaliteten på forskningen. Men det viser også at penger er et viktig virkemiddel for å etablere forskning. En stor andel av forskningen ved denne enheten har vært gjennomført som epidemiologiske studier og studier av diagnostiske metoder og sykdomskarakteristika, i mindre grad som terapiorienterte studier. Til sammenligning har det ved alle andre geriatrike og alderspsykiatriske miljøer i landet til sammen kun utgått tre doktorgrader de siste 15 år.

Til tross for at man altså kan vise til en viss grad av suksess ved Geriatriisk avdeling, Ullevål sykehus, har det de siste årene også her vist seg vanskelig å rekruttere leger til denne type forskning, som til så mye annen klinisk forskning ved Det medisinske fakultet i Oslo. En sentral forklaring synes å være at avlønningen som stipendiat ikke er konkurransedyktig i

forhold til hva unge leger oppnår i kliniske stillinger. Doktorgrad har i de senere år heller ikke gitt karrieremessig eller lønnsmessig uttelling for klinikere.

Det skal være usagt om rekrutteringssituasjonen når det gjelder leger til klinisk forskning er annerledes i Oslo enn ved andre medisinske fakultet. Det synes for tiden faktisk enklere å skaffe rekrutter med høyskolebakgrunn fra fagområder som fysioterapi, ergoterapi og sykepleie, men dette vil ikke styrke den kliniske geriatri. Situasjonen synes for øvrig å være den samme ved professor Winblads meget produktive forskningsgruppe ved Huddinge Sjukhus i Stockholm.

### **Geriatrici og alderspsykiatri ved Universitetet i Tromsø**

Ved Universitetet i Tromsø har man fått betydelige midler fra Sosial- og helsedepartementet – over 5 millioner kroner årlig til et Program for aldersforskning. I motsetning til enheten ved Ullevål sykehus, hvor man har lagt seg på en sentralisert modell med ett felles forskningsmiljø knyttet til en klinikkavdeling og studentundervisning, brukes midlene i Tromsø hovedsakelig i et desentralisert opplegg hvor ulike forskningsmiljøer ved universitetet kan søke om støtte. Fordelen ved dette er at man kan fremme kvalitet ved å satse på relevante prosjekter innen aldersforskning med fotfeste i veletablerte og sterke forskningsmiljøer. På den annen side kan dette opplegget kanskje gi mindre effekt i forhold til styrking av geriatrien og alderspsykiatrien på lengre sikt ved at man mister muligheten for å bygge opp ett slagkraftig geriatricisk/alderspsykiatrisk forskningsmiljø. Ved programmets slutt kan man derfor komme til å stå overfor den mulighet at det ikke er skapt noen godt fundamentert kultur for geriatricisk forskning ved Universitetet i Tromsø. Det er for tidlig å trekke noen konklusjoner om hvilken tilnærming som er den beste strategi.

### **Geriatrici og alderspsykiatri ved Universitetene i Bergen og Trondheim**

Forholdene er økonomisk sett vanskeligere ved de geriatricke enhetene i Bergen og Trondheim. I Bergen hadde man forholdsvis nylig et skifte i professoratet. Her har man for øvrig en klinisk stipendiatstilling. I Trondheim har man gjennomført en fin klinisk studie av nytten av en servicemodell i geriatrici, men sliter med stor klinisk arbeidsmengde, planlegging av det nye Regionsykehuset og manglende klinisk stipendiatstilling.

### **Undervisningssykehjemmene**

Sosial- og helsedepartementet har bidratt med en betydelig finansiering av prosjektet Undervisningssykehjem, som ledes av professor i sykepleievitenskap Marit Kirkevold. Dette er under oppbygging, og det er uklart hvorledes samarbeidet mellom de geriatricke enhetene, de alderspsykiatriske enhetene og undervisningssykehjemmene vil fungere når det gjelder FoU-virksomhet. Et samarbeidsprosjekt med Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens er etablert, og det er også et gryende samarbeid med Geriatricisk avdeling, Ullevål sykehus.

### **Større forskningsprosjekter de siste 10-15 år**

Sammenliknet med svensk og tildels også finsk forskning innen geriatrici og alderspsykiatri står vi som nevnt svakt i Norge. Svenskene har i stor grad kunnet flyte på data fra store, longitudinelle populasjonsbaserte studier som Göteborgundersøkelsen H70, Kungsholmenprosjektet med flere. Disse har krevd en betydelig finansiering, men de har også generert en rekke viktige data og gode publikasjoner. Disse undersøkelsene ble primært etablert med henblikk på å studere aldersrelaterte kliniske problemstillinger.

I Norge har man ikke sett mulighet for å etablere tilsvarende større, populasjonsbaserte undersøkelser, men det har vært gjennomført en longitudinell studie (15 års oppfølging) av kognitiv svikt hos gamle (Knut Engedal) med mye av det samme design som i

Kungsholmenprosjektet, men i langt mindre skala (334 personer mot rundt 2000 i Kungsholmen). Også denne studien har gitt viktig informasjon om prevalensen av, risikofaktor for, og det naturlige forløp av kognitiv svikt og demens hos gamle. Men dessverre er denne studien forholdsvis liten, noe som gir begrenset statistisk styrke. Oslo-studien har forøvrig vist seg å være svært nyttig som utgangspunkt for utviklingsprogrammene vedrørende demens og alderspsykiatri, for Nasjonalt kompetansesenter for demens og for evalueringen av diagnostiske metoder.

Som et alternativ til større aldersspesifikke epidemiologiske studier innen geriatri og alderspsykiatri, har vi i Norge laget geriatri-tillegg til allerede etablerte epidemiologiske studier, som Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag, Hordalandsundersøkelsen og Tromsøundersøkelsene. Dette har vist seg som en produktiv arbeidsform, men setter forholdsvis store begrensninger når det gjelder datamengde med relevans for geriatriiske problemstillinger. Uansett er dette et spor som bør følges i årene som kommer, muligens gjennom et tettere samarbeid med Statens Helseundersøkelser (SHUS) og Statistisk sentralbyrå (SSB).

Med unntak for Olav Sletvold og medarbeideres randomiserte, kontrollerte trial i Trondheim, en liten studie av Ginseng som adjuvans i rehabiliteringen av eldre, og deltakelse i enkelte industrifinansierte utprøvinger av legemidler mot demens, depresjon og aldersrelaterte psykoser, har det til nå ikke vært startet større kliniske utprøvinger av ny behandling innen geriatri og alderspsykiatri i Norge. Dette reflekterer utvilsomt at den farmasøytiske industri ikke har sett slike studier som spesielt interessante på grunn av de mange praktiske problemer knyttet til det å utføre slike studier på gamle.

### **Hva slags forskning i geriatri og alderspsykiatri trenger vi?**

Det er generell enighet om at det ikke er grunnlag for grunnforskning på biologisk aldring ved de geriatrike og alderspsykiatriske miljøene i Norge. Vi ser det videre som en absolutt fordel at geriatrik og alderspsykiatrisk forskning ses under ett, og at klinisk forskning innen disse to fagområder samordnes. Formålene med forskning innen geriatri og alderspsykiatri er:

- å bidra til å øke den internasjonale kunnskapsbasen innen feltene,
- å bidra til å øke kvaliteten på norsk medisinsk eldreomsorg,
- å bidra til en forskningsbasert undervisning både pregradualt og i videre- og etterutdanningen, og
- å bidra til rekruttering til fagområdene geriatri og alderspsykiatri

Etter vårt syn må denne type forskning ha et klinisk fundament og være knyttet opp mot medisinerundervisningen, som jo skal være forskningsbasert. Dette skaper en grunnleggende – om enn svært begrenset – universitetsfinansiering og en viss status gjennom en akademisk forankring.

I og med at geriatri og alderspsykiatri inngår i spesialisthelsetjenesten, er sykehustilknytning en forutsetning. De kliniske seksjoner/avdelinger i geriatri og alderspsykiatri må være tett tilknyttet forskningsenheten(e). Dette utelukker selvfølgelig ikke at prosjekter kan gjennomføres i relasjon til sykehjemspasienter eller hjemmeboende eldre.

### **Behov for ytterligere forskning i geriatri og alderspsykiatri**

I lys av eldres behov for helsetjenester er behovet som nevnt stort og vil være økende. Forskningsaktiviteten i Sverige, Finland og Storbritannia innen geriatri og alderspsykiatri er høy. Dette sammen med det som tross alt er skapt i Norge viser at forskbarheten av

problemstillinger innen geriatri og alderspsykiatri er uomtvistelig. Vi skal bare nevne noen få eksempler og lister opp en del korte skisser av forskningsområder vi mener det er spesielt stort behov for innen norsk eldreomsorg, og som vi gjerne skulle kunne involvere oss i:

(1) Best mulig *livskvalitet* er et helt sentralt mål innen geriatri og alderspsykiatri. Dessverre vet vi lite om premisser for god livskvalitet når det gjelder gamle, og enda mindre når det gjelder geriatrike og alderspsykiatriske pasienter. Her er det bl.a. behov for forskning med kvalitativ forskningsmetodikk. Slik forskning burde med fordel kunne gjøres i samarbeid med undervisningssykehjemmene og andre sykehjem og bør knyttes opp mot arbeidet for å kvalitetssikre tjenestene i omsorgssektoren. Kontakt med andre mennesker spiller en stor rolle for eldres livskvalitet, og betydningen av sansesvikt, spesielt syns- og hørselsproblemer, for eldres livskvalitet, kan med hell fokuseres.

(2) Innen geriatri er det i Norge en godt etablert og internasjonalt synliggjort forskning vedrørende *hjerneslagpasientenes* prognose, funksjonsevne og behandling, og deres pårørendes situasjon. Det er også utviklet en norsk metode for afasi-screening. En viktig utfordring vil være å utvikle metoder for å evaluere kognitiv og emosjonell funksjon hos hjerneslagpasienter med språkproblemer, og således kunne diagnostisere demens og depresjon i etterslepet av hjerneslag. Det mangler også studier av sammenhengen mellom hjerneskaden slik den fremstår ved billeddiagnostikk og prognosen og funksjonsnivået. I og med den velutviklede billeddiagnostiske service vi har i Norge (CT og MR og SPECT), burde slike studier egne seg for norske forhold.

(3) Det foregår for tiden en meget aktiv forskning internasjonalt for å finne frem til metoder som kan begrense hjerneskaden i den aller tidligste fase av *hjernekartrombose eller hjerneemboli*. Det ville være ønskelig om norske forskergrupper kunne involveres i internasjonale prosjekter på dette området, f.eks. som noder i multisenterstudier, slik vi har sett eksempler på når det gjelder industrifinansiert legemiddelforskning innen demensområdet.

(4) *Terapeutisk forskning* er viktig når det gjelder eldre, fordi det her er vanlig med både over- og underbehandling. Ett viktig forskningsfelt er *eldres legemiddelbruk* og utvikling av metoder for å kvalitetssikre medisineringen slik at den best mulig fyller pasientens behov. Dette er for øvrig også forskning som med hell kan knyttes opp mot undervisningssykehjem og andre sykehjem. Slike prosjekter bør også kunne fokusere problematikken rundt informert samtykke når det gjelder gamle. Det er også ønskelig med studier av *komplikasjoner til kirurgisk behandling* av gamle med formål å redusere forekomsten av f.eks. postoperativt delirium, infeksjoner, kardiovaskulære og cerebrovaskulære komplikasjoner, venøse tromboemboli og trykknekrose i huden.

(5) *Hjertesvikt* hos gamle har nå så høy forekomst at det har antatt epidemiske proporsjoner. Her er det behov for både diagnostiske studier (f.eks. av ulike diagnostiske markører mot en gullstandard representert ved kardiologisk diagnostikk supplert med alle relevante metoder) og terapistudier (f.eks. over effekten av vann drivende midler hos pasienter med alvorlige ødemtilstander, over bivirkninger til slik behandling og av hvordan man skal optimalisere hjertesviktbehandlingens intensitet). I lys av den store anvendelsen av antikoagulering ved forkammerflimrer er det også ønskelig med studier over bivirkninger av denne behandling i form av blødningskomplikasjoner hos gamle som erfaringsmessig er langt mer utsatte for denne type komplikasjoner.

(6) *Kroniske smertetilstander*, spesielt i relasjon til skjelettet, har høy prevalens hos gamle. Det synes som om ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAIDs) har ganske bred anvendelse på denne indikasjon. Dette er kostbare midler med ganske stort bivirkningspotensiale i form av mageblødninger og vannretensjon (forverrelse av hjertesvikt

og andre ødemtilstander). Det ville vært ønskelig å sammenlikne effekten av billige midler som paracetamol med NSAIDS ved smertetilstander i skjelettet hos gamle. Dette er en studie som trolig aldri vil bli funnet interessant av legemiddel-industrien. I Norge har vi forøvrig allerede en godt etablert forskning på *osteoporose* hvor man nå begynner å få effektive legemidler i behandling og forebygging, men hvor vi fortsatt mangler data f.eks. vedr. nytten av livsstiltak i forhold til medikamentell behandling.

(7) *Klinisk demensforskning* må følges opp og utvides med nye områder hvor det også er avdekket et stort behov for nye kunnskaper. Vi skisserer:

- Sammenhengen mellom atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD).
- Bruk av legemidler ved APSD.
- Helseøkonomiske aspekter ved demensomsorgen. Dette er et nytt svært aktuelt internasjonalt forskningsfelt og gir gode muligheter for internasjonalt samarbeid.
- Hva er gode og hva er dårlige omsorgstiltak for demente?
- Hva er gode og hva er dårlige bomiljø for demente?
- Psykoedukativ behandling av pårørende til demente.

Behandling av APSD er avhengig av forståelsen av symptomene. Dette vil kunne være et typisk tverrfaglig samarbeidsprosjekt som må involvere forskere med ulik yrkesbakgrunn. Et slikt prosjekt vil kunne ha stor betydning for hvorledes pårørende, pleiere på sykehjem og i hjemmesykepleien skal forholde seg til personer med en demenssykdom. En av de viktigste risikofaktorer for innleggelse i sykehjem er nettopp APSD.

(8) *Diagnostikk av demens og Alzheimers sykdom* i en tidlig fase vil stå stadig mer sentralt ettersom det nå ser ut til å kunne komme legemidler med sykdomsmodifiserende effekt mot demens generelt og mot Alzheimers sykdom spesielt. Det trengs et større engasjement fra det nevropsykologiske og geropsykologiske fagfeltet for å etablere nye metoder for å avdekke kognitiv svikt i et tidlig stadium av en degenerativ demenssykdom. Innen dette feltet trengs det spesielt mer forskning om de nye billediagnostiske metoders verdi i tidligdiagnostikken, f.eks. funksjonelt MR og SPECT. Med utbyggingen av diagnosestasjoner for demens rundt om i landet ligger det også til rette for å studere den diagnostiske nytte av biologiske markører i tidligdiagnostikken, for eksempel bestemmelse av APOE genotype, fosforylert tau protein og amyloid protein i ryggmargsvæsken.

(9) *Degenerativ demens* som opptrer hos yngre individer er i noen tilfeller kjennetegnet ved nevrologiske symptomer og hører muligens derfor hjemme i klinisk nevrologi. I følge en ny studie fra Storbritannia lider imidlertid de fleste yngre med demens enten av Alzheimers sykdom, degenerativ frontotemporallappsdemens (inkludert Picks sykdom), demens etter alkoholmisbruk eller demens etter hjerneslag. Demensstilstandene er oftest kjennetegnet ved psykiatriske symptomer, og av den grunn hører pasientene hjemme i det alderspsykiatriske og geriatrike fagfeltet. Forskning trengs for å finne metoder for å kunne skille de ulike tilstandene fra hverandre, og for å finne gode psykologiske og miljøterapeutiske behandlingsformer for denne svært uensartede pasientgruppen og deres pårørende. Pasientene bør følges opp, og post mortem undersøkelser må tilstrebes slik at de diagnostiske metodene kan valideres best mulig. Dette arbeidet kan muligens følges opp med opparbeidelse av en hjernebank som kan bidra med biologisk materiale til basalbiologisk forskning.

(10) Depresjon forekommer i følge epidemiologiske studier hos om lag 12-14 prosent av alle eldre over 65 år. Angst er et hyppig ledsagende symptom ved depresjon. Studiene som er utført i Europa og Nord-Amerika omfatter desverre flest eldre under 75 år, og vi vet derfor lite

om forekomsten av depresjon og angst hos de aller eldste. Vi trenger en epidemiologisk undersøkelse av depresjon og angst hos individer over 75 år, som samtidig ser på årsaks- og risikofaktorer. Medikamentell og ikke-medikamentelle behandlingsmetoder (psykoterapi og miljøterapi) må utprøves og evalueres.

(11) *Schizofreni* som debuterer i alderdommen, tidligere kalt sen parafreni, er en relativt hyppig lidelse i alderdommen, spesielt blant enslige kvinner. Trolig foreligger det to former, en som debuterer i 50-60 års alderen og en som debuterer etter fylte 80 år. Vi trenger kjennskap til forekomsten, årsaker og risikofaktorer samt det naturlige forløp av den sene formen.

(12) En studie av forebyggingsstrategier som et felles ansvar for eldresentrene og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten

### **Virkemidler for mer og bedre forskning innen geriatri og alderspsykiatri**

Disse dreier seg om å finne en best mulig økonomisk plattform for en lengre tids satsning på denne forskningen, tiltak for å sikre en best mulig kvalitet på forskningen, og tiltak for å sikre rekruttering av nødvendig nøkkelpersonell. Videre mener vi at forskning innen geriatri og alderspsykiatri primært bør knyttes til universitetssykehusene.

Forskning er et viktig virkemiddel for å rekruttere nøkkelpersonell. Skal norsk geriatrisk og alderspsykiatrisk forskning overleve, og det bør den av flere grunner, er det viktigste å finne strategier for rekruttering, spesielt av leger. Dessverre synes det å være stor mangel på leger i Norge, og rekrutteringen av leger til forskning er ytterst problematisk som følge av de langt lavere lønningene innen akademisk geriatri sammenliknet med tradisjonelle legetjenester. Vi foreslår at det etableres et rekrutteringstillegg for leger som starter som forskningsstipendiater, f.eks. kr. 60 000 per år. Videre foreslår vi at det åpnes for prekvalifiseringsstipend, for eksempel for seks måneder, slik at det er mulig for søkere uten forutgående forskningskompetanse å oppnå nødvendig kompetanse for å få stipend i konkurranse med søkere fra tyngre og mer tradisjonell forskningsområder innen klinisk medisin.

Mens det i 1990 årene var doktorgradsutdanningen som særlig sto i fokus ved de medisinske fakultetene, mener vi det må være helt åpenbart at doktorgradsprosjekter ikke kan være eneste kvalitetskriterium. Dette ikke minst på grunn av de stramme tidsrammene for denne type prosjekter (tre års arbeidsinnsats) og kandidatetenes manglende forskerferdigheter når de tas opp på doktorgradsstudiet.

Kravet om økt kvalitet innen norsk medisinsk forskning reises for tiden med rette. Et viktig virkemiddel for bedre forskningskvalitet er etablering av større forskergrupper. Forutsetningen for dette er økonomiske rammebetingelser som gjør det mulig å ansette dyktige folk i mellomgruppestillinger som kan bidra til bedre prosjekter og bedre veiledning av doktorgradskandidatene. Post-doc stillinger er et viktig virkemiddel i denne sammenheng, men samtidig kan man vanskelig tenke seg at dyktige forskere ønsker å leve med den usikkerhet det er å sitte i tidsbegrensede stillinger. Det er således behov for faste forskerstillinger.

Det er som nevnt naturlig at forskning i geriatri og alderspsykiatri knyttes til de eksisterende akademiske miljøer ved regionsykehusene. Ett hovedproblem i relasjon til dette er at universitetsfinansieringen av disse miljøene er så begrenset. Ved Universitetsenheten, Geriatrisk avdeling, Ullevål sykehus er det f.eks. ikke mer ressurser totalt for forskning enn svarende til i overkant av ett årsverk når undervisning og administrasjon er trukket fra. Universitetsfinansieringen har til nå vært ansett som en fast rammefinansiering, men de senere

års kutt i universitetsbudsjettene har ført til frysing av stillinger som når som helst kan ramme nøkkelpersoner også innenfor disse to fagområdene.

En konsekvens av disse premissene er at man må bestemme seg for hvilke forskningsmiljøer innen geriatri og alderspsykiatri som det er verd å satse på, og finne en finansieringsmodell som gir mulighet for langsiktig planlegging og en størrelse som gir et potensiale for kvalitet og videre vekst. En tverrfaglig stillingsstruktur bestående av et par professorater, 3-4 forskerstillinger / mellomgruppestillinger og et par stipendiater (5-6 forskerårsverk når undervisningsplikter og administrasjon er trukket fra), er etter vårt syn et minimum. I slike enheter, som kan tenkes å omfatte 10-15 forskningsaktive personer og minst én sekretær, må det forutsettes at det kan inngå bl.a. medisinerere, psykologer, sosiologer m.v. Dannelsen av en slik større enhet vil gjøre det mulig å satse langt sterkere på forskerutdanningen gjennom egne forskerkurs som tar opp relevant problematikk når det gjelder forskning vedrørende eldres helseproblemer, og et langt mer intensivt samarbeid med helseregionene. I neste omgang vil dette skape bedre muligheter for rekruttering.

Vi foreslår som et minimum at det skaffes lønnsmidler for minst 2-3 faste forskerstillinger. Ytterligere finansiering kan tenkes skaffet gjennom konkurranse overfor stipendordninger (Norges forskningsråd, Nasjonalforeningen m.v.) og annen ekstern finansiering av mer kontemporær type. Hva som er en optimal fordeling når det gjelder balansen mellom fast grunnfinansiering og konkurransebasert prosjektfinansiering er uklart. God kvalitet vil nødvendigvis skape en positiv spiral med voksende muligheter for oppdragsforskning og vekstmuligheter. På dette grunnlag kan man tenke seg en finansieringsmodell med en større grad av grunnfinansiering de første årene og en større vekt på prosjekt- og konkurransebasert finansiering etterhvert. Industriavhengig forskning vil være en fordel, fordi man da står friere til å velge de mest interessante intervensjonsmodalitetene, slik at fokus kommer bort fra industrisponsing og legemidler alene.

Et viktig spørsmål er hvor finansieringen for en ny giv når det gjelder forskningen innen geriatri og alderspsykiatri skal komme fra. Det er for tiden svært lite sannsynlig at friske midler skal kunne skaffes via universitetene som er under stadig økonomisk beskjæring. Det er heller ikke sannsynlig at regionsykehustilskuddet vil bli disponert slik at geriatri og alderspsykiatri tilgodeses spesielt. Offentlige, øremerkede midler fra KUF og SHD synes som eneste realistiske mulighet. Det er høyst sannsynlig at departementene vil velge å be Norges forskningsråd (NFR) opprette et program for feltet. Da mener vi det må være en soleklar forutsetning at NFR i dette arbeidet legger føringer for en grunnfinansiering av i et hvert fall et par større forskergrupper i Norge med kanskje 2-3 forskerstillinger på postdoktoralt nivå ved hver node, og dertil et større antall stillinger for forskerrekrutter. Forøvrig vil det måtte være kvaliteten på prosjektene som avgjør hva som skal finnes støtteverdig.

## Forskningsmessige utfordringer innenfor eldreomsorgen - et sykepleievitenskapelig perspektiv

### Marit Kirkevold

#### Hvorfor sykepleievitenskapelig aldersforskning?

Norsk sykepleieforskning har hittil vært en beskjedne bidragsyter til kunnskapsutviklingen omkring gamle og eldreomsorg, til tross for at gamle er den desidert største pasient- og brukergruppen av pleie- og omsorgstjenester. Potensialet for å gjøre pleien og omsorgen overfor eldre bedre og mer effektiv gjennom intensivert kunnskapsutvikling om pleie til gamle er stort. Denne muligheten bør ikke skusles bort, tatt i betraktning de store midler som årlig brukes innen pleie- og omsorgssektoren og de betydelige problemer en har med å holde kvaliteten på tilfredsstillende nivå.

Hensikten med å styrke aldersforskningen innenfor sykepleievitenskapen er primært å:

- øke kunnskapsgrunnet for å yte pleie og omsorg av høy kvalitet,
- bidra til forskningsbasert undervisning på grunn- og videreutdanningsnivå,
- bedre ressursutnyttelsen av de begrensede pleieressursene i årene som kommer,
- øke interessen for og rekrutteringen av pleiepersonell til eldreomsorgen, og
- bidra til effektivt tverrfaglig samarbeid for å løse de store og komplekse utfordringene innenfor eldreomsorgen.

#### Det sykepleievitenskapelige perspektivet

De fleste gamle er friske, men i sykepleiesammenheng møter en primært *hjelpetrengende eldre*. Hjelpet behovet kan være grunnet i sykdom som den gamle selv eller familien ikke klarer å håndtere alene, eller det kan være forårsaket av en generell funksjonsnedsettelse, hvor ivaretagelsen av grunnleggende behov ikke kan sikres av den gamle selv, og hvor familie ikke er tilgjengelig eller har den nødvendige kapasitet til å ivareta det totale omsorgsbehovet. Sykepleie til eldre tilbys i stor grad i hjemmesituasjonen (hjemmesykepleie) og i sykehjem. Disse hjelperelasjonene er ofte langvarige og omfatter mange aspekter av den gamles helse og livssituasjon. I tillegg møter sykepleiere eldre som av medisinske eller pleiemessige årsaker er innlagt i kortere perioder i sykehus.

Disse kontekstuelle forhold innebærer at sykepleieperspektivet primært er *pasientrettet*. Det er innrettet på syke og skrøpelige eldre – på eldre som ikke fungerer uavhengig og selvstendig. Det innebærer ikke at fokus utelukkende er rettet mot sykdom, behandling og ivaretagelse av kroppslige behov. I og med at den omsorgstrengende gamle må leve med sin sviktende helse, blir det viktig å legge til rette for at pasienten kan opprettholde så stor grad av uavhengighet, velvære og meningsfull livsutfoldelse som mulig. Dette innebærer at en må ta utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av sin situasjon og av hva som er viktig for å opprettholde en så høy grad av livskvalitet som mulig.

Selv om det sykepleiefaglige tyngdepunktet er knyttet til syke, er det også avgjørende at sykepleiere retter oppmerksomheten mot friske eldre. *Det forebyggende perspektivet* har vært heller stemoderlig behandlet innen sykepleien, i likhet med innenfor medisin og i samfunnet i



det hele. Dette gjelder i særlig grad overfor eldre. Det forebyggende perspektivet blir stadig viktigere i årene framover, den demografiske utviklingen og trendene innen helse- og sosialomsorgen tatt i betraktning.

Det sykepleievitenskapelige perspektivet er, slik jeg ser det, primært rettet mot å studere de forhold som skal til for å kunne yte høyverdig sykepleie til aktuelle og potensielle pasienter i ulike livssammenhenger og under varierende tjenestemessige kontekster. Dette innebærer studier med følgende fokus:

(1) Avklaring av eldre menneskers *grunnleggende behov*, inklusive interaksjonen mellom helsemessig status og ivaretagelsen av kroppslige, psykososiale og åndelige/eksistensielle behov og dagliglivets aktiviteter.

(2) Pasienterfaringer og sykepleiefaglige utfordringer knyttet til dominerende *sykdomstilstander* blant gamle, til akutt hjelp for kritisk syke gamle, samt til *palliativ og terminal omsorg*.

(3) *Etiske og holdningsmessige utfordringer* knyttet til å ivareta gamle hjelpetrequende på en slik måte at velvære, verdighet og trygghet sikres.

(4) *Sykepleietiltak* for å ivareta grunnleggende behov, sikre opprettholdelse av best mulig funksjon/helse, forebygge funksjons- og egenomsorgssvikt, legge til rette for størst mulig grad av ønsket livsutfoldelse, lindre lidelse og gi god behandling/omsorg ved livets slutt.

(5) Faglige, organisatoriske, og strukturmessige *betingelser* som må være tilstede for å sikre at pasienten får ivare tatt sine grunnleggende pleiebehov på en effektiv og kvalitetsmessig måte og samtidig kan opprettholde så god livskvalitet som mulig.

(6) Sykepleiefaglige utfordringer knyttet til å *forebygge* utmattelse og sikre helse/funksjon hos pårørende, der familien er en vesentlig omsorgsnyter overfor et eldre hjelpetrequende familiemedlem.

(7) Utfordringer knyttet til å rekruttere, beholde og kvalifisere *pleiepersonell* i den utstrekning samfunnet trenger det i de nærmeste årtier.

I det følgende vil forskningsmessige utfordringer innenfor hvert av disse områdene spesifiseres og begrunnes.

### **Sykepleievitenskapelige forskningsoppgaver innenfor eldreomsorgen**

Anlegger en et nordisk eller internasjonalt perspektiv, foregår det allerede en utstrakt forskningsvirksomhet innenfor sykepleievitenskapen knyttet til eldre og eldres behov for omsorg og pleie. Denne forskningen spenner vidt både tematisk, teoretisk og metodisk. En god del av problemstillingene er delvis overlappende med andre, nærliggende fag.

Også innenfor en norsk sammenheng er interessen for forskning knyttet til omsorg for gamle økende. Likevel er det betegnende at ikke mer enn ca. 12 prosent av hovedoppgavene ved Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo i løpet av de siste fire år kan klassifiseres innenfor dette feltet. Det er liten grunn til å tro at andelen er vesentlig høyere ved de andre universitetene. På lik linje med medisin, har sykepleievitenskapen så langt ikke klart å dimensjonere forskningsinnsatsen innenfor dette feltet til det som det samfunnsmessig og faglig er behov for. Store forskningsmessige utfordringer forblir liggende. I det følgende vil jeg peke på hva jeg mener bør prioriteres i den neste 5-10 års perioden.

### **Grunnleggende behov**

Mens det eksisterer betydelig viten om menneskets generelle kroppslige og psykososiale behov og effektive tiltak for å ivareta dem, er kunnskapen om de spesielle utfordringer som

eksisterer når en står overfor skrøpelige gamle heller beskjedne. Det faktum at generelt dårlig helse og funksjon, et komplisert sykdomsbilde og et sammensatt medikamentregime virker sammen og truer ivaretagelsen av de grunnleggende behov er viet liten forskningsmessig oppmerksomhet. Mens en har økende kunnskap om interaksjonen av medisiner og utilsiktede bivirkninger og effekter hos gamle, vet en lite om hvordan kombinasjonen av økende fysiske og psykososiale tap, begrenset energi og en vakkende motivasjon virker sammen og gjør vedlikeholdspleie og rehabilitering til store faglige utfordringer.

Betydningen av disse utfordringene understrekes av gjentatte undersøkelser, særlig på sykehjem, som har vist at pasientenes grunnleggende behov ikke ivaretas på en tilfredsstillende måte. Under- og feilernæring er betydelige problemer både i og utenfor institusjon. Det samme gjelder opprettholdelse av fysisk funksjon/rørlighet, tilfredsstillende tannstatus og forebygging av vannlatningsbesvær etc. Disse og andre relaterte problemer vil i avgjørende grad påvirke den gamles uavhengighet og selvstendighet i ivaretagelsen av egne behov, samt mulighet for å leve et fullverdig liv. En vet for eksempel at mange eldre, både hjemmeboende og i sykehjem, ikke kommer seg ut eller deltar på tilstelninger og utflukter av redsel for vannlatingsuhell underveis. Mange gamle spiser en ensformig og kjedelig mat og har redusert glede av måltidene grunnet dårlig munnstell og manglende mulighet til selv å forsyne seg eller bestemme hva de skal spise. Omfanget av problemene knyttet til å ivareta de gamles grunnleggende behov, hvilke faktorer som særlig bidrar, og ikke minst effektive tiltak for å motvirke dem vet vi lite om.

Kunnskapene er små om ivaretagelsen av *psykososiale behov* i form av meningsfulle aktiviteter og sosialt samkvem, opprettholdelsen av nære relasjoner med familie og venner og sikring av en trygg og verdig boplass for gamle. Hvilke faktorer som må være tilstede for at den gamle skrøpelige ikke skal føle seg «hjemløs» – det være seg i eget hjem, i sykehjem eller i omsorgsbolig er et område vi vet lite om, men som antakelig er avgjørende for å sikre et verdig liv.

Ivaretagelse av gamles grunnleggende behov er knyttet til å vedlikeholde funksjon og helse på best mulig nivå, samt å forsinke framskridende sykdom og funksjonstap. Betydningen at slike tiltak kan vanskelig overdrives i et samfunn og en helsetjeneste som er så endrings- og intervensjonsorientert som vårt. Tiltak for å vedlikeholde og forebygge er som regel enklere og mindre ressurskrevende enn rehabilitering og behandling i etterkant. Dette gjelder særlig overfor eldre som har mindre overskudd å spille på og trenger mer tid på å gjenvinne funksjoner. Likevel har det vist seg svært vanskelig å motivere til forskning og klinisk rettede tiltak knyttet til *forebygging og vedlikehold*. Dette bør absolutt prioriteres i årene som kommer.

Gamle mennesker representerer spesielle utfordringer med hensyn til *rehabilitering*. Mye forskning har i den senere tid vært rettet mot bedring av rehabiliteringstilbudet i andrelinjetjenesten. Dette har også kommet eldre til gode. Imidlertid har en ikke spesifikt fokusert på de spesielle utfordringer som Eldres kompliserte og ofte skjøre helsetilstand fører til. En vet at kvinner – især gamle kvinner – har betydelig lavere funksjon etter slagrehabilitering enn menn. Videre er det dokumentert at yngre oppnår bedre funksjon av rehabilitering enn gamle. Imidlertid har en ikke prøvd å finne fram til rehabiliteringsopplegg som ivaretar Eldres spesielle behov og ressurser. Sykepleie inngår som en vesentlig del av all rehabilitering og kan understøtte eller begrense effekten av de ulike terapeutiske tiltak. En klargjøring av sykepleiefaglige rehabiliteringstiltak i tilknytning til tverrfaglig rehabilitering av eldre bør være et viktig satsingsområde de neste 5-10 årene.

## **Terminalomsorg, palliativ omsorg og sykdomstilstander**

Et siste område som skal utheves i denne sammenheng er behovet for mer kunnskap for å legge til rette for en *trygg og verdig død*. Mens hospicetenkningen er betydelig studert i tilknytning til døende kreftpasienter og enkelte andre grupper, er det gjort lite for å anvende et slikt perspektiv innenfor eldreomsorgen. I dag legges forholdene i liten grad til rette for at gamle døende kan avslutte livet på en god måte i sykehjem eller i eget hjem.

Så langt har vi understreket generelle aldersrelaterte problemstillinger. Flere store pasientgrupper vil utgjøre spesielle sykepleiefaglige utfordringer i årene som kommer. Dette gjelder særlig pasienter med aldersdemens, slagpasienter, pasienter med hjerte-kar-lidelser, diabetespasienter og gamle med bruddskader. Disse gruppene vil ha stort behov for pleie og omsorg som ivaretar de kompliserte medisinske utfordringene, samtidig som egenomsorg og dagliglivets aktiviteter opprettholdes på en best mulig måte. Den medisinske forskningen er betydelig intensivert i forhold til disse sykdomskategoriene i senere år. Imidlertid må forskning omkring de sykepleiefaglige utfordringene følge denne forskningen for å sikre at nye medisinske behandlingsformer understøttes og komplementeres med en sykepleie som maksimerer heller enn underminerer effekten av ny medisinsk viten.

## **Etiske og holdningsmessige utfordringer**

Pleie og omsorg forutsetter en god hjelperelasjon mellom den gamle og hjelperen. Hjelp med de mest intime behov forutsetter ydmykhet, menneskekunnskap, gode kommunikasjonsevner og en respektfull holdning fra pleierens side. I pleie- og omsorgssituasjoner er det pleiepersonalet som har makten og som derfor bestemmer vilkårene for relasjonen. Pleiepersonalet påvirkes av samfunnets generelle holdninger. De utbredte negative holdningene til sykdom, skrøpeligheit og alderdom kan lett påvirke holdningene til gamle pasienter. Forskning viser at pasienter ofte føler seg krenket av helsepersonell.

Eldreomsorgen omfatter betydelige etiske problemer, både i dagligdagse omsorgssituasjoner og med hensyn til å foreta etisk forsvarlige valg i situasjoner preget av ressurskrise, handlingstvang, manglende kvalifikasjoner og muligheter. Eksempelvis hører møtet med aldersdemente som ikke vil ta nødvendige medisiner eller gjennomføre nødvendige hygieniske tiltak med til dagens orden. Prioritering blant nødvendige behov hos den enkelte og blant pasienter som alle har betydelige omsorgsbehov skaper vanskelige dilemmaer og kan føre til utbrenthet og kynisme. Forskning er nødvendig for å belyse:

- hvilke etiske problemstillinger som eksisterer i eldreomsorgen,
- i hvilken grad pleiepersonalet er seg bevisste de etiske problemstillingene,
- hvordan de håndterer etiske valg, og
- hvordan en best kan skolere pleiepersonalet i spørsmål knyttet til etikk og holdninger.

Dette er særlig viktig i årene framover av flere grunner. Aldersforskjellen mellom de gamle og pleiepersonalet øker, gamle pasienter blir enda mer skrøpelige, og vi har flere grupper utsatte eldre enn tidligere, inklusive eldre med fremmedkulturell bakgrunn og pasienter med kommunikasjonsproblemer og redusert mental funksjon. Samtidig går andelen ufaglærte pleiere betydelig opp.

## **Sykepleiefaglige intervensjonsstudier**

Som sykepleievitenskapen generelt har sykepleievitenskapelige studier innenfor eldreomsorgen i stor grad vært beskrivende. Studier som systematisk evaluerer eksisterende praksis, eller som utvikler og utprøver nye sykepleietiltak for å ivareta grunnleggende behov og sikre opprettholdelse av funksjon og helse er det få av. Denne kunnskapsmangelen bidrar

til å opprettholde en praksis som er bygget på langvarig tradisjon og erfaring, men som ikke nødvendigvis er tilpasset dagens behov og situasjon. Den voksende viten en har om ulike aspekter ved eldre og Eldres behov vil ikke bli fullt utnyttet før det trekkes praktiske konsekvenser av den i form av systematisk og evaluert praksisendring. Altfor ofte skjer endringer uten at det er gjort en systematisk evaluering. Eksempler på viktige problemstillinger i denne kategorien over den neste 5-10 årsperioden er:

- Utprøving av tiltak (for eksempel bruk av musikk) for å fremme interaksjonen med aldersdemente i problematiske situasjoner (morgenstell, måltider etc.), for derigjennom å forebygge engstelse, utagerende adferd og uverdige interaksjon.
- Utprøving av pleiemessige organisasjonsformer som utnytter de viktigste prinsippene fra skjermede enheter også i alminnelige sykehjemsavdelinger, inklusive små grupper, rolige og oversiktlige omgivelser, kontinuitet i hjelperelasjonen, personale med spesialkunnskap om aldersdemens etc. (de fleste aldersdemente får ikke tilbud om opphold i skjermede enheter).
- Bruk av musikk i kommunikasjon med og opptrening av afasi-rammede.
- Utprøving av ulike former for reminisensopplegg for demente og for mentalt klare for å styrke psykososial mestring, opplevelse av identitet og sammenheng og glede.
- Bruk av lysbehandling i forbindelse med søvnforstyrrelser.
- Bruk av veilednings- og støttegrupper for pårørende for å understøtte deres uformelle omsorg for gamle familiemedlemmer, samt bidra til helse og mestring hos pårørende.
- Prøve ut pleiemessige opplegg for å bedre vurderingen av og kontrollen med inkontinensproblematikk hos eldre.
- Finne fram til gode rutiner og opplegg for palliativ omsorg i sykehjem og hjemmetjenesten.
- Finne fram til gode opplegg for å vurdere ernæringstilstand og iverksette tiltak overfor eldre som er i faresonen for under- eller feilernæring.
- Vurdere måltidssituasjonene i sykehjem med henblikk på å styrke måltidenes ernæringsmessige og psykososiale verdi.
- Prøve ut aktivitetsopplegg som opprettholder så stor grad av mobilitet, kondisjon og bevegelse som mulig hos skrøpelige gamle.

Listen er ikke uttømmende, men anskueliggjør de store og omfattende utfordringene en står overfor for å bedre pleien og omsorgen for skrøpelige gamle mennesker.

### **Faglige, organisatoriske og strukturmessige betingelser for god sykepleie**

Sykepleie utøves i mange ulike sammenhenger. De kontekstuelle forhold som den enkelte hjelperelasjon utspinner seg innenfor vil i vesentlig grad påvirke hvilket tilbud den gamle mottar. Vi trenger mer systematisk kunnskap om hvilke faglige, organisatoriske og strukturmessige betingelser som må være tilstede for å sikre at eldre får ivaretatt sine grunnleggende pleiebehov. Det har for eksempel vist seg at pasienter og tjenesten kan ha motstridende interesser med hensyn til organiseringen av hjemmesykepleie og hjemmehjelp. Mens eldre hjelpemottakere ønsker få hjelpere slik at de kan bli kjent med dem og kan innvirke mer på utformingen av hjelpen, har forskning vist at hjemmetjenestene mange steder organiseres slik at det fører til økt rotering av pasientene blant personalet. Slik brytes mulighetene for å etablere kontakt og langvarige relasjoner mellom den gamle og hjelperen.

Det er viktig at den generelle kunnskapen som eksisterer om omsorgstjenester til eldre videreføres gjennom systematiske organisasjonsendingsprosjekter. Her må en også trekke inn generell kunnskap innen organisasjon og ledelse. I slike aksjonsorienterte studier må både strukturelle forhold, organisatoriske aspekter, kulturelle forhold, ledelsesspørsmål og faglige verdier og målsettinger inkorporeres. En tverrfaglig eller flerfaglig tilnærming vil derfor være nødvendig. Eksempler på konkrete problemstillinger er:

- Utredning av hvilke kvalifikasjoner og kvalifikasjonsmiks en trenger i pleiegruppen for å ivareta ulike grupper eldre.
- Hvordan pleieressursene kan organiseres best mulig for å sikre at ansvarlig pleie gis til alle pasienter også når en må bruke en betydelig andel ufaglærte.
- Hvordan opplæring bør skje for å kvalifisere til de økende utfordringer en møter i eldreomsorgen.
- Hvordan sykehjem og andre institusjoner/boligformer bør utformes for å gi mulighet for å gi pleie og omsorg av høy kvalitet.

### **Omsorg for pårørende**

Sykepleiefaget er i all hovedsak individfokusert. Det er den enkelte pasient i relasjon med den enkelte sykepleier som danner det primære utgangspunkt i de fleste faglige overveielser. Samtidig er det dokumentert at familien står for en omfattende del av omsorgen for pleietrengende eldre. Andelen vil ventelig øke i årene fremover. I de fleste tilfeller er det snakk om omsorg gitt av en eldre og ofte selv skrantende ektefelle, eller også av døtre, svigerdøtre eller andre familiemedlemmer i generasjonen under.

Langvarig omsorgsansvar utgjør en helsefare for pårørende. Omsorgssvikt og overgrep er dokumentert. Det å forebygge utmattelse og sikre helse og funksjon hos pårørende, der familien er en vesentlig omsorgsyter overfor et eldre hjelpetrengende familiemedlem, representerer dermed en vesentlig sykepleiefaglig utfordring. Forskning knyttet til hvordan en kan ivareta den omsorgsytende familien på en bedre måte, både for å sikre den syke selv og de som ivaretar den uformelle omsorgen, er en vesentlig, men hittil neglisjert oppgave.

Konkret innebærer dette følgende problemstillinger:

- Kartlegging av pårørendes behov for informasjon, støtte, veiledning og praktisk hjelp i ulike faser og ved ulike tilstander.
- Utprøving av ulike hjelpetiltak rettet mot pårørende i hjemmesituasjonen, i forbindelse med institusjonalisering og når et av familiemedlemmene bor utenfor hjemmet.
- Tiltak for å fremme samarbeidet mellom pårørende og pleiepersonalet i og utenfor institusjon.
- Tiltak for å understøtte den eldre families integritet og velvære i situasjoner preget av sykdom, stress, vikende krefter og eventuell flytting av en eller begge ektefeller til institusjon.

### **Rekrutteringsproblematikk**

En av de aller viktigste utfordringene for å sikre en god eldreomsorg i årene fremover er knyttet til å rekruttere, beholde og kvalifisere pleiepersonell i den utstrekning samfunnet trenger. Det er et klart behov for å utforme og prøve ut nye modeller som kan øke eldreomsorgens faglige prestige blant helsepersonell generelt og sykepleiere spesielt. Det er hevet over tvil at en vesentlig del av den formelle omsorg og pleie vil ytes av ufaglærte. Modeller for å kvalifisere disse til de stadig mer komplekse pleie- og omsorgsoppgavene

innen den kommunale eldreomsorgen er påkrevd. Det må finnes fram til nye samarbeidsrelasjoner mellom helsetjenesten og utdanningssektoren for å møte disse behovene. Nye organisasjonsmodeller som sikrer en faglig forsvarlig pleie må utvikles. Systematiske evalueringstudier for å vurdere effekten av slike modellforsøk må gjennomføres.

Eksempler på slike prosjekter er det såkalte Undervisningssykehjemsprosjektet, som finansieres av Sosial- og helsedepartementet. Det foregår også utstrakt forsøksvirksomhet rundt om i ulike kommuner. Men disse prosjektene er sjelden gjenstand for systematisk evaluering. Det blir derfor vanskelig å treffe solide konklusjoner på bakgrunn av erfaringene. Slik forskning blir viktig i årene fremover.

## **Tiltak for å øke forskningsinnsatsen innenfor feltet**

### **Større samarbeidsprosjekter**

Det finnes et økende antall norske sykepleiere med interesse for forskning i tilknytning til eldreomsorg. Så langt har denne interessen primært resultert i hovedoppgavearbeider. Disse personene er ikke samlet i ett eller noen få miljøer, men derimot spredt ved en rekke høgskoler og ved de tre universitetsmiljøene i Oslo, Bergen og Tromsø. Det er avgjørende for den videre forskningsinnsatsen å ta vare på denne spirende interessen. Den begrensede veilederkapasiteten og manglende finansiering truer med å kvele initiativet og lede forskningsaktiviteten over i andre felt hvor mulighetene synes bedre tilrettelagt.

Sammenlignet med bl.a. Sverige og Finland, er sykepleieforskningen i Norge kommet kort innenfor aldersforskningsfeltet. Studiene er få, små og av variabel kvalitet. Det er likevel gledelig at mellom fem og ti sykepleiere nå er i gang med doktorgradsstudier som kan sies å falle innenfor dette feltet. Disse studiene har stort sett en kvalitativ tilnærming og omhandler faglige og etiske utfordringer innenfor sykehjem, tiltak for å bedre kommunikasjonen mellom aldersdemente og pleiepersonalet, samt opplevelser, mestring og hjelpebehov blant hjerneslagrammede kvinner. I hvert fall to sykepleiere har disputert med forskningsprosjekter knyttet til eldreomsorg.

For å sikre større studier og høy kvalitet vil det være hensiktsmessig å konsentrere ressursene gjennom å etablere forskningssamarbeid på tvers av miljøer og institusjoner, samordne forskningsinnsatsen, samt sørge for samarbeid med sterke nordiske og internasjonale miljøer. Særlig i Sverige finnes det gode miljøer som det ville være naturlig å etablere forskningssamarbeid med. Det gjelder ikke minst miljøene knyttet til Universitetet i Umeå og Karolinska Institutet i Stockholm. Også i USA og England finnes interessante miljøer hvor det ville være naturlig å etablere forskningssamarbeid. Eksempelvis har man sterke sykepleievitenskapelige miljøer innenfor eldreforskning ved University of California i San Francisco, New York University og University of Wisconsin-Madison.

Ved å utvikle et langsiktig forskningsprogram og samle de eksisterende ressurser, vil mulighetene for å bidra med vesentlig kunnskapsutvikling bli betydelig styrket. Et av de sykepleievitenskapelige miljøene bør antagelig tillegges et hovedansvar for å sikre etableringen og driften av et slikt forpliktende forskningssamarbeid. Dette bør styrkes med øremerkede vitenskapelig stillinger og driftsmidler.

### **Flere tverrfaglige prosjekter**

Etableringen av tverrfaglige prosjekter er et annet viktig virkemiddel. Mange av de faglige utfordringene som ble skissert innledningsvis i notatet faller i skjæringspunktet mellom flere fag og ville derfor nyte godt av å bli studert i tverrfaglige eller flerfaglige prosjekter og med ulike metodiske tilnærminger. Norsk sykepleievitenskapelig forskning er metodisk sett i stor

grad preget av kvalitative tilnæringer. Her har vi en betydelig kompetanse. Imidlertid er kvantitative metoder også vesentlig, og her er det mye å hente ved å samarbeide med andre fag. Ved å inngå i tverrfaglig samarbeid vil både de metodiske og teoretiske innfallsvinklene kunne utvides og de forskjellige faglige perspektivene berike hverandre.

Viktige faglige perspektiver som kan supplere og inspirere sykepleievitenskapelig aldersforskning er medisin, fysioterapi, ergoterapi, psykologi, antropologi, gerontologi og sosiologi. Også administrasjon og ledelse og pedagogikk er vesentlige for å håndtere problemstillinger knyttet til å belyse konteksten og mulighetene for å yte god omsorg og pleie til syke og skrøpelige gamle.

### **Bedre rammebetingelser for klinisk sykepleieforskning**

Norsk sykepleieforskning har kort historie. Siden faget ble etablert ved universitetene på begynnelsen av 1980-tallet, har mye av innsatsen gått med til å skape de nødvendige forutsetninger for å drive sykepleievitenskapelig forskning. En har nå opparbeidet sykepleievitenskapelige miljøer ved Universitetet i Oslo, Bergen og Tromsø. Også ved flere av høgskolene er sykepleievitenskapelig forskning under etablering. Cirka 25 sykepleiere har doktorgrads- og/eller førsteamanuensiskompetanse i Norge. De fleste er tilknyttet universitetsmiljøene. Mange er imidlertid relativt ferske, og en mangler folk med seniorforskerkompetanse. Miljøene er også sårbare og mangler en solid og tydelig forskningsprofil. Den korte historien gjør at en ikke har etablert en tradisjon å bygge videre på.

Selv om kontakten til internasjonal sykepleieforskning hele tiden har vært sterk, er det likevel nødvendig å finne fram til en nordisk og nasjonal profil, tilpasset lokale forhold og utfordringer. I tillegg til kvalifisering av forskere, har mye av arbeidet i fagets første 20 år vært knyttet til å klargjøre dets forskningsområde og utvikle egnede teoretiske perspektiver og metodiske innfallsvinkler.

Den empiriske sykepleieforskningen har som nevnt vært beskjeden og tematisk svært spredt. Aldersforskning har ikke blitt tillagt tilstrekkelig vekt. Sykepleieforskningen har i liten grad vært finansiert gjennom tradisjonelle kanaler. Norges forskningsråd (NFR) tildelte på begynnelsen av 1990-tallet 5 millioner kroner til det sykepleievitenskapelige miljøet ved Universitetet i Bergen til et program om livskvalitetsforskning. Også enkelte andre forskere har fått forskningsmidler fra NFR, men en har ikke satt av øremerkede midler til sykepleievitenskapelig forskning slik en finner i eksempelvis USA og Sverige. Selv om sykepleiere har hatt større suksess i de senere år, når sykepleievitenskapelige prosjekter i liten grad opp i konkurransen om midler i NFR. Dette skyldes delvis for dårlige søknader og for små og svake forskningsmiljøer, men er også knyttet til manglende kompetanse om de teoretiske og metodiske perspektivene på det sykepleievitenskapelige området i Forskningsrådet.

Det kan også innvendes at norsk sykepleievitenskapelig forskning ikke i tilstrekkelig grad har klart å demonstrere hvilke velferdsbidrag en har å yte. Her er aldersforskning et vesentlig felt med et stort potensiale. Ved å etablere forskningsmiljøer i nær tilknytning til klinikken (inklusive sykehjem og hjemmetjeneste), vil mulighetene bli vesentlig bedre for å øke omfanget av relevant, endringsorientert og kvalitetsforbedrende forskning. Opprettelse av II-stillinger (samarbeidsstillinger mellom universitet/høgskoler og klinikk) som tillegges ansvar for undervisning, veiledning og forskning vil øke kunnskapstilfanget til praksis, heve den faglige prestisjen og bidra til praksisrelevant forskning.

# Aldringens psykologi: Hva bør prioriteres, hvordan og hvorfor?

## **Britt Slagsvold**

### **Aldringens psykologi**

Aldringens psykologi dreier seg om studiet av endring i adferd og mentale prosesser fra voksen alder til alderdom. Sentrale tema er på den ene siden forandring og stabilitet gjennom livsløpet i voksen alder, og på den andre hvordan det aldrende individs væremåter påvirkes og preges av forhold på andre nivåer, fra biologi og mikrososiale prosesser til samfunnsmessige strukturer og prosesser – kultur, politikk og økonomi. I fortsettelsen bruker jeg begrepet *psykogerontologi* for studiet av aldringens psykologi. Begrepet *sosialgerontologi* er bredere og inkluderer blant annet også sosiologisk, antropologisk og økonomisk forskning om eldre og aldring. Begrepet *gerontopsykologi* er snevrere, og brukes oftest når det er tale om mental helse, psykopatologi og psykologisk behandling av eldre.

I studiet av psykologisk aldring kan man anlegge ulike vinkler. Man kan studere «de eldre», «alder» eller «aldring». Skillet viser tilbake til ulike tilnærminger og til dels også ulike studiefelt.

Psykologisk forskning om *de eldre* er vanligvis deskriptiv og konsentrert om avgrensede tema som f.eks. Eldres livskvalitet, hukommelse, ensomhet. Mye av forskningen om eldre er rettet mot eldre med problemer. Implisitt ligger ofte en antakelse om aldring som svekkelse og forfall, og eldre mennesker som en problemgruppe i samfunnet.

Psykologisk forskning om *alder* fokuserer aldersforskjeller og sammenlikner ofte ulike aldersgrupper mht. tema som f.eks. læringsevne, verdier eller kreativitet. Ofte er man interessert i å avdekke årsaker til observerte forskjeller mellom aldersgruppene ved å studere betydningen av mellomliggende variabler. Slike tverrsnittsundersøkelser av aldersforskjeller kan imidlertid i liten grad si noe om aldersforandringer, blant annet fordi man ikke har informasjon om kohort- og periodeeffekter.

Psykologisk forskning om *aldring* ser på endringer i væremåter og mentale prosesser i voksen alder. For å studere aldring er det nødvendig å følge individer over tid, longitudinelt, slik at de kan sammenliknes med seg selv på et tidligere tidspunkt.

Aldersforskningen i Norge har først og fremst vært konsentrert om studier av «de eldre», noen studier har rettet seg mot betydningen av «alder», mens antall studier av «aldring» har vært få, men til gjengjeld svært fruktbare.

### **Tverrfaglig og disiplinforankret forskning**

Det siste tiåret har det blitt lagt vekt på gerontologien som et tverrfaglig forskningsområde. Det er imidlertid også viktig å støtte disiplinbaserte psykologisk forskning om eldre og aldring.

Med fokus på betydningen av miljø for individets væremåte og selvforståelse kan skillet mellom aldringens psykologi og sosiologiske og antropologiske perspektiver være vanskelig å trekke. I det enkelte forskningsprosjekt er det også sjelden påkrevet å trekke slike skiller mellom disiplinene. Tvert om kan de ulike disiplinene befrukte hverandre gjensidig. Den økte



interessen for en livsløpstilnærming i sosialgerontologien, og for utviklingsmodeller fra barndom til alderdom innenfor psykologien, innbyr til det.

Der er også en fornyet interesse for den biologiske basis for adferd i vid forstand. Man er opptatt av å avdekke gjensidige samspill mellom psykologiske og biologiske faktorer for å forstå utviklingen over livsløpet, og herunder sykelighet og dødelighet.

Et overordnet mål for studiet av aldring er å forstå krefter og erfaringer som skaper og former utviklingen gjennom livet i en verden som er i rask endring. Det krever at man krysser grensene til andre disipliner, og at man kombinerer ulike metoder og teorier på ulike nivå.

Den norske gerontologiske forskning har i stor grad vært *anvendt* orientert og begrunnet. De fleste studier – også de som har vært utført av psykologer – har vært mer sosialgerontologiske enn psykogerontologiske. Den anvendte forskningen er nødvendig og interessant og kan også være teoretisk nyskapende, men for å styrke psykologisk aldersforskning er det også viktig å gi rom for en disiplinforankret forskning, der problemstillingene formuleres med utgangspunkt i *individets* adferd og mentale prosesser. Dette vil også kunne bidra til å styrke aldring som et tema innenfor basisdisiplinen. Forskning om aldring og eldre står svakt innenfor norsk psykologi. Med utgangspunkt i psykologisk teori vil man kunne få økte kunnskaper om aldring, og vekke interesse for eldre mennesker blant psykologer.

### **Rom for fri forskning**

Voksenlivets og alderdommens psykologi favner en bred vifte av problemstillinger som har hatt liten plass i psykologisk forskning i Norge:

- Innenfor kognitiv psykologi: aldring og hukommelse, problemløsning, læring, kognitiv svikt og demens.
- I grenselandet mellom kognitiv psykologi og personlighetspsykologi: aldring og kreativitet, visdom, mestring.
- Innenfor personlighetspsykologien: aldring og personlighet, selvbylde og identitet, aldring og emosjoner.
- Mental helse og psykopatologi i alderdommen: depresjoner, angst, demens, psykoterapeutisk behandling
- I sosialpsykologien: sosial integrasjon, forholdet mellom generasjonene, ensomhet, verdier og holdninger, stereotyper og fordommer, problemer knyttet til arbeid og pensjonering.

Selv om det er nødvendig å velge et begrenset utvalg av områder for forskning, bør det også gis rom for å støtte særlig gode prosjekter innenfor andre områder enn de som gis prioritet. Slik vil man kunne stimulere rekrutteringen til feltet. Når det finnes engasjerte forskere med gode prosjektideer, bør det være mulighet for forskningsstøtte.

### **Større, longitudinelle studier**

Interessante problemstillinger som kan belyses med gode data er trolig det viktigste virkemidlet til såvel økt kunnskap om aldringens psykologi som til å heve kompetansen og rekrutteringen til feltet. Aldring og utvikling forløper i tid, og studiet av det aldrende individet bør derfor studeres over tid. Svært få norske studier har imidlertid vært longitudinelle, og blant de få som har vært er det ingen med et større utvalg.

Longitudinelle studier er nødvendig for å forstå aldring. Forskjeller mellom generasjoner og aldersgrupper i siste halvdel av livsløpet kan skyldes aldringseffekter, kohorteffekter eller

periodeeffekter. Longitudinelle studier fra andre land har vist at det som tidligere har vært tolket som aldringseffekter (f.eks. i intelligens) i betydelig grad skyldes kohort- eller periodeeffekter. Skiftende kohorter har ulike livsbetingelser – forskjellige muligheter og erfaringer gjennom livet som berører alt fra helse og intelligens til inntekt og sosiale relasjoner. Livsløp og forløp er blitt det dominerende perspektivet i studiet av aldring på den internasjonale arenaer. Norge er et av de meget få land i Vest-Europa som ikke har, og heller ikke har hatt, en større longitudinell studie om psykologisk og sosial aldring.

Man bør oppfordre, og legge til rette for, at forskning som tar sikte på å studere endring og stabilitet gjennom livet anvender longitudinelle design, med utvalg som er store nok til å kunne følge personene over lengre tid. Denne typen studier er kostbare, og bør derfor inkludere flere disipliner og miljøer. Slike studier bør være teoretisk velfundert, men også praktisk orientert, med sikte på å komme fram til anvendbar kunnskap.

### **Prioriterte områder**

Begrunnelsen for å styrke den psykologiske aldersforskningen er i stor grad den samme som for andre disipliner:

- Livet forlenges og det blir flere eldre. Det kreves økt kompetanse for å møte de utfordringer og behov som ligger i dette.
- Eldreområdet har lav status, og dermed problemer med å rekruttere til feltet, både til profesjonene og til forskerstillinger.
- Aldring og Eldres forhold har liten plass i utdanningene. Kompetansen må styrkes.
- Fordi forskningsprosjektene i regelen har vært små og anvendt orientert, har det vært dårlig grunnlag for kontinuitet i forskning med teoretisk forankring. Dette har gjort rekrutteringen vanskelig, og har svekket mulighetene for å delta i internasjonale prosjekter og nettverk.

Det er vanskeligere å prioritere mellom de mange viktige og interessante temaer og problemstillinger som bør gis plass innenfor en større satsing på psykologisk aldersforskning. Men prioritering er nødvendig, for å konsentrere innsatsen med utgangspunkt i områder og kompetanser som vi har gode forutsetninger for, og/eller som er spesielt viktige. Det er gjort god forskning, og det finnes personer og miljøer med høy kompetanse innenfor psykogerontologi i Norge. Disse er det viktig å stimulere og styrke.

Nedenfor skisseres tre slike områder:

- (1) Mestringsperspektiver på psykologisk aldring.
- (2) Forskning om psykiske lidelser og psykoterapi.
- (3) Aldring og ny teknologi.

### **Mestringsperspektiver på psykologisk aldring**

Aldring innebærer tap og begrensninger, eller utsikter til det. Noen av endringene er primært biologisk bestemt, andre er sosiale og normative. Mange typer av tap og begrensninger kan påvirkes eller utsettes. Måten man forholder seg til slike endringer på varierer, og kan være avgjørende for hvordan «man har det og hvordan man tar det». Dette er tema som studeres med et mestringsperspektiv. Med *mestring* sikter vi til individers kognitive og adferdsmessige bestrebelser for å håndtere belastende krav og påkjenninger.

Innenfor en psykologisk teoretisk referanseramme er «mestring» nær knyttet til «personlig kontroll». Sentralt står om individet opplever at hun eller han kan påvirke det som skjer. Det dreier seg her om hvordan man oppfatter årsaken (attribusjon), og på hvilke måter man gjør

det (forklaringsstil). Innen denne modellen er man opptatt av hvordan omgivelser, erfaringer og tiltak tolkes av individet. Man er særlig opptatt av hvordan omgivelsenes påvirkbarhet oppfattes (miljøets responsivitet) på den ene siden, og av individets oppfatninger av sin egen evne til å påvirke på den andre (self-efficacy). Disse oppfatningene vil i stor grad bestemme deres atferdsmessige og emosjonelle reaksjoner på påkjenninger og endringer. Det vil påvirke såvel emosjonelle reaksjoner som valg av mestringsstrategier. Når tilsynelatende like erfaringer kan utløse svært ulike reaksjoner hos forskjellige personer, kan ulikheter i oppfatninger av årsak og kontrollerbarhet bidra til å forklare det.

Denne typen perspektiver egner seg for mange aktuelle problemstillinger knyttet til aldring og eldre. Her nevnes noen eksempler:

### **Livskvalitet og trivsel – vital aldring**

Den norske gerontologiske forskningen har i stor grad konsentrert seg om problemer og skrøpeligheit, og i liten grad belyst individets evner og muligheter for å håndtere slike problemer. De fleste eldre tilpasser seg imidlertid endringer og tap på en rimelig god måte, men noen bedre enn andre, og i noen sammenhenger lettere enn i andre. Vi trenger bedre kunnskaper om betingelser og former for «vellykket aldring» (successful ageing) og hvordan vi kan styrke de psykologiske mekanismene knyttet til dette.

### **Teoretiske perspektiver**

Mestringsmodellen knytter an til flere teoretiske retninger innen psykologien, og gir således gode inntak til teoriforankret forskning. Teoretisk knytter mestringsbegrepet blant annet an til:

- personlighetspsykologi: mestringsstrategier blir sett som nokså stabile karaktertrekk,
- læringspsykologi: mestringsrepertoar læres gjennom erfaring og er mer eller mindre påvirkbart hele livet,
- kognitiv psykologi: mestringsorientering referer til personens forventninger og tolkninger av sammenhenger mellom årsak og virkning, og
- sosialpsykologi: sammenhenger mellom miljø og individuell adferd.

Mestringsbegrepet gir også et fruktbart inntak til å studere sentrale psykologiske tema som utvikling av depresjon og effekter av psykoterapi, eller stabilitet og endring i identitet og selvbilde. Ikke minst er mestringsperspektivet relevant for å belyse spørsmål knyttet til effekter av sosialpolitiske tiltak rettet mot individet, f.eks. ved å belyse sammenhenger mellom tiltak og virkning og hvorfor tiltak virker forskjellig for ulike grupper.

### **Flerfaglig forskning.**

Som en mellomliggende variabel mellom påkjenninger og individuelle reaksjoner er mestringsmekanismer relevante også for mange andre disipliner. Innenfor medisin og biologi er man f.eks. opptatt av sammenhenger mellom mestringsstrategier og kontroll på den ene siden, og immunfunksjoner, helse, dødelighet, sykkelighet m.v. på den andre. Innenfor sosiologisk forskning har man bl.a. studert sammenhenger mellom sosial klasse, mestringsstil, helse og depresjon.

### **Ulike kohorter, ulike mestringsstiler?**

Når det hevdes at morgendagens eldre aldri vil ta til takke med hva dagens samfunn byr eldre, impliserer det ikke bare andre forventninger, men også andre mestringsmåter i nye kohorter av eldre. I ulike typer samfunn vil også ulike typer mestringsstrategier læres og være hensiktsmessige. Dagens samfunn er annerledes enn mellomkrigssamfunnet som de som nå er eldre vokste opp i, og annerledes enn 1950-årenes samfunn som morgendagens eldre er vokst

opp i. I det senmoderne samfunnet – karakterisert ved individualisering, fragmentering, raske endringer og større uforutsigbarhet – kan det igjen være andre mestringsmåter som er hensiktsmessige.

Mestringsparadigmet og beslektede teorier som selektivitetsteori m.fl. står også sterkt internasjonalt og gir dermed gode muligheter for samarbeid utover Norges grenser.

### **Individet som aktør**

Det har vært en tilbøyelighet til å legge liten vekt på individet som aktør i sitt eget liv. Kritikken treffer ikke minst mye av den gerontologiske forskningen. Eldre selv bidrar til å skape og forme sine liv og sine omgivelser, ikke minst via hvilke mestringsstrategier de tar i bruk. Ved å se eldre som aktører kan vi få en mer nyansert forståelse av typiske væremåter i eldre år. Aktørperspektivet har også bidratt til å korrigere universelle teorier om tilbaketrekning, og til å nyansere teorien om skapt avhengighet.

### **Mental helse, psykiske lidelser og psykoterapi**

Forskning om aldring og mestring vil i stor grad fokusere livskvalitet og den normale alderdommen. Psykologien har tradisjonelt fokusert på dem som har sviktende mestring, og på tiltak for å bedre mental helse og tilpasning.

Depresjon og angst er de mest utbredte psykiske lidelsene i eldre år. Levekårsundersøkelsen (1995) anslår at nærmere 100 000 eldre er plaget av depressive symptomer, og fire av fem av dem er kvinner. Selv om antallet eldre med depresjon er høyt, er ikke andelen med de alvorligste former for depressive lidelser eller angsttilstander høyere blant fysisk førlige hjemmeboende eldre enn i befolkningen for øvrig. Blant hjelpetrequende eldre i institusjoner eller i egne hjem er imidlertid andelen med depresjon høy. Internasjonale studier anslår andelen med depresjon i sykehjem til å være mellom 30 og 75 prosent, og blant hjelpetrequende eldre vel 20 prosent. I en norsk undersøkelse av sterkt hjelpetrequende eldre finner man at 56 prosent er deprimert (alvorlig eller moderat) etter pleiernes vurderinger. Det gjelder både blant sykehjemsbeboere og eldre i eget hjem.

Angst blant eldre er en tilstand som er mindre fokusert og mindre kartlagt enn depresjon. Som affektforstyrrelser vil angst og depresjon ofte opptre samtidig. Det finnes svært lite forskning om angst i eldre år – også internasjonalt. En viktig grunn til det er utbredt underdiagnostisering av angsttilstander blant eldre. Sett på bakgrunn av de alvorlige konsekvensene angst kan ha for livskvalitet, er forskning om angst blant eldre et viktig område.

Forskning om depresjon blant eldre har stått på dagsordenen, men har vært nokså beskjeden, også i Norge. I særdeleshet har studier av depresjon blant de mest utsatte grupper av hjelpetrequende eldre vært liten. Økt kunnskap om angst og depresjon er viktig av mange grunner. Antallet som rammes er høyt, og depresjon øker sjansen for sykdom og død. Det er mange ubesvarte spørsmål rundt depresjon i eldre år, og mer forskning på feltet kan bidra til å øke interessen også blant kliniske psykologer.

Nedenfor nevnes noen viktige områder for psykologisk forskning på dette området:

### **Symptomer på depresjon og angst**

Nyere forskning tyder på at både angst og depresjon kan fremstå med et noe annet symptom mønster blant eldre enn blant yngre. Når det gjelder depresjon, fremtrer f.eks. stemningsleie som mer avdempet blant eldre, slik at depressive symptomer lett tolkes som en del av normal aldring. Selvmordstanker og selvbepreidelser er også mindre vanlig i eldre år, mens somatiske symptomer er mer vanlig. Et tema for forskning er økt innsikt i

symptombildet ved angst og depresjoner blant eldre, og spørsmål knyttet til underdiagnostisering i denne aldersgruppen. Ikke minst er diagnostisering av angst og depresjon i forhold til kognitiv svikt et viktig område.

### **Prevalens av depresjon og angst i ulike grupper**

Selv om alvorlige tilstander av depresjon og angst ikke er vanligere blant eldre enn blant yngre, synes mer moderate tilstander å være mer utbredt. I flere nyere studier finner man at mange eldre har symptomer på angst og depresjon, men ikke så uttalte at de møter de diagnostiske kriterier for psykiatiske lidelser. Det er f.eks. anslått at mellom 10 og 20 prosent av eldre har angstproblemer i en så stor grad at det tilsier behandling. Eldre er i større grad utsatt for tap (bl.a. av nærstående personer og av helse). Økt innsikt i reaksjoner på tap, og varighet av tilstander av depresjon og angst, kan gi bedre grunnlag for tiltak og intervensjoner. I forskning fra andre land finner man at færre eldre enn yngre rapporterer om tidligere depresjoner gjennom livet, til tross for at de har levet flere år. Funnene reiser spørsmål om årsaker til disse forskjellene mellom alderskohorter. Mer inngående studier av utbredelse av angst og depresjon blant ulike grupper av hjelpetrengende eldre, under ulike former for hjelpetiltak, er også et tema av såvel teoretisk som praktisk interesse.

### **Årsaker til angst og depresjon**

Årsakene til angst og depresjon kan være mange: tap og påkjenninger, genetisk disposisjon, fysisk helse, kognitiv svikt og sosiale relasjoner. I ulike studier finner man korrelasjoner mellom slike faktorer og depresjon, men man har begrenset kunnskap om årsakssammenhenger og årsakskjeder. Når andelen eldre med depressive tilstander er høy i sykehjem, har det neppe en så enkel forklaring som at institusjonalisering fører til depresjon, slik det av og til tolkes. Når det gjelder studier av bakgrunnen for og forløpet av angst i eldre år, finnes det så og si ikke forskning. Skal man kunne hjelpe eldre med psykiske lidelser, er det viktig at kunnskapsgrunnlaget er godt og nyansert. Studier av betydningen av ulike typer årsaker til at angst og depresjon utløses kan gjøres bedre om man kan følge et utvalg av eldre over tid.

### **Psykiske lidelser og mestring**

Tap av ulike slag kan være utløsende for depresjon i alle aldersgrupper. Når man tar i betraktning at mange eldre opplever store og varige tap, er det forbausende at angst og depresjon ikke er mer utbredt enn det er. Årsakene til det kan være mange, blant annet underrapportering. Et forhold som kan være av betydning er også Eldres mestringsmåter og mestringsrepertoar. Sammenhenger mellom aldring, mestring og psykiske lidelser er et viktig område for forskning. Dagens eldre har gjennomlevd store endringer både historisk, samfunnsmessig og i eget liv – med disse erfaringer har de tilegnet seg ulike mestringsmåter og mestringsmønstre. Eldre har trolig et større latent repertoar av mestringsmåter enn yngre. Men aldring reduserer også muligheter for å anvende mange av de tidligere lærte mestringsmåtene. Ett av mange spørsmål man vet lite om er i hvilken grad eldre tilegner seg nye mestringsmåter, og under hvilke betingelser de gjør det.

### **Forskning om psykoterapi blant eldre**

Behandling av affektive lidelser som angst og depresjon blant eldre er i dag først og fremst medikamentell, og med primærlege som behandler. Svært få eldre med affektive lidelser får psykoterapeutisk behandling. Fra faglig hold har det vært en terapeutisk pessimisme med hensyn til Eldres muligheter for endring og motivasjon for psykoterapeutisk behandling. Tidligere tiders generasjoner av eldre har dessuten vært lite vant til å søke profesjonell hjelp ved psykiske lidelser. Med nye generasjoner av eldre vil dette endres.

Det finnes imidlertid lite forskning om behandling av psykiske lidelser hos eldre, både medikamentell og psykoterapeutisk, og de fleste av studiene som er gjort, har vært i utvalg av yngre og fysisk friskere eldre. Blant de få psykologer som arbeider med eldre i Norge har det imidlertid vært gjort flere studier, men innen knappe rammer. Dette miljøet av forskere er relativt lite og spredt i ulike institusjoner, men har en viktig kompetanse som vi bør bevare og stimulere gjennom bedre forskningsmuligheter.

Blant de mange viktige spørsmål om psykoterapi til eldre som bør belyses er blant annet effekt av ulike terapiformer i forhold til ulike typer problemer, evaluering av ulike tilnærminger fra individuelle og gruppeorienterte til miljøorienterte, betydning av terapeutens alder, samspill mellom terapeutisk tilnærming og den Eldres kognitive fungering.

### **Aldring og ny teknologi**

Innføring av ny teknologi påvirker livet også for dem som er blitt eldre. Vi kan skille mellom ulike typer av teknologi:

- Ny teknologi som eldre mer passivt utsettes for og som påvirker deres hverdag, f.eks. i trafikken og i boligen. Nye boformer for eldre med elektronisk overvåkning (smart hus) er også på vei inn, foreløpig uten noen form for systematisk evaluering.
- Ny teknologi som erstatter tidligere ordninger i hverdagslivet, og som forutsetter at eldre selv anvender teknologien. Billettautomater og bankkort er eksempler på det, datateknologi på arbeidsplassene er et annet eksempel. Her kan også hjelpeteknologi nevnes, utstyr som er spesielt tilpasset ulike typer av funksjonshemming, men som like fullt krever tilpasning og mestring.
- Ny teknologi som innebærer nye aktiviteter og kommunikasjonsformer. Internett og e-post, mobiltelefoner og elektroniske banktjenester er eksempler her.

Men det er ikke bare automatisering og informasjonsteknologi som endrer Eldres hverdag, også endringer i infrastrukturen har betydning. For eldre bilkjørere representerer f.eks. de nye rundkjøringer, de lange og mørke tunneler på motorveiene og nytt elektronisk utstyr i bilene materielle endringer som kan få store konsekvenser for deres hverdag. Her kan ligge risikofaktorer for en selv og andre, men teknologien kan også utvikles for å redusere slik risiko.

Fra et psykologisk perspektiv er ny teknologi interessant fra flere synsvinkler. Grovt sett kan vi skille mellom to tema: Innvirkning av ny teknologi på Eldres væremåter og situasjon på den ene siden, og Eldres mestring av ny teknologi på den andre. Dette er områder som er satt på aldersforskeres kart internasjonalt, men der det har vært lite forskningsaktivitet i Norge.

### **Innvirkning av ny teknologi**

I de aller fleste sammenhenger der eldre finnes, er ny teknologi innført, og det får konsekvenser – både positive og negative. Noen konsekvenser er åpenbare og intenderte, andre er mer indirekte eller subtile. Innføring av datateknologi i omsorgstjenestene endrer f.eks. hjelpernes adferd og prioriteringer også på ikke-intenderte måter. Innføring av overvåkningssystemer i boliger øker trygghet, men endrer trolig også former for sosialt liv og tidsbruk.

Ny teknologi på arbeidsplassene får konsekvenser for eldre arbeidstakere, både direkte ved at ny teknologi må læres og indirekte ved at bedriftene må satse på opplæring av yngre og eldre arbeidskraft. Dette kan i noen sammenhenger svekke Eldres stilling i arbeidslivet, i andre sammenhenger være tiltak for å inkludere dem. Ny teknologi kan også bidra til å synliggjøre holdninger til eldre, og å endre holdninger – både i positiv og negativ retning.

Det er viktig å få innsikt i hvordan ulike former for ny teknologi påvirker ulike grupper av eldres liv og aktiviteter på ulike måter. Det er ingen enkel sammenheng mellom ny teknologi og konsekvenser for eldre. Slike problemstillinger kan f.eks. belyses med utgangspunkt i systemiske modeller, der en forsøker å avdekke sammenhenger mellom ny teknologi og sosialt og kulturelt miljø fra meso- til mikro-nivå, og individets ressurser og reaksjoner på dette.

### **Måter å forholde seg til ny teknologi**

Ny teknologi stiller krav til læring, og reiser en rekke viktige spørsmål for forskning med basis først og fremst i kognitiv psykologi. Blant områder for forskning om eldre og teknologi er f.eks. betydningen av ulike former for hukommelse og intelligens, betydningen av tidligere lærte rutiner, motivasjon, brukergrensesnitt og mestringsstiler.

Eldre kan forholde seg til ny teknologi på mange ulike måter. De kan ta den i bruk for å «henge med» (f.eks. på arbeidsplassen), eller trekke seg tilbake. De kan avlastes gjennom ny teknologi (f.eks. slippe å gå i banken), og de kan kommunisere med andre (f.eks. via internett). Andre kan risikere å bli mer sosialt isolert. Det som for noen representerer muligheter, kan for andre bli begrensninger. Ressurser som helse, kognitive evner og utdanning, selvbilde og selvtillit og tidligere lærte mestringsmåter vil trolig ha stor betydning for hvordan man forholder seg til ny teknologi. Vi vet imidlertid lite om hvordan slike og andre forhold spiller inn og spiller sammen med utforming og innføring de nye teknologiene.

# Aldersforskning: Demografiske og befolkningsøkonomiske perspektiver

**Nico Keilman**

## Demografi og befolkningsøkonomi

Nedenfor nevner jeg flere problemstillinger innenfor demografi og befolkningsøkonomi som har fått økt betydning som konsekvens av den pågående aldringen i befolkningen. De er basert på en gjennomgang av litteraturen om demografisk og økonomisk forskning, og samtaler med ulike kolleger. Jeg har prøvd å belyse problemstillingene utfra flere perspektiver:

- Determinanter og konsekvenser
- Mikro- og makroanalyser
- Historisk og framtidig utvikling
- Beskrivende og forklarende perspektiv

Jeg oppfatter *demografi* som studiet av befolkningens størrelse og sammensetning og dens utvikling over tid. Med sammensetning menes særlig fordeling etter alder, kjønn, region, sivilstand, familie- og husholdningstype etc. Forandringer i størrelse og sammensetning påvirkes av fødsler, dødsfall, inn- og utvandring, innenlandsk flytting, dannelse og oppløsning av parforhold, endrede familie- og husholdningsformer osv.

*Befolkningsøkonomi* oppfatter jeg som den delen av samfunnsøkonomien som betrakter demografiske forhold som eksogent gitt, og studerer deres konsekvenser for økonomiske variabler. Med andre ord – befolkningsøkonomien analyserer hvordan den demografiske situasjonen påvirker individenes atferd og levekår, og hvordan i neste omgang slike endringer påvirker deres etterspørsel etter og behov for knappe ressurser. Faget begrenser seg ikke til markedssektoren, men analyserer også det offentlige, der etterspørsel og/eller behov antas å være bestemt av kollektive beslutningsprosesser.

Aldring blant *innvandrere*, i tillegg til hele befolkningen, bør vektlegges i de fleste empiriske analyser jeg foreslår nedenfor. Forslagene er organisert under sju større temaer:

- Sosiale nettverk.
- Dødelighet og helse.
- Helse og omsorg.
- Arbeid, inntekt, sparing og alderspensjoner.
- Utdanning og læring.
- Regional utvikling og flytting.
- Usikkerhet rundt den framtidige befolkningsutviklingen.

## Sosiale nettverk

Ethvert individ har, eller har hatt, to foreldre, og de aller fleste voksne har ett eller flere barn. Med andre ord – individer er knyttet til hverandre i slektskapsnettverk. Slike nettverk kan være begrenset til kun biologiske forhold, det vil si kun omfatte foreldre og barn. De kan også inkludere ektefeller (i formell betydning) og samboere. Et familienettverk omfatter også



halvsøsken, stebarn og steforeldre, grunnet gjengiftermål og nye samboerforhold. Enda videre er begrepet vennenettverk.

Nettverk spiller en viktig rolle i samfunnet ved *overføring av materielle og ikke-materielle goder og tjenester*. Mye omsorg og pleie, både for den eldre og den yngre generasjon, ytes uformelt av foreldre, barn, ektefeller, slektninger, venner eller bekjente. Eiendom og arv følger veien nedover i slektskapsnettverket, det vil si fra de eldre til de yngre.

Demografiske begivenheter kan bidra til å endre slike nettverk. Når vi ser nedover i slektskapsnettverkene, medfører lave fødselstall og økt levealder en uttynning av slike nettverk: På ethvert tidspunkt blir det færre barn og barnebarn per pensjonist. Samtidig kan det tenkes at det dermed blir sterkere bånd mellom generasjonene (kvalitet vs. kvantitet). Gjengiftermål og nye samboerforhold gjør nettverkene bredere, men samtidig endrer de karakter, og vi kan ikke utelukke at forhold mellom halvsøsken og mellom steforeldre og stebarn, stort sett vil være mindre tette enn de mellom 100-prosent-slektninger. En annen viktig utvikling er at kjønnsforskellen i dødelighet er i ferd med å bli mindre. Dette medfører – isolert sett – flere ekte- og samboerpar og færre enker og aleneboende kvinner. Slike demografiske forandringer har ikke bare store konsekvenser for overføring av goder og tjenester mellom generasjonene, men også for valget mellom hjemmepleie og opphold på institusjon.

Vi vet lite om *nettverket til omsorg- og pleietrengende personer* i Norge, i hvert fall på landsbasis. Det er nødvendig å kartlegge dagens situasjon og den historiske utvikling, ikke minst med tanke på hva som vil skje i framtiden. Viktige momenter er den demografiske utviklingen – familie- og husholdsdannelse og -oppløsning, fruktbarhet, dødelighet, inn- og utflytting m.m. Økonomiske, sosiale og kulturelle faktorer, samt helse, har også stor betydning i denne sammenheng.

Det bør gjennomføres både kvantitative og kvalitative analyser. Blant problemstillingene som kan belyses kvantitativt er: Hvor mange slektninger, og av hvilket slag (biologiske og ikke-biologiske) har ethvert individ? Hvilken betydning har kjønn, alder, familiestatus, og bosted? Hvordan har nettverket utviklet seg over tid? Hvor mange timer ytes omsorg? Av hvilken type? Kvalitative analyser kan f.eks. belyse problemstillinger som: Hvor sterke er båndene mellom individene? Når A yter B omsorg, hvordan oppleves dette av A og av B? Hvor viktig er helse? I et makroperspektiv bør det regionale analysenivået ha en sentral plass. I en mikroanalyse spiller den fysiske avstand mellom medlemmene av nettverket en viktig rolle.

Data bør samles inn ved hjelp av *utvalgsundersøkelser med tilstrekkelig omfang*.

Befolkningsregistre kan brukes som datakilde, men de har to store ulemper. For det første kartlegger de kun *formelle* forhold mellom individer (barn-foreldre, formelt ekteskap) og ser dermed bort fra forhold mellom samboere, venner, naboer og bekjente. For det andre er opplysningene begrenset til noen få variabler – opplysninger om bl.a. helse og andre viktige variabler må samles inn på en annen måte.

Det er viktig å intervjuer både den yngre og den eldre generasjon, ikke bare med tanke på måten omsorg oppleves, men også med sikte på representativitet. Dersom opplysninger bare fås for den yngre generasjon, blir barnløse eldre underrepresentert. Omvendt – når utvalget utelukkende består av eldre – har individer i den yngre generasjonen som har mange søsken en større sjanse å bli med i analysen enn individer fra små familier. Analysene bør kartlegge fullstendige fordelinger (andeler med 0, 1, 2, 3 ... slektninger av ulik type), ikke bare gjennomsnittlig antall barn, søsken, foreldre, venner, kolleger etc.

## Dødelighet og helse

Det burde være unødvendig å gjøre rede for hvorfor det er viktig med grunnleggende innsikt i faktorer bak endringer i dødelighet og helse. La meg bare kort nevne to momenter. For det første – et langt og sunt liv for flest mulig er åpenbart et mål i seg selv (dog samfunnsmessig sett ikke til enhver pris). For det andre – utvikling på området dødelighet og helse har store konsekvenser for samfunnet generelt, blant annet for helsetjenester, omsorg, alderspensjoner, og arbeid.

I motsetning til medisinsk og epidemiologisk forskning, er de fleste demografiske dødelighets- og helseanalyser i Norge i stor grad beskrivende, med liten vekt på forklaring og predikering. Beskrivende analyser som ser på sammenhengen mellom dødelighet og sykkelighet på den ene siden, og demografiske faktorer som yrke, utdanning, inntekt, livsstil, sivilstatus (inklusive samboerskap), etnisitet, og bosted er viktige, men de skiller ikke mellom *seleksjon og årsak*. For eksempel, den forholdsvis gode helse og lave dødelighet blant gifte (sammenlignet med ikke-gifte personer) kan muligens forklares ved at ekteskapet fører til en viss livsstil med forholdsvis god helse og lav dødelighet, alt annet likt (årsak). En annen hypotese er at personer med dårlig helse har forholdsvis lav giftermåltilbøyelighet (seleksjon). Et slikt skille mellom årsak og seleksjon er ikke bare viktig for ekteskapelig status, men også for andre statusvariabler, for eksempel sosioøkonomisk status og innflytter- og innvandrersstatus.

Så snart en har sporet opp årsakssammenhengene, er neste oppgave å presisere mekanismene: sykdomsprosesser, eksponering overfor risikofaktorer (både atferd og biologiske risiki), og faktorene som påvirker økt eksponering. Slike faktorer inkluderer den sosiale kontekst (for eksempel livsstil generelt), eller mer spesifikke faktorer (tobakksreklame er et eksempel). Disse analysene er tverrfaglige – de tar utgangspunkt både i demografiske og medisinske (inklusive samfunnsmedisinske) forhold. Et *livsløps- eller kohortperspektiv* er viktig her, fordi historiske omstendigheter kan ha konsekvenser først ved høy alder.

Utfra et slikt perspektiv har følgende problemstillinger høy prioritet:

– Hvorfor har *dødelighetsnedgangen* blant de aller eldste (menn ca. 85+, kvinner ca. 95+) i Norge stoppet opp de siste 20 år, i motsetning til utviklingen i de aller fleste industrialiserte land? Hvilke dødsårsaker skyldes dette særlig? Finnes det relevante kohorteffekter her? Hvor mye har datakvalitet å si? Et internasjonalt perspektiv er nødvendig. Når det gjelder norsk empiri kan makrodata fra befolkningsregistrene anvendes sammen med tall fra dødsårsaksstatistikken.

– I analyser av *dødsårsaker* er det vanlig å anta at dødsårsakene er statistisk uavhengige av hverandre. Forutsetningen innebærer for eksempel at en endring i risikoen for å dø av hjerte- og karsykdommer, ikke har konsekvenser for kreftoverlevelse. Studier som derimot tar hensyn til at det kan være en viss sammenheng mellom dødsårsakene, vil gi et mer realistisk bilde av årsaksspesifikk dødelighet. Dette kan også gjøre oss bedre i stand til å gi anslag på økning i levealder når visse dødsårsaker blir mindre viktige eller kanskje elimineres fullstendig. For en empirisk gjennomføring av slike analyser er det sannsynligvis nødvendig å samle inn tall både for primær og sekundær dødsårsak. Tilsvarende analyser bør gjennomføres for morbiditet.

– Etter andre verdenskrig har Norge, i likhet med mange andre vestlige land, opplevd en sterk økning i befolkningens gjennomsnittlige levealder. Parallelt med denne økningen har det blitt stilt spørsmålet om livskvaliteten til disse ekstra leveårene – særlig de i høy alder. Er helsen like god som tidligere når livet forlenges? Begrepet «levealder i god helse» er blitt utviklet siden begynnelsen av 1980-tallet for å beskrive en persons helsetilstand i de siste leveårene. Det finnes to teoretiske perspektiver. Komprimeringstesen tar som utgangspunkt at

alderssykdommer i økende grad er begrenset til, eller komprimert i de siste leveårene. Utvidelsestesen antar derimot en forlengelse av sykighetsperioden, fordi levealderen generelt har økt raskere enn levealderen i god helse. På forskningsfeltet levealder i god helse mangler det en god del norsk empiri. Den siste omfattende utredningen av helsetilstanden i befolkningen «Det er bruk for alle: Styrking av folkehelsearbeidet i kommunene» (NOU 1998:18) nevnes for eksempel ikke dette begrepet i det hele tatt. Allikevel nevner Stortingsmelding nr. 50 (1998-99) flere og bedre leveår for alle mennesker som et mål for norsk helsepolitikk.

Noe summarisk har blitt gjort med utgangspunkt i Helseundersøkelsene fra 1975 og 1985, men en oppdatering og en nærmere testing av de to ovennevnte hypoteser er nødvendig. Det er også viktig å kartlegge forskjeller i levealder i god helse for ulike befolkningsgrupper (innvandrere, sosioøkonomisk status, regionale forskjeller etc.), samt å analysere om eventuelle forskjeller i levealder i god helse kan tilskrives periode- eller kohorteffekter.

### **Helse og omsorg**

I avsnittet ovenfor nevnte jeg aspekter ved helse på individnivå. I dette avsnittet vil jeg legge vekt på *helsesystemet*, blant annet dets finansiering. Offentlige utgifter til helseformål utgjør ca. seks prosent av BNP. De faktorene som står sentralt i dette avsnittet kan betraktes som konsekvenser av faktorene i avsnittet ovenfor, som utgjør en viktig gruppe av determinanter (men ikke de eneste).

– *Finansieringen av det framtidige helsesystemet* er et viktig samfunnsøkonomisk problem, som har direkte sammenheng med aldringen av befolkningen. Problemet har klare likhetstrekk med problemene rundt den framtidige finansieringen av alderspensjonene (se neste avsnitt). Et økende antall eldre medfører, isolert sett, økende utgifter. Samtidig svekkes finansieringsgrunnlaget på grunn av en nedgang i antall yrkesaktive. Dagens finansiering av helsetjenester kan betraktes som et utligningssystem, i hvert fall til en viss grad: De yrkesaktive betaler for brukerne av slike tjenester, som i stor grad er yrkespassive: Omtrent en fjerdedel av utskrevne pasienter fra somatiske sykehus var 65 år eller eldre i 1999; gjennomsnittlig antall liggedager i denne aldersgruppen var rundt 8, mot 6,1 for hele befolkningen. Dermed melder problemstillingen om et fondsbasert finansieringssystem seg, det vil si om en kombinert individuell livs- og helseforsikring, kan bidra til å minske de framtidige finansieringsproblemene.

– I avsnittet om dødelighet og helse stilte jeg spørsmålet om hvilken trend som vil dominere utviklingen i årene framover – faktorer som bidrar til flere spreke eldre, eller økt levetid blant skrøpelige eldre. Svaret bestemmer i stor grad *etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester* i de neste tiår. Men i tillegg til helse, er det flere andre faktorer som bestemmer slik etterspørsel på individuelt plan, for eksempel sosialt nettverk, inntekt, utdanning, valgfrihet og boligsituasjon. Økt tilbud av tjenester og medisinsk teknologi er trolig også en medvirkende faktor som øker etterspørselen. Individdata fra SSB's Helseundersøkelser, supplert med makrodata fra annen helsestatistikk, utgjør trolig i stor grad datagrunnlaget for en slik analyse av individenes adferd når det gjelder behov for helsetjeneste.

– Det finnes lite norsk empiri når det gjelder forklaringsfaktorene bak de eldres *valg av husholdningstype*. Særlig for eldre enslige har et slikt valg konsekvenser for utgiftene i forbindelse med helse og omsorg. En pensjonist som blir enslig (partneren faller bort, barna har forlatt foreldrehjemmet) har flere valgmuligheter: å forbli aleneboende, å finne seg en ny partner eller andre som vil dele hushold, å flytte til en annen husholdning, for eksempel til barna, eller å flytte til en institusjon. Alder, kjønn, helse, økonomi, boform, og nettverk er viktige faktorer som kan forklare slike valg. Behovet for og utgifter til hjemmebasert og

institusjonsbasert omsorg og pleie henger nøye sammen med valg av husholdningsform. Omvendt påvirkes dette valget av pleie- og omsorgstilbudet.

– *Uformell omsorg* av familie, venner og slektninger ytes i tillegg til, eller i stedet for formell (offentlig) omsorg. Derfor blir offentlige helse- og omsorgsutgifter påvirket av graden av uformell omsorg. Hvilke faktorer bestemmer sannsynligheten for at uformell omsorg blir gitt? Tradisjonell arbeidsdeling mellom kjønnene tilsier at det som oftest er middelaldrende kvinner som deltar i uformelt omsorgsarbeid. Flere av disse kvinnene kommer i en tidsklemme, fordi de etter at barna har blitt selvstendige har kunnet satse på en yrkeskarriere. Hva er effekten av endrede kjønnsroller, av barnetall, av alder ved siste fødsel i denne sammenheng? I tillegg til omsorg, er også ulike former av praktisk og finansiell hjelp viktige.

### **Arbeid, inntekt, sparing, alderspensjoner**

Befolkningens aldring har store konsekvenser for de yrkesaktive, de yrkespassive, og forholdet mellom disse. Yrkesaktivitet varierer sterkt med alder. I aldersgruppen 60-67 år faller den kraftig grunnet uføretrygd og førtidspensjonering, slik at den reelle gjennomsnittlige pensjonsalderen er 59 år. Antall personer i denne aldersgruppen forventes å øke med 80-90 prosent fram mot 2030, og dermed må en også regne med en sterk vekst i antall uføretrygdede og antall førtidspensjonister (alt annet likt), til tross for regjeringens arbeidslinje. Samtidig forventes en betydelig aldring av den yrkesaktive befolkning, fordi unge voksne tar lengre utdanning enn før, og det blir færre i aldersgruppen 20-45 år fram mot 2020. Konsekvensene er blant annet økt etterspørsel etter arbeidskraft, lite fleksibilitet overfor omstilling i arbeidskraften, og behov for etter- og videreutdanning blant eldre arbeidstakere (men også mer erfaring, stabilitet og en annen holdning overfor arbeid). Hvis den økonomiske veksten er vedvarende høy, blir disse aldringseffektene forsterket.

Når det gjelder alderspensjonistene, er det velkjent at dagens offentlige pensjonssystem ikke kan opprettholdes uten videre. Bidragsraten for alderstrygd er ca. 17 prosent. Forandringene i befolkningens alderssammensetning isolert sett medfører en økning til i underkant av 25 prosent fram mot 2040. De fleste analyser og utredninger på dette feltet har vært makroøkonomisk orientert. Lite er kjent når det gjelder den individuelle atferd i forbindelse med nedtrapping av yrkeskarrieren, eller spareatferd av pensjonisthusholdninger i lys av endringer i deres inntektsgrunnlag. Følgende problemstillinger bør få høy prioritet:

- I hvilke yrker er det særskilt *behov for arbeidskraft*? Hva er sammenhengen mellom tilbud/etterspørsel etter arbeid, konjunktur og lønn? Kan arbeidsinnvandring bidra til å løse problemet? Hva med et poengsystem for innvandring? Gitt den pågående aldringen i de fleste europeiske land, bør en slik analyse ikke betrakte Norge isolert, men også ta hensyn til andre industrialiserte land.
- Mikroanalyser av sammenhengen mellom arbeid, pensjonering og uføretrygd. Insentiver for å øke *pensjonsalderen*, valgfrihet, fleksibel nedtrapping, konsekvenser for arbeidsmarkedet og for antall uføretrygdede. Partnerens betydning for arbeidstilbud og pensjoneringstidspunkt. Betydning av skattesystemet, av konjunkturen, av fritid og av helse.
- *Sparing*: Forklaring av de eldres sparing (til eget forbruk/alderdom, til barna/arv) i et livsløpsperspektiv – makro- og mikroøkonomiske forklaringer, demografiske forklaringer.
- *Alderspensjoner*: Overgang fra (hovedsakelig) utligningssystem til (delvis eller hovedsakelig) fondsbasert pensjonssystem; effekter av en slik overgang for kapitalmarkedet og for inntektsfordelingen blant pensjonister. Private og offentlige pensjoner. Betydning av økende levealder.

- *Solidaritet mellom generasjonene*: Hvor mye er framtidige generasjoner villige til å bidra? Altruisme versus egeninteresse. Eksperimentell økonomi.
- *Effekt av etter- og videreutdanning* (se nedenfor) på arbeidsmobilitet – både geografisk og yrkesmessig mobilitet
- *Fattigdom* blant eldre, særlig aleneboende kvinnelige minstepensjonister. Sammenheng med yrkeshistorie, med familiestatus, med omsorgsnettverk og med helse.

### **Utdanning og læring**

Den raske teknologiske utviklingen medfører hurtig slitasje av kunnskap, som blant annet trengs i arbeidslivet. En aldrende yrkesbefolkning kan forsterke denne effekten. Dermed er det ikke sagt at eldre arbeidstakere er mindre produktive enn yngre. Men kreativitet, fleksibilitet, og læreevne svekkes med økt alder. Etter- og videreutdanning i løpet av yrkeslivet får derfor økende betydning. Som alternativ for etterutdanning av de yrkesaktive bør en også betrakte innvandring av utdannet arbeidskraft. Følgende problemstillinger kan nevnes:

- *Optimal miks av arbeid og utdanning i et livsløpsperspektiv*: Hvor ofte og hvor lenge bør den arbeidsaktive perioden avbrytes på grunn av etterutdanning? Sammenheng med bransje, med produktivitet, med arbeidsledighet, med substitusjon for kapital.
- Utdanning har trekk av å være et kollektivt gode, men øker også produktivitet i bedriftene. Derfor er det legitimt å stille spørsmålet i hvor stor grad etter- og videreutdanning bør finansieres av det offentlige, og hvor mye næringslivet bør bidra.
- *Brain drain* og faktor mobilitet: Import av utdannet arbeidskraft versus eksport av arbeidsplasser.

### **Regional utvikling og flytting**

Mye av dagens regionale befolkningssammensetning er basert på flytting i fortiden i tillegg til regionale dødelighets- og fruktbarhetsforskjeller. Aldring av befolkningen i ikke-sentrale strøk har medført en endring i tilbud og etterspørsel av ulike samfunnstjenester: utdanning, offentlig kommunikasjon, postkontorer, varehandel, helsetjeneste, kultur etc. En systematisk analyse av sammenhengen mellom flytting, tilbud og etterspørsel og prioriteringer i offentlig politikk på lavt regionalt nivå er nødvendig. Utflytting reduserer etterspørsel, som deretter kan føre til mindre tilbud og økt utflytting – en domino-effekt for ulike typer av tjenester.

Videre er det slik at de eldre flytter forholdsvis sjeldent, men deres flytting i forbindelse med pensjonering eller overgang fra privat til institusjonshushold er lite studert. Derfor nevnes følgende forskningsprioriteringer:

- Infrastruktur for tilbud og etterspørsel av ulike samfunnstjenester på lavt regionalt nivå (makroanalyse).
- Determinanter for flytting blant eldre (nettverk, omgivelse, pensjonering, tjenester, tilpasset bolig, institusjon, helse, partnerens situasjon).

### **Usikkerhet rundt den framtidige befolkningsutviklingen**

Politiske tiltak må være fleksible i forhold til usikkerhet ved samfunnsutviklingen. Andelen eldre i befolkningen kommer til å øke, men vi vet ikke med sikkerhet hvor fort. Denne usikkerheten bør ha konsekvenser for planlegging, for eksempel for behovet for helsetjenester eller utbetalingen til alderspensjoner. I visse tilfeller er det best å utsette tiltak til usikkerheten er blitt redusert. I andre tilfeller tar planprosessen lang tid og utsettelse er lite attraktivt. Da er

det nødvendig å forberede robuste tiltak, som påvirkes lite av en endring i de demografiske anslag. Forskning rundt dette temaet bør ta opp følgende problemstillinger:

- Hvor sannsynlige er Statistisk sentralbyrås befolkningsframskrivninger for de eldre fram til 2050? Nasjonalt og regionalt.
- Hvor sannsynlig er en økning i framtidige pensjonsutgifter med x prosent? Og tilsvarende for utgifter til pleie og omsorg?
- Hvordan håndterer planleggere på nasjonalt og regionalt nivå usikkerheten rundt framtidig utvikling i demografiske og ikke-demografiske størrelser? Er det like dyrt å planlegge for stor kapasitet (grunnet for høye demografiske anslag) som for lite kapasitet? Hvilke tiltak må treffes for å minimere kostnader når demografiske prognoser slår feil?



## **Antropologiske perspektiver i gerontologien: Hva, hvordan og hvorfor?**

**Kirsten Danielsen**

### **Sosialantropologiske perspektiver**

Paul Bohannan, en amerikansk antropolog, ble en gang bedt om å undersøke matvaner blant beboere i et alderspensjonat hvor de måtte sørge for maten sin selv. Enkelte av beboerne var tydelig feilernærte. Han kom fram til det noe overraskende resultat at de gamle som hadde hatt manuelle yrker hadde et betydelig bedre kosthold enn de som hadde hatt såkalt hvitsnipp-yrker og var forankret i middelklassen. Det var overraskende fordi det i andre sammenhenger var dokumentert at middelklassen i det store og hele spiser sunnere mat enn folk fra arbeiderklassen. Hvorfor var det da motsatt her? Alderspensjonatet lå på grensen mellom det som i Oslo ville være Øst og Vest i byen. I Øst var det dukket opp et par billige kinesiske og italienske familiedrevne spisesteder med god og sunn mat. Vest i byen fantes det to typer restauranter. Den ene var MacDonalds og den andre var svært dyre restauranter for forretningsfolk med representasjonskonto. Det viste seg å gå en usynlig sosiokulturell grense mellom øst og vest, som middelklassens eldre var ute av stand til å krysse. Det de strevde etter var ikke først og fremst et godt måltid mat, noe de selvfølgelig også ville ha, men viktigere var det å beholde en identitet som en person fra middelklassen. Middelklassetilørigheten ville bli truet om de krysset grensen mot øst og spiste med arbeiderklassen. Derfor kom den meget spiselige maten i øst til å bli utenfor deres rekkevidde, og kostholdet forfalt.

Eksemplet viser hvilken type innsikt en kan få ved å anvende et sosialantropologisk eller sosiokulturelt perspektiv på de fenomen en får i oppgave å studere. Ved å utvide konteksten for vårt undersøkelsesområde til også å gjelde folks sosiokulturelle omgivelser og den selvforståelse de har, kan slike overraskende funn bli meningsfulle.

Samfunnsvitenskapelige undersøkelser kan enten være konstaterende, kritiske eller foreskrivende (konstruktive) analyser og beskrivelser. Sosialantropologien har tradisjonelt vært konstaterende. Konstaterende beskrivelser er et nødvendig utgangspunkt for foreskrivende analyser. Men hensikten med den sosialantropologiske tilnæringsmåten vil være å undersøke hvordan ting henger sammen, og hvorfor folk handler som de gjør. Å gjøre det umiddelbart ikke-forståtte forstått, er en av sosialantropologiens viktigste oppgaver.

«Familiar things happen and people don't bother about them. It takes an unusual mind to discover the obvious.» Mer treffende ville det være å si: «It takes an unusual method to discover the obvious.» Når antropologer studerer det hjemlige og det presumptivt velkjente, trengs det et trenet øye for å se utover det opplagte. Fagets utgangspunkt var faktiske kulturforskjeller mellom informant og observatør. Denne avstanden må vi på en eller annen måte skaffe oss når vi studerer vårt eget samfunn. Det betyr at vi ikke kan ta for gitt at vi forstår det umiddelbart observerte, men at det må fortolkes for å bli forstått.

En kort definisjon av sosialantropologi: *Sosialantropologi* er sammenlignende studier av sosiokulturelle prosesser. Fagets viktigste metode er deltakende observasjon, som består av feltarbeid innen et bestemt sosialt univers med utgangspunkt i lokalt liv.



Et antropologisk perspektiv vil innebære at en både vender blikket mot det fenomen som har med eldrebefolkningens forhold til det offentlige å gjøre, og til fenomen som ligger utenfor det offentliges ansvarsområde og kontroll – det sivile samfunn. Når en fra et antropologisk perspektiv for eksempel skal studere hvordan ulike hjelpeordninger overfor eldre fungerer, vil en vektlegge studiet av interaksjonen mellom hjelper og hjelpetrequende. En vil undersøke hvorledes ulike oppgaver kodifiseres og forstås av de ulike samhandlingspartene. Poenget vil blant annet være å avdekke hvordan de ulike partene forstår – eventuelt ikke forstår – hverandre, med utgangspunkt i en analyse av hvilke sosiokulturelle verdier og interesser den enkelte er bærer av, og hva det har å si for hvordan hjelpesystemene fungerer. Ulike hjelpeordninger kan studeres ved hjelp av et sosialantropologisk begrepsapparat, men spørsmålene vi stiller i den forbindelse er andre enn for eksempel hvor mye hjelp den enkelte trenger, etter at vi har kartlagt ADL og IADL funksjoner (IADL – instrumental activities of daily living).

Jeg vil i det følgende trekke frem noen temaer som jeg mener det er viktig å få belyst under et nytt eldreforskningsprogram, og som kan studeres ut fra et sosialantropologisk analyseperspektiv. De presenteres under tre overskrifter:

- Differensieringsmekanismer.
- Nye familieformer.
- Aldringsbilder.

### **Differensieringsmekanismer**

Antropologene har lenge sett på kjønn og alder som viktige sosiale differensieringsprinsipper. Ulike roller har blitt tilskrevet mann og kvinne, og ulike roller har blitt tilskrevet ulike aldersgrupper. Et stort spørsmål som bør belyses innenfor et aldersforskningsprogram er på hvilken måte alder fungerer som et differensierende prinsipp i Norge i dag? Er alder blitt et viktigere eller mindre viktig prinsipp for tildeling av ulike roller? En indikasjon på dette kan være at alder nå nesten alltid står i parentes etter navn når folk presenteres eller uttaler seg i avisen. Alder er etter hvert blitt like viktig (om ikke viktigere) enn etternavn. Alder og alderskategorisering er et viktig studium i og for seg, men vel så viktig er studiet av differensieringsmekanismer innenfor eldrebefolkningen. Dette bør være et tema innenfor et gerontologisk forskningsprogram.

Samfunnet vil bli preget av *større heterogenitet*, også innenfor eldrebefolkningen. Det er viktig å få beskrevet mangfoldet, og å forstå og gripe fatt i de underliggende strukturer som produserer dette mangfoldet. Mangfoldet gjør at de kulturelt dominerende forestillinger vi har hatt om eldre er endret. Eldrebildene vi har er blitt uklare. Uklarheten og mangfoldet kan ekspliseres på flere måter:

### **Ulike livsstiler**

For det første vil eldre bli mer forskjellig på grunn av personlige valg. De velger ulike livsstiler. Tidligere het det at en Mattheuseffekt gjorde seg gjeldende i eldrebefolkningen: Den som har meget, skal få meget. Men i en viss fase av vår historie – under velferdsstatens glansperiode – kunne vi spore en tendens til at de eldre på slutten av sitt livsløp var mer lik hverandre, særlig langs sosio-økonomiske dimensjoner, enn det de var i begynnelsen av sitt livsløp. Denne tendensen vil neppe fortsette, for når det gjelder livsstil, vil de eldre divergere og velge forskjellig. Særlig gjelder det «søttisene», for å låne et uttrykk av Ivar Frønes.

De eldre har og vil etter hvert få større muligheter til å foreta personlige valg. En av valgbetingelsenes forutsetninger er god økonomi. Vi vet at pensjonistene som gruppe har hatt

en gunstige inntektsutvikling over de siste to tiår. Vi vet også at ni av ti eldre vurderer sin helse som god. Både god økonomi og god helse gir mulighet for et aktivt liv og valg av ulike aktivitetsområder. Et felt som blinker seg ut som et interesseområde for antropologer vil være å studere lokale nedslag av ulike livsstilsvalg. Det er flere slike livsstiler med tilhørende aktivitetsområder som ville kunne være interessante å studere. Eldre på tur er et eksempel – tur med danskebåten eller skiforeningens turer i skog og mark for eldre. Hva slags kulturelt fellesskap dannes på disse turene? Er det fellesskap som virker utover den konkrete «tursettingen»? Er det sosiokulturell heterogenitet eller homogenitet som preger deltakerne på turene? Dette er bare noen av de spørsmål som lar seg stille i forbindelse med studie av «turer». En annen «tur» av lengre varighet er studie av eldre som bosetter seg i Syden «for helsens skyld», som det heter i en nylig utkommet rapport. Studier av slike eldrebosettinger vil kunne ta form av en klassisk antropologisk lokalsamfunnsstudie med en kartlegging av nettverk, slektskap, økonomi osv.

En analytisk dimensjon en hele tiden må ha med når en studerer det jeg kaller *horisontal differensiering*, er betydning av kjønn. *Kvinnens og menns alderdom* ser ulik ut.

Alderdommen er ikke kjønnsløs. For å si det med kvinneforskerne, er den kjønnnet. Studier viser at eldre kvinner og eldre menn lever forskjellige liv, både som gifte og som ikke-gifte.

De kjønnsespesifikke ulikhetene som viser seg i alderdommen er et resultat av forskjellige livsløpserfaringer, og er også et resultat av personlige valg. Vi kan spørre om kvinner og menn velger ulike livsstiler som eldre, eller gjør utjevning med hensyn til utdanning og økonomi at fremtidens eldre kvinner og menn blir mer like? Den sosio-økonomiske utjevningen vil kunne dekke over mer subtile forskjeller som kan være lette å overse, men som kan ha stor betydning for livskvalitet. Kjønn må også studeres utover det å peke på fordelingsulikheter.

### **Større aldersspenn**

For det andre vil folk bli mer forskjellige fordi aldersspennet i befolkningen blir større. De er bærere av ulike historiske erfaringer. Det blir flere eldre av to grunner. Det er velkjent at flere lever stadig lenger. Mindre påaktet er det at i enkelte sammenhenger kryper grensen for hvem som er eldre stadig nedover. Paradoksalt nok er de eldre yngre enn de var tidligere. AFP-ordningen gjør at mange går av med pensjon tidligere enn de kunne gjøre før. Det er en måte å bli gammel på. I den forstand blir de klassifisert som eldre. I arbeidslivet er det en markant tendens til at en blir klassifisert som eldre arbeidstaker når en er midt i livet. I prosjektet WORKTOW – Working Life Changes and Training of Older Workers – er eldre definert som arbeidstakere over 45 år.

Eldrebefolkningen har en aldersspredning på 30-40 år. Livsfasen «gammel» er ikke lenger bare en livsfase. Jo større aldersspennet blir innenfor eldrebefolkningen, desto flere livsformer og livsfaser vil den komme til å inneholde. Det vil bety et nytt kulturelt mangfold innenfor den etnisk norske eldrebefolkningen. Gjennom studier av livsløpet til ulike aldersgrupper av eldre vil en kunne vise hvordan ulike historiske erfaringer, som både er klasse- og kjønnsespesifikke, skaper ulike liv som eldre. Det kan vi kalle en *vertikal differensiering* innen eldrebefolkningen.

### **Flerkulturelt samfunn**

For det tredje vil samfunnet bli flerkulturelt også i de eldste aldersgrupper. Innvandrere og flyktninger vil komme til å bli gamle her. Et interessant felt vil være en komparativ undersøkelse av eldre i «diaspora». Hva er forskjellene – og er det noen likheter – i den tilpasningen eldre nordmenn har for eksempel i Spania og den eldre pakistanere har i Norge?

Hva ligger under slike overskrifter som «I Spania for helsens skyld» og «I Norge for økonomiens og slektens skyld».

En studie av eldre nordmenn i utlandet kan gi en bedre forståelse av for eksempel eldre pakistanere i Norge. De har fremmedheten og alderen felles, men ellers er meget ulikt. Hva betyr fremmedhet i forhold til storsamfunnet i de ulike kontekster? Kommer nordmenn til Spania som en overklasse (i økonomiske termer) og som representanter for en majoritetskultur, eller utgjør de en minoritet med minoritetens kjennetegn og problemer? Hvordan tilpasser eldre innvandrere seg den norske majoritetskulturen? Er eldre innvandrere bærere av et dobbelt stigma ved at de både er gamle og fremmede? Er det slik at eldre nordmenn reiser bort for å bli ivaretatt av fremmede, mens eldre innvandrere blir i Norge for å bli ivaretatt av sine egne? Dette er et av de mange spørsmål vi kan stille gjennom en sammenligning av fremmedhetens ulike fremtoninger.

### **Nye familieformer**

Slektskap er et annet av sosialantropologiens kjernetema, fordi slektskapssystemet i svært mange sammenhenger har vært ensbetydende med måten samfunnet er organisert på. Dette er ikke tilfelle i vårt samfunn, men slektskap og familie har vært et sentralt tema i sosialgerontologisk forskning, og særlig med hensyn til hva slags hjelpesystemer familien og slekten representerer.

Nå er familierelasjoner og samlivsmønstre i ferd med å endres. Ekteskap og samboerforhold (både heterofilt og homofilt samliv) utgjør ulike måter å organisere hushold på. Familier oppløses, og stadig flere unge lever enslig lenger. Skilsmisser, oppbrudd og nye relasjoner skaper radikale endringer også i forholdet mellom generasjoner. Flere har sagt at moderne foreldre får færre og færre barn. Til gjengjeld får moderne barn flere og flere foreldre – og enda flere besteforeldre. Om dette er sant, er det et utsagn som har store implikasjoner for det familiære hjelpesystemet. Satt på spissen kan det bli slik at det bare er ett barn eller svigerbarn som må organisere hjelp til sine foreldre, sine tidligere svigerforeldre og sine nåværende svigerforeldre.

Kan vi knytte fremveksten av den moderne familien sammen med det forhold at en del eldre velger å bli såkalt *utenlandseldre*? Hva betyr det for kontinuitet og stabilitet i familien at flere og flere eldre ønsker å bosette seg i utlandet? Et annet spørsmål er i hvilken grad de nye familieformene, måten de yngre organiserer sitt samliv på, påvirker den eldre generasjon. Hva betyr samlivsbrudd for den intergenerasjonelle kontakten? Hvordan eldre praktisk og emosjonelt håndterer fremveksten av de nye familieformene fanges verken opp av studier som angår de Eldres helse eller i studier om deres livskvalitet.

I vårt samfunn er stadig flere på reisefot. Hva har *Internett og e-post* å si for den intergenerasjonelle kontakten når mobiliteten i samfunnet øker? Det er lett å anta at Internett kan være en måte å opprettholde kontakt mellom barn og barnebarn på når barnebarna er over «lese-eventyr-perioden». Er Internett en mulig måte å vedlikeholde generasjonskontakten på? Og hvordan bruker kvinner og menn det nye mediet? Blir det slik at kvinner bruker det til å opprettholde kontakt med familien, mens det blir et leketøy for menn, eller blir en ved denne dikotomiseringen fanget av sine egne stereotyper?

Et annet forhold som er interessant å undersøke vil være *pardannelse mellom eldre*. I hvor stor grad forekommer det, og hva er pardannelsens forutsetning? Er det slik at liberalisering og utvidelse av hva som betraktes som legitime samlivsformer blant yngre mennesker også gjør det lettere for eldre mennesker å etablere seg i nye parforhold? Tidligere var reproduksjon og forsørgelse en av pardannelsens og giftermåletts hensikter. Eldre som inngår giftermål eller blir samboere blir par av andre grunner. Hva er det som gjør at eldre

mennesker slår seg sammen? Er det kameratskap, forelskelse, seksualitet, fellesskap eller redsel for ensomhet? Hvordan begrunner de eldre sitt giftermål eller samboerskap? Får kjærligheten et nytt meningsinnhold ved at den blir frikoblet fra reproduksjon (og forsørgelse?) når folk i høy alder finner sammen? Det er en demografisk ubalanse mellom eldre kvinner og menn, men er dette den eneste grunnen til at eldre folk ikke slår seg sammen? Kan det være frykt for avhengighet, frykt for ansvar eller vegring mot forandring? Bak et slikt spørsmål lurer den normative forestillingen og den menneskelige erfaringen om at det er bedre å være to enn en.

### **Aldringsbilder**

Internasjonalt har deler av den gerontologiske forskningen fått et mer humanistisk preg. Flere bøker som kom ut på 1990-tallet hadde titler som *Images of aging*, *Gerontology and the construction of old age*, *Images and aging in western societies* og *Voices and visions of aging*. De viser til en voksende interesse for alderdommen som et sosialt konstruert fenomen. Gerontologien har med denne litteraturen tatt et metaperspektiv på aldring. Denne nye trenden i sosialgerontologisk forskning viser hvordan gerontologien har benyttet seg av, men også vært med på å skape, forskjellige aldringsbilder. Denne forskningstradisjonen står svakt i Norge. Den er omtrent ikke eksisterende. Det er viktig at Norge er med i den pågående internasjonale diskusjonen. Jeg skal i denne sammenheng spesielt trekke frem det mediaskapte eldrebildet, med «medie» her brukt i en vid betydning.

Det er ikke en gang nødvendig å argumenter for mediernes påvirkningskraft. Den er der, men hva forteller mediene oss om eldre? Hvordan fremstilles de, og hvilken bruk gjøres av dem? Og er det en sammenheng mellom fremstillingene og det vi faktisk vet?

De fleste eldre er friske. Det er et faktum. Men om vi tar for oss norske bøker hvor eldre mennesker er hovedpersoner – bøker skrevet på 1980- og 1990-tallet, hvor de eldre er blitt friske og spreke – og ser hvordan de er fremstilt, vil vi finne at de tvert imot fremstår som svake og syke. De er utstyrt med den høye alderens markante kjennetegn. De fremstilles som gebrekkelige og svekkede, og det sosiale liv utspiller seg i begravelser. Den avvikende eldre – den gamle og syke eldre – blir i de litterære fremstillinger den normaliserte eldre.

Det er viktig å studere disse dramatiserte og dramatiserende bildene og fremstillingene av alderdommen, for i disse fremstillingene og bildene ligger det *implisitte teorier om eldre og aldring*. Det er viktig å avdekke disse implisitte teoriene, for de har makt ved at de er med på å forme våre forestillinger og oppfatninger om alder og alderdom. Det blir et handlingspremiss som kan ha konsekvenser både for vår politikk og på det individuelle plan, ved at det kan være med på å påvirke de yngres forståelse av hva det vil si å være gammel, og det kan ha konsekvenser for de eldres selvoppfatning.

Ved å anvende et *diskursanalytisk perspektiv* på mediernes omtale av eldre kan vi stille spørsmålet: Hvordan konstitueres kategorien gammel innenfor dette feltet? Hva inkluderes og hva ekskluderes når det objektet vi snakker om formes? Eksklusjon og inklusjon av ulike begreper for å konstituere kategorien gammel og underkategorier av gammel, vil reflektere vår forståelse av det det vil si å være gammel. Det får dermed betydning for vår måte å forholde oss til fenomenet på. Underkategorien «gammel og frisk» har et annet betydningsinnhold enn underkategorien «ung og frisk». Frisk negerer vår forståelse av det å være gammel, mens frisk bare bekrefter vår forståelse av det å være ung. Det er to ulike handle- og væremåter som forventes av aktører som tillegges de samme egenskaper. Vi bruker ulike tolkningsskjemaer når vi skal forstå hva det vil si å være frisk som gammel og som ung. Det er også enkelte sammenstillinger som virker så paradoksale at de forekommer

som umulige. Mulige og umulige begrepskombinasjoner innringer og skaper ulike alderskategorier og påvirker våre forestillinger om det å være gammel.

Uten en systematisk innsamlet kunnskap om den medieskapte alderdommen, som vil kunne innebære en analyse av reklame, film, litteratur og TV, kan den komme til å leve sitt eget liv og bidra til å forsterke negative stereotypier om alderdommen som er frikoblet fra den virkelighet de fleste eldre tross alt erfarer. Det blir òg viktig å etablere motteorier til det medieskapte bildet, som etablerer andre handlingspremisses.

Mediene griper inn på alle våre virksomhetsområder. De er en del av vår sosiokulturelle hverdag. Det skulle være unødvendig å si at dette feltet må innlemmes og få plass innenfor et eventuelt nytt forskningsprogram i gerontologi. Det er noen som har hevdet at 1970-årene var preget av klassekamp, og 1980-årene preget av kjønnskamp. Vi må passe på at de neste årene ikke blir preget av generasjonskamp. Vi må ta mediene på alvor og se hva de gjør med de gamle og med forholdet mellom generasjonene.

## **Prioriteringer**

### **Hva?**

Sosialantropologien har en styrke i det at den viser at gerontologi og aldersforskning også er noe annet enn studier av skrøpelige 80-åringer. Ut fra et antropologisk perspektiv peker ulike interessefelt seg ut:

- (1) Det vil være interessant å studere differensieringsprosesser innenfor eldrebefolkningen både langs en vertikal og horisontal dimensjon. Videre vil det være interessant å undersøke differensieringens ulike lokale nedslag og aktivitetsfelt.
- (2) Et annet tema som peker seg ut er studier av nye familieformer og de konsekvensene det har for forholdet mellom generasjonene. Hva har ny teknologi å si for kontakten mellom generasjoner i et samfunn med stor mobilitet?
- (3) Et prioritert felt vil være studier av mediens (i vid forstand) billedkonstruksjon av eldre.
- (4) Sist men ikke minst vil undersøkelser av hvordan kjønn konstituerer alderdommen være et viktig og gjennomgående tema.

### **Hvorfor?**

Store samfunnsendringer som nye samlivsformer og økt mobilitet i befolkningen er en del av en moderniseringsprosess som antakelig vil ha store konsekvenser for eldre. Det er viktig å gripe fatt i problemene, men også de mulighetene som skapes for eldre gjennom disse omveltningene. Mediens behandling av eldre vil ha betydning for hvordan vi tenker om dem, men vil også ha betydning for deres selvoppfatning. De temaer som her er gitt prioritet, og som det er vesentlig å ta fatt i, er alle temaer som har med betydelige samfunnsendringer å gjøre. Det vil ha betydning for de eldres forhold til og interaksjon med andre aldersgrupper og deres plass i samfunnsstrukturen.

### **Hvordan?**

Hvordan er både et spørsmål om metode og et spørsmål om organisering.

*Metode:* Som nevnt i introduksjonene baserer sosialantropologien seg tradisjonelt på deltakende observasjon i små lokalsamfunn, men ettersom det moderne samfunn i stor grad er preget av såkalte ikke-lokale eller flyktige nettverk, må vår tilnæringsmåte tilpasses studieobjektet og de endrede betingelsene folk lever under. Fremgangsmåten må være eklektisk og tilpasset spørsmålet. Det vil kunne dreie seg om alt fra tekstanalyse til deltakende

observasjon i Spania eller på Danskebåten, og til eksplorative intervjuer med et strategisk utvalg av familiemedlemmer i ulike generasjoner.

Antropologer besitter en kvalitativ forskningskompetanse som er viktig å ivareta innenfor det gerontologiske og det sosialgerontologiske miljøet.

*Organisering:* Det finnes sosialantropologisk kompetanse ved alle universitetene og innenfor de fleste forskningsinstitusjonene i Norge. Enkelte av disse forskerne har òg arbeidet med sosialgerontologiske problemstillinger. Men sosialantropologien har ingen institusjonell eller formell tilknytning til et sosialgerontologisk miljø. Tilknytningene er tilfeldige og springer ut av den enkelte forskers interesse for feltet. En kunne tenke seg at antropologer kunne knyttes til miljøer gjennom prosjekter hvor kvalitativ forskningskompetanse var særlig påkrevet. Ellers kunne antropologer inngå samarbeid, ut fra den institusjonen de var tilknyttet, med personer som arbeidet med samme problemstillinger innenfor gerontologien, men hvor en hadde et ønske om å belyse et fenomen fra ulike sider. Både nettverkssamarbeid og institusjonell forankring er mulige og ønskelige arbeidsformer.



## Aldersforskning: Sosiologiske perspektiver

### Gunhild O. Hagestad

#### Sosiologiske perspektiver på alder

Sosiologer er interesserte i sosiale grupper, fra dyader til det globale samfunnet. De vil belyse faktorer som strukturerer sosialt liv, både de som skaper samhold, kontinuitet og solidaritet, og de som skaper ulikhet, konflikt og diskontinuitet. Sosiologiske kjernebegreper er sosial institusjon, status, roller, verdier og normer. Individuer betraktes som sosiale vesener og selvet knyttes til roller og sosial samhandling.

Siden sosiologiens barndom har alder vært sett på som et sentralt aspekt ved sosial struktur og ved individets integrasjon i samfunnet. Comte reflekterte over hvorvidt framskritt hadde sammenheng med generasjonsendringer og stigende levealder. Marx og Engels drøftet industrialiseringens konsekvenser for alder og kjønn. Durkheim rettet søkelyset mot alder og sosial integrasjon.

På 1940-tallet kom Linton og Parsons med sentrale artikler om alder og kjønn som fundamentale aspekter ved sosial struktur, og i 1950 diskuterte Davis og Combs det aldrende samfunn som et helt nytt grunnlag for sosialt liv, en gedigen utfordring til sosiologien.

I gerontologiens tidligste fase var det også mye oppmerksomhet rettet mot samfunnsmessige aspekter ved aldring. Da den første Handbook of Social Gerontology kom ut i 1960, valgte redaktøren Tibbitts å sette «Societal Aspects of Aging» som undertittel for å klart skille den fra et annet bind med tittelen «Handbook of Aging and the Individual: Psychological and Biological Aspects».

I de 40 årene siden disse bøkene kom ut har vi sett en økende fokusering på *individet* innen aldersforskning, med samfunnet som kontekstuell eller «uavhengig variabel». I tillegg har vi hatt to andre tendenser: en stadig sterkere vektlegging av psykososiale aspekter ved individet, dvs. primærgrupper og nærmiljø. For det andre har det vært en økende konsentrasjon om studier av problemer, det Tornstam kaller et «elendighetsperspektiv». Tendensen til det jeg har kalt «mikrofisering» og fokusering på problemfylt aldring har trolig flere årsaker. Én er senmodernitetens generelle individualiserings-tendens; en annen er det flere forfattere har kalt «alderens medikalisering». Videre har forskningsmidler i økende grad vært knyttet til studier av problemfylt alderdom, sykdom og omsorgsbehov.

Etter min mening er det nå på høy tid å gjenoppdage alder som sosialt fenomen, og belyse det på et bredt spektrum av analysenivå – fra individ til nærmiljø, til storsamfunn og det Castles kaller «nasjonsfamilier».

#### Alder: Tre Betydninger

Fra et sosiologisk perspektiv dekker ordet alder tre begreper:

- livsfase, i vårt samfunn ofte uttrykt gjennom kronologisk alder,
- aldersgruppe, dvs. grupperinger av individer som er i samme livsfase, og
- kohort eller historisk generasjon.



## Livsfaser

Livsløpet konstrueres gjennom kultur og sosial struktur. Kulturen gir sosial mening til modnings- og aldringsprosesser, og sosiale institusjoner gir oss roller, plikter, rettigheter og ressurser knyttet til alderskriterier. *Overganger* markerer punkter der vi går inn i nye aldersrelaterte roller. For noen av overgangene finnes det overgangsriter. Livsløpsforskere beskriver forløp (trajectories) ved hjelp av begrepene *aldersplassering* (timing) og *rekkefølge* (sequencing) for overganger og *varighet* (duration) av tilstander mellom overganger. Innen livsløpsperspektivet blir det også poengtert at vi må vurdere mer enn individuelle forløp, fordi vi ofte finner *sammenvevde liv*. I familien og andre primærgrupper er det komplekse mønstre av gjensidig avhengighet mellom livsbaner. Ekelte familieoverganger er sogar *kontrapunktoverganger*, dvs. rolleforandringer som er et resultat av andres overganger. Et eksempel er det å bli besteforeldre.

Helt siden de klassiske artiklene av Linton og Parsons har det blitt pekt på at alder og kjønn ofte opererer som «tvillingstater» og at vi må tenke *hans og hennes* livsløp. Innen sosialpolitikk og lovgivning er skiller mellom kjønnene ofte implisitte, noe som har vært sterkt framme i en internasjonal debatt om «gendered citizenship». For eksempel har det blitt pekt på at regler i de fleste pensjonssystemer er basert på mannens livsløp. Innen uformelle kulturelle aldersnormer og definisjoner finner vi mange eksempler på at alder gis ulik mening for menn og kvinner. Susan Sontag har argumentert for at vår kultur har en alderens dobbelstandard, der «tidens tann» har markant flere negative sosiale konsekvenser for kvinner. Det er et interessant paradoks at når det er ulik pensjonsalder for de to kjønnene, er den lavere for kvinner, til tross for at deres forventede levealder er betydelig høyere.

Som medlem av et samfunn utvikler vi et «kognitivt kart» over livsløpet, det flere forfattere har kalt *det normale, forventede liv*. Når overganger kommer som forventet, er de mindre krevende enn hvis de kommer uventet, spesielt når de kommer for tidlig. Et godt eksempel vil være tap av ektefelle og overgangen til rollen som enke.

Samfunnets struktureringen av biografisk tid kan føre til kontinuitet såvel som diskontinuitet for individet. Antropologen Benedict skrev tidlig i det 20. århundre om hvordan vestlige samfunn skapte diskontinuitet i overgangen fra ungdom til voksen. Hun la spesielt vekt på en plutselig og dramatisk endring i ansvar og plikter. Seksti år senere argumenterte sosiologen Riley at den nye alderdommen representerer diskontinuitet, fordi livets siste tiår har uklare definisjoner av plikter og rettigheter. Hun mener at vi i aldrende samfunn finner det hun kaller et *strukturelt etterslep*. Livslengden har økt markant, men samfunnet har ikke funnet måter å bruke de nye årene på. Vi har, som hun sier, «added years to life, but not life to years». Forfattere som er interessert i sosialisering peker på en annen form for diskontinuitet. Ikke bare befinner eldre seg i en uklar, ustrukturert livsfase, de blir også innhentet av sosial endring. Samfunnet vi blir åtti i er svært forskjellig fra det samfunnet vi ble åtte i. Etter hvert som vi blir eldre, blir vi «innvandrere i tid», sier antropologen Mead. Livslang læring er en nødvendighet for å forbli «innfødte», og mesteparten av denne læringen vil komme fra yngre mennesker. I mange norske familier finner vi besteforeldre som får hjelp med datamaskiner og internett fra barnebarn. Vi nærmer oss nå temaet aldersgrupper.

## Aldersgrupper

Individer i samme livsfase kan også defineres som en aldersgruppe. Jevnaldrende opplever i ulik grad en felles identitet og tilhørighet. Den numeriske balansen mellom barn, voksne og gamle har blitt dramatisk endret i løpet av det siste århundret. Norge var blant de første land som fikk omtrent lik andel barn under 16 og eldre over 60. Samtidig har vi fått en stadig økende *alderssegregering*. Slik segregering har tre aspekter: rom, sosiale institusjoner og segmentering av biografisk tid.

Boligmønstre skaper ofte aldershomogenitet, og en økende andel eldre ender sine liv i helt alderssegregerte enheter. Både historikere og sosiologer har pekt på at aldersspesifikke rom går langt utover boligmønstre. Et moderne, differensiert bysamfunn er et samfunn av «sosiale øyer», for å bruke en metafor fra den franske historikeren Ariès. Mange av øyene er aldershomogene, f.eks. arbeidsplasser, skoler og arenaer for fritidsaktiviteter. Barn, voksne og gamle tilbringer mye av sin tid i «separate sfærer», der de bare omgås jevnaldrende. Slike mønstre gjenspeiler en tredeling av livsløpet, sier den tyske sosiologen Kohli. Vi går gjennom en rekkefølge av segmenterte roller og aktiviteter, først i utdanning, så i arbeid og familiedannelse, til slutt i pensjonistrollen. Mens mellomfasen preges av tidspress og tidsklemmer, er den siste for ofte uten tidsstruktur, sier Riley.

Segregering gjenspeiles også i den sosialpolitiske organisering av alder. For eksempel sorterer barn og eldre under forskjellige departement og kommunale kontorer. Flere forfattere advarer mot alderssegregeringens konsekvenser. Sosiologen Coleman så den som en stor risikofaktor for barn og unge, som vokser opp adskilte fra de voksnes dagligliv. Andre minner oss om at «ismer» – fordommer – florerer når grupper har manglende anledning til å lære hverandre å kjenne. Både Coleman og Riley konkluderer med at alle ville tjene på en livsløpsorganisering der familie, arbeid og læring var sentrale i alle livsfaser og for alle aldersgrupper.

### **Historiske generasjoner**

Vårt fødselsår forteller ikke bare hvor mange år vi har levd, men plasserer oss også i historisk tid. Livsbanen vår preges av det historiske landskap som omgir den, med sine hendelser og endringer av kulturell, økonomisk, teknologisk eller politisk art. Dette betyr at vi må ta i betraktning samspillet mellom biografisk tid og historisk tid og være forsiktige med å trekke slutninger om aldringsmønstre på grunnlag av tverrsnittsdata. Vi kan på ingen måte gå ut fra at dagens femtiåringer blir som dagens åttiåringer om tretti år. I noen tilfeller skaper historiske endringer *vannskiller* i kohortmønstre. En rekke forfattere hevder at fødselskull fra etterkrigsperioden, spesielt kvinnekull født etter 1950, har hatt markant nye livsløpsmønstre. Innen demografi snakkes det om «den andre demografiske overgangen». Kvinner som ble voksne på slutten av 60-tallet og begynnelsen av 70-tallet har hatt svært lav fertilitet, sterkt økende yrkesdeltakelse og høyere skilsmissefrekvens enn tidligere kohorter. Det blir argumentert at disse kullene representerer en kombinasjon av verdiendringer i retning av økende individualisme og konsekvensene av teknologiske nyvinninger, spesielt en moderne prevensjonsteknologi som gir kontroll over egen fertilitet.

### **Familien som møteplass**

Familier danner sine egne kombinasjoner av livsfaser, aldersgrupper og historiske forankringer. Siden generasjonsstrukturer gjenspeiler komplekse mønstre av aldersplassering og varighet, finner vi her en enorm variasjonsbredde. Vi må være svært forsiktige med å anta sammenhenger mellom kronologisk alder, historisk generasjon og familiegenerasjon. Én førtiåring kan være nybakt mor i en togenerasjonsstruktur; en annen kan være bestemor med egen bestemor i live i en familie med fem generasjonsledd. Familieforskning ville vært mye enklere hvis individer marsjerte inn i familiegenerasjon i alders- og kohortgeledd, men slik er det ikke. Hvordan vi trekker utvalg er avhengig av problemstillinger, men det er viktig at vi klargjør hvem vi vil bruke som «ankerpersoner», og at vi kan grunnngi valget ut fra interesse for livsløp, historiens gang eller slektens gang.

I et senmoderne samfunn, som ofte er preget av aldersegregering, er familien den sentrale aldersintegreerte institusjonen. Gjennom generasjonsbånd i familien møtes individer i ulike livsfaser og aldersgrupper, med forskjellig historisk erfaring. I familien gis historien mening

gjennom personlig opplevelse og felles fortolkninger. Langvarige slektsbånd gir mulighet for å gjenoppleve faser vi selv har lagt bak oss, samt observere andre i faser som fremdeles ligger foran oss.

Nye mortalitets- og fertilitetsmønstre har skapt dramatiske endringer i familiers alders- og generasjonsstruktur. Som i samfunnet forøvrig har balansen mellom unge og eldre endret seg, fra *bunntyngde* til *topptyngde*. Samtidig har vi fått en *vertikaliserings*, der individer samhandler i flere relasjoner på tvers av generasjonslinjer, men har færre bånd innen egen generasjon. Det er generell enighet blant familieforskere om at vertikaliserings i økende grad setter foreldre-barn relasjonen i sentrum. Vertikaliserings representerer øket kompleksitet, fordi vi forholder oss i flere roller og relasjoner samtidig og møter et bredere spektrum av livsfaser og historisk erfaring.

Voksendelen av livsløpet har nå flere tiår der de fleste er i «Janus-generasjoner», dvs. posisjoner der de forholder seg til andre både oppover og nedover i generasjonslinjene. En fersk studie fra England fant for eksempel at mellom 70 og 80 prosent av individer i alderen 30 til 50 hadde både barn og foreldre. I min egen studie av norske førstefødte fra 1946-kohorten fant jeg at da disse var i begynnelsen av førtiårene, var over 80 prosent i en Janusposisjon. Blant kvinner er det ikke uvanlig å ha noen år der de samtidig er bestemødre og barnebarn. Sjansene for at en familie har en flergenerasjonsstruktur og mulige «generasjonsklemmer» reflekterer selvsagt både livslengde og aldersplassering av fødsler. Generelt sett har det nok vært fokusert for mye på middelgenerasjoner i klemmer mellom barn og foreldre. Det vanligste generasjonsmønsteret er at innen gamle foreldre får alvorlige helseproblemer, har barna blitt voksne. I Romørens undersøkelse av de eldste gamle i Larvik var eldste barnebarn godt over 30 da den gamle døde. Den samme undersøkelsen viste et fenomen som har vært diskutert av forskere i flere land: en god del kvinner har ektefeller med sviktende helse i den perioden foreldre trenger ekstra hjelp og pleie.

Det er gode grunner til å tenke «bunter» av liv i flere generasjoner hvis vi er interessert i ressurser og behov. De nye generasjonsstrukturene betyr også at vi må se på relasjoner som sammenknyttede lenker. En god del av hjelp fra besteforeldre til barnebarn gis i form av støtte til mellomgenerasjonen – foreldrene. Hjelp til pleietrengende foreldre er ofte avhengig av støtte fra voksne barn. Vi må gjøre det til rutine at vi inkluderer generasjonsstruktur som en sentral bakgrunnsvariabel, selv om vi er interessert i individuell aldring eller en spesiell familierelasjon. Vi må stadig være på vakt mot å fokusere forskning på en isolert relasjon som «klippes ut» av en tett livsvev.

## **Spørsmål som ikke har vært stilt eller som står ubesvart**

### **Livsfaser**

Det er gjort svært lite norsk forskning på alderens kulturelle konstruksjon – de bilder og vurderinger som er med på å lage «livsløpskartet». Mens Norge har vært et pionerland i studiet av barndommens konstruksjon, vet vi svært lite om den norske alderdommen og middelalder. Her kunne et bredt spektrum av metoder brukes, f.eks. innholdsanalyse av mediebilder, aldersrelatert humor og alderens språk. Vi vet også svært lite om subjektiv opplevelse av livets faser, både mens de gjennomleves, og hvordan de sees i forkant og i etterkant. For eksempel, hvor mye tenker voksne mennesker på sin egen framtidige alderdom? Hvor mye bevisst planlegging finner sted? Hvor ofte opplever folk diskontinuitet mellom livsfaser? Hva består i såfall diskontinuiteten i? Er det forskjeller mellom menns og kvinners aldersopplevelser?

Finner vi skarpe kohortkontraster i syn på alderdom? Er det slik at etterkrigskullene som har nydt godt av utdanningsrevolusjon og moderne familieplanlegging forholder seg mer

proaktivt til alderdommen? Finner vi her større kohortkontraster blant kvinner enn blant menn?

Hvilke forskjeller i livsløp finner vi mellom de som har holdt seg nær «normalbiografien» og de som har gått sine egne veier, slik som de barnløse, de som gikk gjennom skilsmisser da det var statistisk sjeldent, eller homofile?

Påvirker lokalsamfunn og familiestruktur syn på alder? Betyr alderssammensetning i disse kontekstene noe for hvordan folk forholder seg til egen og andres alder?

Hvor ofte finner vi at sammenvevde liv påvirker livsmønstre, valg og aldersoppfatninger i godt voksen alder? Teller hensyn til barn og foreldre i avgjørelser om bosted og pensjonsalder? Hvordan koordinerer ektefeller pensjonsavgjørelser?

Sist, men ikke minst, hva slags bilder av alderdommen er vår egen forskning basert på? Gjør jakten på forskningmidler at vi reproducerer konstruksjoner vi egentlig ikke kan leve med?

### **Aldersgrupper**

Relasjoner mellom aldersgrupper er upløyd mark i norsk forskning. Hvor vanlige er aldersstereotyper? Hvilke sosiale forhold får dem til å blomstre eller svekkes? Hva betyr aldersstruktur for samhandlingsmønstre i lokalsamfunn? Hvor vanlige er alderssegregerte boligområder? Finner vi eksempler på aldersintegrerte samlingsplasser? Har de konsekvenser for samhandlingsmønstre, sosialisering og folks syn på alder og aldring? Hvor ofte finner vi vennskap mellom mennesker med stor aldersforskjell? Hvordan kommer de i stand? Hvor mye læring skjer på tvers av alders- og kohortgrupper? Hvilke sosiale forhold legger til rette for slik læring?

Hvordan preges sosiale organisasjoner, slik som arbeidsplasser, skoler og frivillige organisasjoner, av ulik alderssammensetning?

### **Familier**

Demografen Ryder, som skrev en klassisk artikkel om kohortkontraster, siterer et arabisk ordtak: En mann er mer lik sin tid enn sin far. Vi kan stille forskningsspørsmål basert på ordtaket. Hvordan preges vi av vår kohortforankring, og hvor slår familien igjennom? Når blir kohortkontraster til generasjonskløfter i familien? Er det slik at en individualiseringstendens i yngre kohorter gjør generasjonsforhandlinger om hjelp og støtte vanskelig? Eller betyr relasjonshistorier og felles opplevelser mer for samhold og hjelp, slik f.eks. Finch har argumentert for?

Skaper skilsmisse og samboerskap «svake tråder» i generasjonsveven? Finner vi her forskjeller mellom menn og kvinner m.h.t. konsekvenser av samlivsbrudd og nye familieformer?

Hvordan påvirker generasjonsstruktur samhandling og overføringer i familier? Har «alderstette» familier sterkere samhold enn enheter med stort alders- og kohortspenn? Finner vi forskjeller mellom topptunge og bunntunge strukturer? Opplevs besteforeldrerollen annerledes hvis familien også har oldeforeldre?

Er det sammenheng mellom generasjonsstruktur og subjektiv opplevelse av middelalder og alderdom? For eksempel, føler individer som tidlig kom inn i «øverste ledd», uten foreldre i live, seg eldre enn sine jevnaldrende? Opplever de større usikkerhet og sårbarhet? Er tap av foreldre vanskeligere for individer som er barnløse eller uten barnebarn?

### **Framtidig forskning**

Ovenfor har jeg kommet med en lang handleliste over forskningsspørsmål. De fleste av dem fokuserer på betydning av livsfase/aldersgruppe/kohort i ulike sosiale sammenhenger, fra mikro- til makronivå. Mange av dem kan bare besvares med longitudinelle data, der vi etter hvert «fyller på» med nye kohorter som så følges over tid (et såkalt kohort-sekvens design).

Vi har nå for første gang en mulighet til å gripe tak i mange av problemstillingene som her er kort skissert og knyttet til alderens tre fasetter i norsk kontekst. Den såkalte LAG-studien (livsløp, aldring og generasjon), som nå er i startfasen, vil ta utgangspunkt i ulike lokalmiljø, med varierende aldersstruktur, bosettingsmønstre og ressursbilder. Den omfatter et utvalg som spenner fra tidlig middelalder til sen alderdom og representerer tradisjonelle og senmoderne kohorter. Kan de følges longitudinelt som planlagt, vil vi ha tatt et stort skritt i retning av ny forståelse av alder i Norge.

## Vedlegg 2: Idédugnad

### Invitasjon til idédugnad

Oslo 24.2.2000

*Idédugnad om norsk aldersforskning på NOVA, 14. mars, kl. 10-15*

En tverrfaglig gruppe har fått i oppdrag fra Norges forskningsråd og Sosial- og helsedepartementet å utrede en «... kunnskapsstatus om aldersforskningen i Norge, med sikte på forslag om hvordan forskningen bør styrkes og utvikles framover, primært knyttet til psykologi, medisin og sosiologi.» Prosjektet skal avrundes med en avrapportering innen utgangen av oktober i år.

*Arbeidsgruppa* består av førsteamanuensis Inger Hilde Nordhus, Det psykologiske fakultet, Universitetet i Bergen, professor i geriatri Olav Sletvold, NTNU og forskerne Tor Inge Romøren og Svein Olav Daatland, begge NOVA. Sistnevnte er koordinator. Arbeidsutvalget tar sikte på å bestille tematiske bidrag fra et bredt *fagpanel* og å få innspill fra en større referansegruppe i form av en *idédugnad*. Det er denne idédugnaden du/dere nå inviteres til med inntil to deltakere.

Tid og sted: NOVA, tirsdag 14. mars kl. 10–15. *Vennligst gi tilbakemelding om og i så fall hvem som kommer til NOVA (tel.: 22 54 12 00, faks: 22 54 12 01, eller e-post til koordinator – se brevhodet).*

Idédugnaden vil ta for seg aldersforskningens hvorfor, hva og hvordan: *Hvorfor aldersforskning? Hva bør prioriteres? Hvordan legge forholdene til rette?* Ta med idéer og synspunkter. Arbeidsutvalget er især glad for skriftlige innspill, gjerne i ettertankens lys – etter konferansen.

Det ligger i idédugnadens natur at den ikke må være for stramt redigert. På den annen side trenger kreativiteten visse rammer for å være konstruktiv. Vi satser på å ha rimelig god tid til diskusjon, men vil organisere dagen slik (det foreløpige) programmet viser.

Det er første gang siden 1975 det skal utarbeides en samlet oversikt og (forslag til) plan for norsk aldersforskning. Møt opp og bidra i prosessen. Se også vedlagte liste over inviterte, og tips oss om noen er uteglemt. Vi har litt midler for støtte til langveisfarende. Send i så fall en søknad med kort begrunnelse snarest til koordinator.

Vennlig hilsen

## Programmet

0. *Velkommen:* Svein Olav Daatland

1. *Hvorfor aldersforskning?*

- introduksjon og ordstyring: Tor Inge Romøren
- fra brukernes synsvinkel  
    Sosial- og helsedepartementet.: Christian Boe Kielland  
    Pensjonistforbundet: Peter F. Hjort
- fra forskerens synsvinkel: Knut Laake

2. *Hva bør prioriteres?*

- introduksjon og ordstyring: Olav Sletvold
- helseperspektiv: Otto Chr. Rø
- sosio-kulturelt perspektiv: Kirsten Danielsen

3. *Hvordan?*

- introduksjon og ordstyring: Svein Olav Daatland
- en norsk entrepenørhistorie: Aase-Marit Nygård
- svenske erfaringer: Svein Olav Daatland
- universiteters og høgskolers rolle: Inger Hilde Nordhus

## Deltakere

Atle Alvheim, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste  
Jan Bjørnson, Norsk geriatrisk forening  
Kari Brøndbo, Senter for aldersforskning, Universitetet i Tromsø  
Laila Brøndbo, Norske fysioterapeuters forbund  
Jennifer Harris, Folkehelse/epidemiologi  
Peter Hjort, Aldersforskningsprogrammet i Tromsø og Norsk Pensjonistforbund  
Olaug Juklestad, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Høgskolen i Oslo  
John Lundstøl, Kompetansesenter for voldsofferarbeid, Høgskolen i Oslo  
Benedichte C. Rappana Olsen, Høgskolen i Oslo, Videreutdanningen  
Nico Keilman, Sosialøkonomisk institutt/demografi, Universitetet i Oslo  
Christian Boe Kielland, Sosial- og helsedepartementet  
Karin Zetlitz, Sosial- og helsedepartementet  
Marit Kirkevold, Institutt for sykepleievitenskap, Universitetet i Oslo  
Knut Laake, Geriatrisk seksjon, Universitetet i Oslo  
Leif Lahn, Pedagogiske forskningsinstitutt, Universitetet i Oslo  
Aase-Marit Nygård, Kompetansesenteret for aldersdemens  
Sturle Næss, Senter for samfunnsforskning, Universitetet i Bergen  
Helene Roshauw, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste  
Otto Chr. Rø, Statens helsetilsyn  
Gunnar Steinsholt, Norsk kommuneforbund  
Magne Hustad, Kommunenes sentralforbund  
Kirsti Strand, Sosial- og helsedepartementet  
Scotty Stumoen, Ressurssenter for aldersdemens og alderspsykiatri, Oslo kommune  
Oddgeir Synnes, Kulturnett Hordaland  
Liv Wergeland Sørbye, Diakonhjemmets sosialhøgskole, Forskningsavdelingen (DIAFORSK)  
Else Vengnes Grue, DIAFORSK

Ragnhild Urdahl, Norske fysioterapeuters forbund  
Ragna Valen, Norges forskningsråd, Medisin og helse  
Steinar Kristiansen, Norges forskningsråd, Kultur og samfunn

#### NOVA

Ann-Helen Bay  
Eva Beverfelt  
Morten Blekesaune  
Kirsten Danielsen  
Lars Gulbrandsen  
Anne Helset  
Reidun Ingebretsen  
Åsmund Langsether  
Bjørg Moen  
Britt Slagsvold  
Bente Kristin Smedbråten  
Per Erik Solem  
Kirsten Thorsen, Norsk selskap for aldersforskning og NOVA

#### Arbeidsgruppa

Svein Olav Daatland, NOVA  
Inger Hilde Nordhus, Universitetet i Bergen  
Olav Sletvold, NTNU  
Tor Inge Romøren, NOVA





## Vedlegg 3: Survey

### Følgebrev

Oslo 24.2.2000

*Kunnskapsstatus for norsk «aldersforskning» – spørreskjema*

Kjære kollega,

En tverrfaglig gruppe har fått i oppdrag fra Norges forskningsråd og Sosial- og helsedepartementet å arbeide fram en «... kunnskapsstatus om aldersforskningen i Norge, med sikte på forslag til hvordan forskningen bør styrkes og utvikles». I den forbindelse gjennomfører vi en enkel survey om aktiviteten på området i perioden 1995-2000.

Med «aldersforskning» tenker vi på forsknings- og utviklingsarbeid (FoU-prosjekter) der eldres forhold eller aldring er et vesentlig innslag. Dermed ønsker vi å favne *bredere* enn de som selv definerer sine prosjekter som gerontologi, geriatri eller eldreforskning. Eldre eller aldring må imidlertid være «vesentlig» for prosjektene for å være aktuelle. Hva som faller innenfor eller utenfor må vi ellers overlate til svareren.

Vi ber om at dere fyller ut skjemaet så langt det lar seg gjøre. Vi understreker at det dreier seg om *en enkel registrering, ingen evaluering*. Vi har forsøkt å begrense oss. Dersom arbeidspresstet likevel gjør det vanskelig å gi oss alle opplysningene vi ber om, vil vi heller ha et delvis utfylt skjema i retur enn intet. For dem som ikke finner henvendelsen aktuell for seg, ber vi likevel om et svar i retur, med en kort angivelse av hvorfor. Husk å føre opp «kontaktperson» dersom vi skulle trenge ytterligere opplysninger.

Så gjenstår bare å takke på forhånd for bryderiet. Vi står gjerne til tjeneste med mer informasjon. Vi ber om et *sva*r i løpet av 14 dager, og *aller helst innen 15. mars*.

# Kunnskapsstatus om aldersforskning i Norge

## Spørreskjema

1. Navn på institusjon/avdeling: \_\_\_\_\_

2. Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Faks \_\_\_\_\_ e-post: \_\_\_\_\_

### PROSJEKTER

Spørsmål 3 – 12 gjelder forsknings- og utviklingsprosjekter (FoU) som kan regnes som «aldersforskning». Med dette mener vi FoU-prosjekter der eldres forhold eller aldring inngår som et vesentlig element.

3. Har dere (hatt) slike FoU-prosjekter i perioden 1995-2000?

\_\_\_ Nei (gå til spørsmål 13)

\_\_\_ Ja, nærmere bestemt: 29 (47%) av 62

Prosjektets navn	A(vsluttet) eller P(pågående)	
ca. 100 avsluttede	A	P
ca. 140 pågående	A	P
	A	P
	A	P
	A	P
	A	P
	A	P

(Ved behov, kopier og legg ved ekstra ark. Ring inn A for avsluttet og P for pågående.)

4. Har dere samarbeid med andre om gjennomføringen av (noen av) disse prosjektene?

7 Nei

22 Ja, med andre norske

9 Ja, med nordiske

10 Ja, med internasjonale (utenfor Norden)

5. Er «aldersforskning» en varig forpliktelse som er nedfelt i vedtekter eller virksomhetsplaner?

12 Nei

6 Ja, i vedtekter

17 Ja, i virksomhetsplaner

### MEDARBEIDERE

6. Omtrent hvor mange medarbeidere arbeider for tiden på de nevnte prosjekter? Oppgi også det omtrentlige antall årsverk (ring inn).

Omtrentlig antall medarbeidere:	(inntil) 1	2-3	4-5	<del>5-9</del>	10+	<u>Uts.</u>
	<u>5</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	<u>3</u>	<u>3</u>	<u>3</u>
Omtrentlig antall årsverk:	(inntil) 1	2-3	4-5	5-9	10+	
	<u>10</u>	<u>10</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>

7. Hvilke vitenskapelige basisdisipliner er representert? Kryss av de aktuelle og merk av den som dekker flest medarbeidere.

10 Medisin

9 Sykepleievitenskap

9 Psykologi

14 Sosiologi

16 Andre, dvs. \_\_\_\_\_

8. Har dere for tiden rekrutteringsstillinger (stipendiater o.l.) knyttet til «aldersforskning»?

18 Nei

11 Ja (antall) 25

9. Har noen av medarbeiderne deltatt på nordiske eller internasjonale kongresser eller konferanser i gerontologi eller geriatri i årene 1995-2000?

5 Nei

23 Ja

1 Vet ikke

## FINANSIERING

10. Hvordan er de pågående «aldersforskningsprosjektene» finansiert? Kryss av finansieringskildene, og merk av med 1 og 2 de to viktigste (viktigst i antall kroner).

18 Sosial- og helsedepartementet

9 Andre departementer, dvs. KAD (4), Andre (8)

12 Norges forskningsråd

1 KS forskning

2 Nordisk Ministerråd

3 EU

18 Andre kilder, dvs. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

11. Omtrentlige brutto utgifter til «aldersforskning» siste år (1999)?

Anslagsvis: 31.8 millioner ialt, hvorav NOVA - ca. 10 mill.

Forskningsprogram Trondheim - ca. 6 millioner.

## PUBLISERING

Ytterligere seks enheter har mellom 1 og 2 millioner de øvrige - mindre.

12. Publisering av «aldersforskning». Før opp de viktigste faglige og vitenskapelige rapporter, bøker eller artikler i perioden 1995-2000:

## PERSPEKTIVER

13. Forslag til tema og innsatsområder for norsk aldersforskning i årene framover:

14. Forslag til tiltak for å styrke og videreutvikle norsk aldersforskning:

TAKK FOR INNSATSEN!

(send gjerne med årsmelding, hjemmesideadresse m.v. som måtte ha interesse for oss)

## Utvalg

### Enheter som besvarte skjemaet

#### *Oslo, Østlandet og Sørlandet*

Universitetsseksjonen, Geriatrisk avdeling, UiO

Seksjon for gerodontologi, UiO

Institutt for sykepleievitenskap UiO

Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens

NOVA

Norges byggforskningsinstitutt (Byggforsk)

Forskningsstiftelsen Fafo

Arbeidsforskningsinstituttet (AFI)

Transportøkonomisk institutt (TØI)

Statistisk sentralbyrå, Seksjon for offentlig økonomi

Statistisk sentralbyrå, Seksjon for demografi og levekår

Diakonhjemmets forskningsavdeling (DIAFORSK)

Høgskolen i Agder, Avd. helse og idrettsfag, Arendal

Høgskolen i Lillehammer

Kompetansesenter for voldsofferarbeid, HiO

Høgskolen i Oslo, Avd. ØKS

#### *Bergen og Vestlandet*

Seksjon for geriatri, Institutt for samfunnsmedisin, UiB

Seksjon for sykepleievitenskap, Institutt for samfunnsmedisin, UiB

Institutt for klinisk psykologi, UiB

HEMIL-senteret, UiB

Institutt for sosialantropologi, UiB

Senter for samfunnsforskning (SEFOS), UiB

Stiftelsen for samfunns- og næringslivsforskning (SNF)

#### *Trondheim og nordover*

Geriatrisk seksjon NTNU

Psykologisk institutt

Samfunnsmedisinsk forskningscenter, Folkehelse i Verdal

SINTEF Unimed, Norsk institutt for sykehusforskning (NIS)

SINTEF Arkitektur og byggteknikk

Aldersforskningsprogrammet Tromsø og Senter for aldersforskning

### Enheter som svarte «uaktuelt»

Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo

Norsk senter for forskning i ledelse, organisasjon og styring (LOS), UiB

Vestlandsforskning

### Enheter som ikke svarte

#### *Oslo, Østlandet og Sørlandet*

Folkehelse, Avd. for samfunnsmedisin  
Pedagogisk forskningsinstitutt  
Psykologisk institutt  
Statistisk sentralbyrå, Helse og omsorg  
SINTEF Tele og data  
Stiftelse for helsetjenesteforskning (HELTEF)  
Institutt for samfunnsforskning  
Norsk institutt for by- og regionforskning (NIBR)  
SIFO  
Høgskolen i Agder, Kristiansand

#### *Bergen og Vestlandet*

Høgskolen i Stavanger, Avd. Norsk hotellhøgskole  
Institutt for biologisk og medisinsk psykologi  
Institutt for samfunnspsykologi, UiB  
Institutt for praktisk pedagogikk, UiB  
Program for læringsforskning, UiB  
Historisk institutt  
Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap, UiB  
Sosiologisk institutt, UiB  
Senter for helse- og sosialpolitiske studier, UiB  
Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)  
Avdeling for helse- og sosialfag, Høgskolen i Bergen  
Kulturnett Hordaland  
UNIFOB

#### *Trondheim og nordover*

Avdeling helsefag, Psykologisk institutt  
Høgskolen i Sør-Trøndelag  
Institutt for klinisk medisin, Avdeling sykepleie og helsefag  
Nordlandsforskning



## Referanser

### Publikasjoner og utredninger fra de tidlige årene (kronologisk)

De gamles helsekomité. (1955). *Vår aldrende befolkning*. Oslo: Norske gerontologiske skrifter nr. 1.

*Innstilling fra komitéen til utredning av boligspørsmålet og andre spørsmål vedrørende omsorgen for de gamle*. Oslo: Sosialdepartementet 1955. (Strøm-komitéen).

Martinsen, A. (1956). *Gamle- og pleiehjem i Norge*. Oslo: Norsk selskap for aldersforskning, Norske gerontologiske skrifter nr. 2.

Strøm, A. (1956). *De eldres levekår og helsetilstand*. Oslo: Norsk selskap for aldersforskning, Norske gerontologiske skrifter nr. 2.

Strøm, A. (1961). *De eldre og arbeidet*. Oslo: Norsk selskap for aldersforskning, Norske gerontologiske skrifter nr. 7.

Beverfelt, E., Nygård, A-M. & Nordvik, H. (1964). Factor analysis of Wechsler Adult Intelligence Scale performance of elderly Norwegians. *Journal of Gerontology*, 19, 49-53.

Nordvik, H., Nygård, A-M. & Beverfelt, E. (1965). *En psykologisk/medisinsk undersøkelse av en gruppe middelaldrende og en gruppe eldre*. Oslo: Norsk selskap for aldersforskning, Norske gerontologiske skrifter nr. 11.

*Innstilling om hjemmehjelp for eldre*. Innstilling I fra Komitéen for eldreomsorgen. Oslo: Sosialdepartementet 1966.

*Innstilling om institusjoner for eldre*. Innstilling II fra Komitéen for eldreomsorgen. Oslo: Sosialdepartementet 1969.

*Innstilling om boliger for eldre*. Innstilling III fra Komitéen for eldreomsorgen. Oslo: Sosialdepartementet 1971.

*Innstilling fra Pensjonsalderkomitéen*. Oslo: Sosialdepartementet 1971.

*Eldres helse, aktivitet og trivsel*. Innstilling IV fra Komitéen for eldreomsorgen. Oslo: Norges offentlige utredninger, NOU 1973:26.

Helland, H., Solem, P.E. & Trældal, A. (1973). *Eldres integrasjon*. Oslo: Norges offentlige utredninger, NOU 1973:60.

St.meld. nr. 22 (1975-76). *Om de eldre i samfunnet*.

*Gerontologiens stilling i Norge*. (1975). Utarbeidet av NAVFs utvalg for gerontologisk forskning. Oslo: Norges almenvitenskapelig forskningsråd 1975.

*Styrking av fagområdet geriatri/gerontologi*. Oslo: Det medisinske fakultet, Universitetet i Oslo, 1980.

## **Kunnskapsstatuser og planer det er referert til (kronologisk)**

Ellefsen, B. (1991). *Omsorgstjenesteforskning – en veiviser*. Oslo: Norges råd for anvendt samfunnsforskning.

Christensen, K. & Næss, S. (1999). *Kunnskapsstatus om de offentlige omsorgstjenestene*. Bergen: Senter for samfunnsforskning.

Kirkevold, M. & Kårikstad, V. (1999). *Undervisningssykehjem. Nasjonal plan for etablering av ressursentra for undervisning, fagutvikling og forskning i sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjenesten*. Bergen: Nasjonalt formidlingscenter for geriatri, rapport 1/99.

Meyer, M. (1999). *Studium der Gerontologie in Europa. Ausbildungsprogramme und Professionalisierungsstrategien – Gegenwärtiger Stand und zukünftige Entwicklungen*. Aachen: Shaker Verlag.

Viidik, A., Meyer, M. & van Rijsselt, R. (eds.)(2000). *European Master in Gerontology*. Amsterdam: Free University, Institute of Sociology and Social Gerontology.

## **Noen nordiske planer og programmer for aldersforskning (kronologisk)**

*Forskning om äldre*. Förslag från FRNs och DSFs utredningsgrupp inom äldreforskningsområdet. Stockholm: Delegationen för social forskning och Forskningsrådsnämnden, Rapport 1989:5 (Odén-utvalget).

Bäckman, L., Thorslund, M. & Winblad, B. (1994). *Aktuell svensk äldreforskning. En positionsbestämning*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.

Bäckman, L., Thorslund, M. & Winblad, B. (1996). *Aktuell svensk äldreforskning med internationell anknytning. En översikt med projektförteckning*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet.

*Et slag for alderen. Med forskning for handling*. Rapport fra Forskningsministeriets arbejdsgruppe om aldringsmodeller. København: 1996.

*Äldre och åldrande. Ett nationellt forskningsprogram*. Stockholm: Socialvetenskapliga forskningsrådet, 1999.

Academy of Finland (1999). *Research programme on ageing*.



**Norges  
forskningsråd**

**Stensberggata 26  
P.b. 2700 St. Hanshaugen  
0131 Oslo**

**ISBN 82-12-01512-2**