



NORDISK GERONTOLOGISK FORENING

# GerONord

Nytt om forskning, utviklingsarbeid og undervisning på eldreområdet i Norden

Årgang 11 nr. 1 - 2002

## Av innholdet:

*Äldreforskning vid Socialhögskolan i Lund*  
*Geriatrisk utbildning i Lettland*  
*Hukommelsesklinikk i Litauen*  
*Livsløp, aldring og generasjon*  
*NorAge*  
*Aktuell litteratur*  
*Leon Jarners forskningspris*  
*Doktoravhandlinger*

## Nordisk Gerontologisk Forenings styre:

**Formann: Andrus Viidik, Danmark**  
**Sekretær: Jan Høyersten, Norge**

## Moderforeningenes representanter:

### DANMARK:

*Dansk Gerontologisk Selskab: Andrus Viidik*  
*Dansk Selskab for Geriatri: Kirsten Damgaard*

### FINLAND:

*Societas Gerontologica Fennica r.f.:*  
*Otto Lindberg*  
*Suomen Geriatri-Finlands Geriatri:*  
*Jouko Laurila*  
*Föreningen för forskning i upprätt och äldre:*  
*Timo Suutama*

### ISLAND:

*Societas Gerontologica Islandica:*  
*Sigrídur Jónsdóttir*  
*Icelandic Geriatrics Society:*  
*Gudny Bjarnadóttir*

### NORGE:

*Norsk selskap for aldersforskning:*  
*Kirsten Thorsen*  
*Norsk geriatrisk forening: Eli Weberg Moen*

### SVERIGE:

*Sveriges Gerontologiska Sällskap: Lars Andersson*  
*Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi:*  
*Åke Rundgren*

## Är gerontologi en vetenskap?

De fleste som läser «Är gerontologi en vetenskap?» svarar «Ja» utan att tänka sig om. Att våra kunskaper om åldrandet är baserad på vetenskap är ställd utom all tvivel. Men om gerontologin – ordet gerontologi är sammansatt av de grekiska orden *geron* (gamling) och *logia* (kunskap) – är en eller flera självständiga vetenskaper är mindre självklart. Det vetenskapliga utforskandet av människans åldrande började för omkring 100 år sedan och tog riktig fart under andra hälften av 1900-talet. Denna aktivitet kan delas in i underavdelningar, som sysslar med biologiska, psykologiska och sociologiska aspekter av åldrandet. Epidemiologiska undersökningar (befolkningsundersökningar) av det friska åldrandet kan också betraktas som en underavdelning. De som sysslar med äldres sjukdomar (geriatrik) vill numera ofta komma in under samma paraply (och kallas medicinsk gerontologi).

Problemet blir tydligt, när man ser på vilken grundutbildning dessa vetenskapare har. Här finns biologer, psykologer, sociologer och läkare. Då vetenskap och utvecklingsarbete hänger intimt samman, kommer till listan av grundutbildningar en lång rad andra som exempelvis socionomer, sjuksköterskor och sjukgymnaster – se deltagarlistor från nordiska kongresser i gerontologi. Alla arbetar med utgångspunkt i sina grundutbildningar. En del har genomgått vidareutbildning i en eller i bästa fall ett par underavdelningar av gerontologi.

Varför finns det ingen akademisk utbildning, som omfattar hela gerontologin? Svaren ligger i – som jag ser det – två svårigheter. Den första är att den studerande måste först ha kunskaper i «modervetenskapen» för att få de vetenskapliga «verktygen» och sedan i den gerontologiska delen. Då det finns minst fyra modervetenskaper, så skulle utbildningen bli orimligt lång. Den andra svårigheten är bristen på karriärmöjligheter. Inget nordiskt universitet har passande breda akademiska tjänster – också inom delområdena är det få tjänster speciellt för dem som har sin grundutbildning i en av «modervetenskaperna» och sedan specialiserat sig i dess åldrandeaspekt. Det finns heller inte ännu någon bred utbildning på Master-nivå även om det arbetas med att etablera en sådan utbildning på EU-nivå.

Så det återstår tvärvetenskapligt samarbete. Här måste deltagarna från de olika disciplinerna lära sig att förstå varandras språk eller åtminstone tala så också de andra förstår dem. Annars fortsätter vi att leva i ett Babels torn, där biologen diskuterar betydelsen av att antalet av serotoninproducerande celler minskar utom i hippocampus utan att tänka på att människan är en odelbar enhet, liksom psykologen, som tar för givet att alla vet vilken betydelse man kan lägga i resultat från Raven's Progressive Matrices. Osv. Osv.

Andrus Viidik

## **Nordisk Gerontologisk Forening (NGF)**

Foreningen er et samarbeidsorgan for de gerontologiske og geriatriske foreningene i de nordiske land.

### **Foreninger tilsluttet NGF:**

#### *Dansk Gerontologisk Selskab:*

Formann: Andrus Viidik  
Sekretær: Kristen Avlund

#### *Dansk Selskab for Geriatri:*

Formann: Kirsten Damgaard  
Sekretær: Ole Davidsen

#### *Societas Gerontologica Fennica r.f.:*

Formann: Timo Strandberg  
Sekretær: Otto Lindberg

#### *Föreningen för forskning i uppväxt och åldrande r.f.:*

Formann: Timo Suutama  
Sekretær: Tuire Parviainen

#### *Suomen Geriatri-Finlands Geriatrier:*

Formann: Kaisu Pitkälä  
Sekretær: Seija Ginström

#### *Societas Gerontologica Islandica:*

Formann: Sigridur Jónsdóttir  
Sekretær: Marta Jónsdóttir

#### *Icelandic Geriatrics Society:*

Formann: Gudny Bjarnadóttir  
Sekretær: Gudlaug Thorsdóttir

#### *Norsk selskap for aldersforskning:*

Formann: Kirsten Thorsen  
Sekretær: Berit Degenæs

#### *Norsk geriatrisk forening:*

Formann: Eli Weberg Moen  
Nestleder: Wenche Frogn Sellæg

#### *Sveriges Gerontologiska Sällskap:*

Formann: Lars Andersson  
Sekretær: Marianne Winqvist

#### *Svensk Förening för Gerontologi och Geriatrik:*

Formann: Gunnar Akner  
Kasserer: Åke Rundgren

### **NGFs fagråd**

#### *Danmark*

Finn Rønholt Hansen, klinikk  
Lis Puggaard, biologi  
Grethe Østergaard-Nielsen, sykepleie  
Karen Munk, psykologi  
Merete Platz, sosiologi  
Ole Bjørn Skausig, gerontopsykiatri

#### *Finland*

Timo Strandberg, klinikk  
Antti Hervonen, biologi  
Ritva Raatikainen, sykepleie  
Marja Saarenheimo, psykologi  
Marjatta Marin, sosiologi  
Anja Ainamo, odontologi

#### *Island*

Jon Snædal, klinikk  
Vilmundur Guðnason, biologi  
Margrét Guðafsdóttir, sykepleie  
Thuridur Jónsdóttir, psykologi  
Sigurveig H. Sigurdardóttir, sosiologi  
Sigfús Th. Elisasson, odontologi

#### *Norge*

Anette Høyen Ranhoff, klinikk  
Olav Sletvold, biologi  
Øyvind Kirkevold, sykepleie  
Linn-Heidi Lunde, psykologi  
Kari Brøndbo, sosiologi  
Ann-Helen Bay, statsvitenskap

#### *Sverige*

Åke Rundgren, klinikk  
Anita Garlind, biologi  
Ingallil Rahm Hallberg, sykepleie  
Boo Johansson, psykologi  
Lars Tornstam, sosiologi  
David Gaunt, humaniora og kulturvitenskap

Fagrådsmedlemmene blir oppnevnt av de nasjonale moderforeningene, og skal bl.a. bistå under planlegning av de nordiske kongressene og ha ansvar for bedømmelse av abstracts.

## **GeroNord**

er et medlemsblad for medlemmene i Nordisk Gerontologisk Forenings moderforeninger. Disse får bladet fritt tilsendt. Bladet kommer ut tre ganger i året.

Andre interesserte kan tegne abonnement ved henvendelse til GeroNords redaksjon. Prisen pr. år er NOK 110,-.

### **GeroNords redaksjon:**

Toril Utne  
Andrus Viidik  
Jan Høyesteren  
Aase-Marit Nygård

## **Nordisk Gerontologisk Forening**

### **(NGF)s sekretariat og GeroNords redaksjon har følgende adresse:**

Nordisk Gerontologisk Forening  
v/Toril Utne  
Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens  
Medisinsk divisjon  
Ullevål sykehus, N-0407 Oslo  
Tlf.: +47 22 11 77 28  
Fax: +47 23 01 61 61  
e-mail: toril.utne@nordemens.no

NGFs hjemmeside har adresse  
[www.geronord.no](http://www.geronord.no)

# Informasjon fra svenske fagmiljøer

Vi fikk ikke plass til alle de svenske bidragene i forrige nummer av GeroNord - så her kommer de resterende.

## Äldreforskning vid Socialhögskolan i Lund

Fyra huvudsakliga studieområden kan urskiljas inom den äldreforskning som bedrivs vid Socialhögskolan:

- 1) Äldreomsorgens vardag och villkor
- 2) Omsorgsrelationer, organisation och omsorgskvalitet inom hemtjänst
- 3) Finansiering och resursfördelning inom äldreomsorgen
- 4) Pensioner.

Fyra seniora forskare leder olika projekt nämligen professorerna Rosmari Eliasson-Lappalainen och Per Gunnar Edebalk samt docenterna Eric Olsson och Jan Petersson.

### Rosmari Eliasson-Lappalainen

leder sedan 1992 forskningsprogrammet «Äldreomsorgens vardag och villkor». Programmet, som utgår från både de äldres och personalens erfarenheter, söker förena kunskaper på makro- och mikronivå och företrädare för t ex välfärdsstatsforskning såväl som vardagslivsorienterad och historisk forskning har varit engagerade i programarbetet. Till det kännetecknande för forskningen hör också att den har relaterat sig till den kvinnovetenskapliga diskurs som fokuserar omsorg som begrepp, kvalitet, arbete och välfärdsstatlig dimension. Programmet har resulterat i fem avhandlingar och ett stort antal övriga publikationer. Ett etablerat internationellt och framförallt nordiskt forskningsamarbete yttrar sig bl a i ett pågående projekt «Hemhjälpsens vardag och villkor i fyra nordiska huvudstäder» där två forskare från vardera Danmark, Finland, Norge och Sverige engagerade. Ett tiotal disputerade forskare och doktorander vid Socialhögskolan ingår för närvarande i den grupp som bedriver en regelbunden seminarieverksamhet med anknytning till programmet.

**Per Gunnar Edebalk** har sedan slutet av 1980-talet samarbetat med forskare vid IHE i Lund med syfte att fördjupa kunskaper om insatser och kostnader inom äldreomsorgen. Samarbetet har lett fram till studier av ett nytt forskningsområde nämligen privata entreprenörer inom äldreomsorgen. Här har fyra empiriska studier genomförts. Den senaste (år 2001) var en studie av entreprenaders och konkurrenshotens mera långsiktiga dynamiska effekter inom äldreomsorgen.

Edebalk ansvarar f.n. för projektet «Arbetsplatsanknuten välfärd: Pensions- och sjuklönelösningar 1890 – 1960» tillsammans med fil dr Jonas Olofsson, ekonomisk-historiska institutionen och fil dr Lars Harrysson, Socialhögskolan. Han leder också tre nyligen startade projekt. Två behandlar finansieringsfrågor inom äldreomsorgen, speciellt olika aspekter på äldrevårdsförsäkring. Det tredje är en internationell kunskapsöversikt av kundvalsmodeller inom äldreomsorgen.

**Eric Olssons** forskning har sedan början av 80-talet varit inriktad mot förändringsprocesser i organisationer för vård och behandlingsarbete och under 90-talet främst mot studier av interaktionsprocesser i behandlings- och omsorgsarbete inom äldreomsorg och socialtjänstens individ- och familjeomsorg.

Inom projektet «Relationens betydelse för kvaliteten inom hemtjänsten» studerades hjälprelationen och dess kontext inom hemtjänsten och forskningsmetoder för studiet av omsorgsrelationen och omsorgskvalitet utvecklades. I projektet «Bistånd i hemtjänsten: myndighetsutövning, organisation och omsorgskvalitet» studeras beslutsprocesser kring biståndsutformningen i hemtjänsten. Inom projektet «Omsorgsrelation, organisationsförändringar och kvalitet i hemtjänsten» fokuseras

kvaliteten i omsorgsarbetet och omsorgsrelationen samt arbetsmiljön i hemtjänstorganisationen i jämförelser mellan olika organisationsformer i ett 10-årigt longitudinellt perspektiv. Ytterligare ett projekt har inletts: «Mötet mellan familj och hemtjänsten i vården av den äldre.» I detta kartläggs vårdtagarnas familjenätverk och samspelet mellan familjemedlemmar, hemtjänstverksamhet och vårdtagaren fokuseras. Projektet genomförs i samarbete med doktoranden Bengt Ingvad.

**Jan Petersson** har deltagit i ett nyligen avslutat Socialstyrelseprojekt «Äldreomsorg utan service – en framgångsrik strategi?» F n leder Petersson ett treårigt projekt «Social service i omvandling – prioriteringar och processer i tolv kommuner.» I projektet deltar också doktorand Staffan Blomberg. Syftet med projektet är att granska prioriteringar och processer i kommuner vilka beskriver och förklarar hur välfärdsstaten drar sig tillbaka. Metodmässigt startar projektet på en lägre nivå – hemtjänsten och arbetar sig sedan uppåt. Den fundamentala fråga som reses kan uttryckas på följande sätt: är medborgarrätten (universalism) under avveckling eller handlar det om en anpassning efter lokala behov (demokratisering)?

Professor Per Gunnar Edebalk  
Socialhögskolan i Lund  
Box 23  
SE-221 00 LUND  
SVERIGE  
per\_gunnar.edebalk@soch.lu.se  
<http://www1.ldc.lu.se/soch/>

# Geriatrisk utbildning Lettland

Med ekonomiskt stöd från Svenska Institutet pågår sedan 2000 ett utvecklingsprojekt med namnet Disability, Ageing and Society i Riga. Från lettiskt håll stöds projektet av medicinska fakulteten och det största rehabiliterings-sjukhuset i Lettland, Vaivari National Rehabilitation Center. Syftet är att öka kunskaperna om åldrandet; funktionsnedsättningar under åldrandet och åldrandets sjukdomar; att skapa en gemensam kunskapsbas hos vårdgivare med olika bakgrund; att föra ut svenska erfarenheter om vård och omsorg av äldre; att söka öka samarbetet mellan sjukvård och socialtjänst för äldre i Lettland, och att bilda en bas för en kontinuerlig professionell vidareutbildning i geriatrik.

Från Sverige deltar Ove Dehlin och Åke Rundgren (som representerar för Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi), från Riga dr Aivars Vetra, som är chef för Vaivari National Rehabilitation Center och professor Janis Zalkalns, som är Lettlands enda läkare som helt specialiserat sig på geriatrik.

Lettland har 2.4 miljoner invånare varav 57 procent letter, 40 procent rysktalande och resten av polskt eller litauiskt ursprung. Ytan är 64600 kvkm, lite mindre än Irland. Riga är den största staden med 800000 invånare. Självständigheten i augusti 1991 medförde först en ekonomisk nedgång men på senare år har ekonomin vuxit med cirka fem procent per år. Av befolkningen är cirka 24 procent «pensionärer» eftersom pensionsåldern under sovjettiden var 50 år för kvinnor och 55 år för män. Jämfört med 1979 har medellivslängden år 1999 ökat med 1 år för män och 2.5 år för kvinnor och var 1999 64.9 år respektive 76.2 år.

Antalet sjukhus inkluderande hälsocentraler är 151 stycken och det finns 22000 sjukhusbäddar. Beläggningsprocenten varierar från 72 procent till 77 procent beroende på typ av sjukhus. Medelvårdtiden varierar, beroende på vilken typ av organisation sjukhusen tillhör, mellan 8.7 och

10.8 dagar (psykiatri och short-term social care beds ej medräknade). Det finns 1063 öppenvårdsmottagningar inkluderande tandläkarmottagningar med 8000 läkare och tandläkare tillsammans. Varje invånare gör i genomsnitt 4.9 öppenvårdsbesök per år.

Man lägger en betydligt lägre procentuell del - knappt hälften - av bruttonationalprodukten på hälso- och sjukvård än vad som är fallet i Sverige. Lönerna är låga och som exempel kan nämnas att en professors lön i Riga är 1/10-del till 1/20-del av motsvarande i väst. Ålderspensionen är cirka 58 Lat per månad (1 Lat cirka 17 skr).

Kursdeltagare är 11 lettiska läkare, 9 kvinnor och 2 män. Deras bakgrund är rehabilitering, internmedicin och allmänmedicin. Vid några seminarier av mer «allmänt» intresse har även sjuksköterskor, arbetsterapeuter och sjukgymnaster deltagit och gruppen har då omfattat cirka 25 personer. Geriatrik är inte en medicinsk specialitet i Lettland men man arbetar för att få tillstånd en speciell behörighet i ämnet, som tillägg till en ursprunglig specialitet, för vilket denna kurs avses kvalificera.

Seminarierna äger rum på fredag eftermiddag och lördag, en till två gånger per månad (sommaren ledig). Aktuella översikter från litteraturen av olika problemområden diskuteras. Utredning och behandling av olika sjukdomar skiljer sig i princip inte mycket från svenska förhållanden; däremot är tillgången till avancerad diagnostisk utrustning givetvis mycket mer begränsad. Alla moderna läkemedel finns att tillgå men de är dyra. Vårdformer som somatisk dagsjukvård, dagvård för personer med demenssjukdom, gruppboende för demenssjuka, hemtjänst till äldre, växelvård och kvalificerad hemsjukvård är mycket mindre utbyggt i Lettland än i Sverige. Likaså är dokumentation av funktion hos patienterna, exempelvis med Katz, FIM, MMSE, GDS och andra skalor ej

så vanligt. Ett intryck är att slutenvården dominerar över öppna vårdformer mer än i Sverige och personaltätheten inom slutenvården förefaller också vara betydligt större än i Sverige.

All undervisning sker på engelska med tolkning till lettiska. De yngre läkarna förstår engelska tämligen bra medan däremot de mer mogna inte gör det. Ryska var första främmande språk i skolan under nära 50 år fram till frigörelsen 1991.

Nedan följer kortfattat innehållet i seminarierna.

## *Seminar 1*

Gerontology and geriatrics, an overview. Organ ageing, bodily ageing, functional ageing, ageing theories, longevity. Barriers to optimal ageing. Prevention of bodily ageing.

Psychological ageing, social ageing, adaptation to ageing, coping mechanisms in chronic diseases. Interaction between society and individual. Prevention of psychological ageing. What can society do for increasing independency in the elderly?

## *Seminar 2*

Psychogeriatric problems; dementia, depression, anxiety, paranoia, delirium, sleep problems. Diagnostic problems; therapeutic problems. How to care for elderly demented persons living at home? Swedish experiences. Cooperation with the social services. Preventive aspects.

## *Seminar 3*

Rheumatology in Geriatrics; cardiology in Geriatrics, Stenocardia, Cardiac infarction, Cardiac arrhythmias, Heart failure, Hypertension, Hypotension, Bradycardia, Cardiac insufficiency.

## *Seminar 4*

Oncological diseases in Geriatrics, Neurology in Geriatrics, Stroke, MS, Parkinson's disease.

## *Seminar 5*

Rehabilitation of elderly people; general principles, stroke rehabilitation. Obstacles to successful rehabilitation. Community-based rehabilitation. Swedish experiences. Cooperation with the social services. Preventive aspects. Vertigo, dizziness, postural hypotension, falls. Prevention.

#### *Seminar 6*

Nutrition in the elderly. General principles, undernutrition, malnutrition, overweight, eating problems. Food distribution among the elderly. Community actions. Preventive aspects.

The importance of physical activity. How to engage more elderly in daily physical activities to maintain fitness. A community responsibility?

#### *Seminar 7*

Diabetes mellitus, Hypothyroidism, Hyperthyroidism, Urological problems in Geriatrics, Peripheral circulation disturbances, Deep varicose veins, Decubitus ulcers, Decubitus prophylaxis, Gangraena, Wound infections.

#### *Seminar 8*

Osteoporosis, fragility fractures. Joint diseases. Orthopedic rehabilitation. Prevention.

Drug treatment in the elderly. Too much or too little or inadequate medication? Under- and overdiagnosis of diseases related to undertreatment or overtreatment with drugs.

#### *Seminar 9*

Functional evaluation. Somatic, psychiatric and social/interaction aspects. Rating scales, how and why. Preventive strategies in the elderly.

#### *Seminar 10*

Pulmonary problems in Geriatrics, Pneumonia, Chronic respiratory insufficiency, Chronic obstructive pulmonary disease, Gastroenterology in geriatrics, Technical Aids and Adaptation of the Home.

#### *Seminar 11*

The future. More elderly in the future – limited resources. How to overcome barriers to successful and healthy ageing. What are the facts for healthy ageing? How to improve rehabilitation, self-care, health-related quality of life? Evidence based medicine for the elderly; what to do, what not to do? Which actions should be taken on a societal level, on a community level, on hospital/out-patient level?

#### *Seminar 12*

Hearing and Vision Impairments, Communication problems, Instrumental Diagnostics and medical treatment methods in geriatrics.

Conclusion. Evaluation. Examination.

#### *Diplom*

Kursen avslutas med skriftligt förhör i essäform. Den teoretiska delen av kursen omfattar totalt 140 timmar. Till detta kommer 100 timmar av vetenskapligt arbete; kliniskt arbete inom renodlad geriatrik om 800 timmar samt speciell handledning om 80 timmar. Total kurstid är 1120 timmar. Godkända kursdeltagare får ett diplom och en speciell behörighet inom geriatrik.

För oss två från Sverige är det en stimulerande erfarenhet att vara med och bygga upp en bra geriatrisk kunskapsbas i Lettland.

*Ove Dehlin, Lund  
Åke Rundgren, Göteborg*

---

## Hukommelsesklinikk i Litauen - et samarbeidsprosjekt mellom Hospital No 2 i Kaunas og Hukommelsesklinikken og Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens på Ullevål universitetssykehus i Oslo

Litauen, som mange andre østeuropeiske land, har lite utbygd tilbud til personer med demens og deres pårørende. Få pasienter med mistanke om demens blir utredet, få får tilgang til de nye antidemens-medisinene, og få får offentlig hjelpetjenester. Hjemmebaserte tjenestetilbud og institusjoner for eldre er lite utbygd.

I november 2001 var en entusiastisk gruppe leger og direktøren for Hospital No 2 i Kaunas på besøk ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens og Hukommelsesklinikken på Ullevål universitetssykehus i Oslo. Besøket førte til at Sosial- og helsedepartementet i Norge ga et økonomisk bidrag til et forpro-

sjekt for å etablere en Hukommelsesklinikk ved universitetssykehuset i Kaunas. Dette er tenkt å bli et samarbeidsprosjekt mellom Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Hukommelsesklinikken på Ullevål universitetssykehus og sykehuset i Kaunas. Modellen fra Ullevål skal overføres og utvides, slik at pasienter med mistanke om demens får en tverrfaglig utredning der både geriatri, nevrologi og psykiatri er involvert. Testmaterialet fra Hukommelsesklinikken er oversatt til litauisk. Foruten pasientrettet arbeid er det planlagt at Hukommelsesklinikken skal gi et utdanningstilbud til pårørende og

helsepersonell i opptaksområdet til Kaunas, samt formidle informasjon om demens til befolkningen generelt. Prosjektgruppen håper på økonomisk støtte fra norske myndigheter til å gjennomføre et treårig prosjekt. Prosjektledere er dr.med. (geriater) Jurate Macijauskiene, Kaunas og professor Knut Engedal, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Oslo.

*Knut Engedal  
Nasjonalt kompetansesenter for  
aldersdemens, Oslo*

# Livsløp, aldring og generasjon (LAG)

LAG er den første større undersøkelsen i Norge som setter et bredt søkelys på voksenliv og eldre år. Den studerer utformingen av denne delen av livsløpet i dag og i årene framover - i ulike deler av landet.

## Hovedproblemstillinger i LAG

Felles for temaene i LAG er at de er orientert mot aldring i vid forstand. Med aldring menes de normale aldersrelaterte endringene som tilhører de midtre og senere deler av livet. Aldringsforløpet viser stor variasjon fra individ til individ og mellom funksjoner og egenskaper hos den enkelte, men en fellesnevner er at aldring er forandring.

LAG legger særlig vekt på følgende tema:

- Familie- og generasjonsrelasjoner i endring
- Arbeid og pensjonering
- Helse, hjelpebehov og tjenestebruk
- Mestring og mental helse.

Det stilles følgende spørsmål: Hva er livssituasjonen til dagens middelaldrende og eldre når det gjelder familiemønstre og generasjonsforhold, helse, arbeid og pensjonering? Vil nye generasjoner av eldre bli gamle på andre måter enn dagens gamle? Vil de ha andre forventninger og krav til alderdommen enn dagens eldre har? Nye årskull vil bli eldre med andre erfaringer og ressurser. Hvilke ønsker vil de ha om arbeid og pensjonering? Hva slags familiesituasjon vil de få? Hvor store blir forskjellene mellom dagens gamle og alderdommen til dagens middelaldrende, når helsesvikt og hjelpebehov øker? Hva slags indre og ytre ressurser vil hjelpe dem til å møte situasjonen i livets slutfase?

## Familie- og generasjonsrelasjoner i endring

En sentral problemstilling er hvordan forholdet mellom generasjonene formes av ulike sosiale miljøer. Ordet generasjon brukes ofte for å dekke tre ulike begrep: historisk generasjon, familiegenerasjon og aldersgruppe, dvs. individer i en gitt livsfase. Alle tre fenomenene tas opp i denne

studien. Vi velger å snakke om historisk generasjon som fødselskull eller kohort, mens ordet generasjon reserveres for posisjon innen opp- og nedadstigende slektsbånd. LAG vil studere ulike former for solidaritet, konflikt og ambivalens mellom generasjonene i familien, slik det bl.a. kommer til uttrykk i ulike typer av hjelp og overføringer.

Forholdet mellom generasjoner på samfunnsnivå er også et viktig tema, jf. diskusjonen omkring generasjonsrettferdighet og velferdskontrakt. Av spesiell interesse er konsekvenser av nyere familie- og samlivsformer fra midtlivet og oppover. Hva betyr skilsmisser og samboerskap for forholdet mellom generasjonene? LAG fokuserer på kontraster i familiestruktur og personlig opplevelse av samhold, ambivalens og konflikt i familier. Undersøkelsen vil belyse hvordan variasjonen langs disse dimensjonene kan reflektere historiske hendelser, sosial endring og aspekter ved lokalsamfunn. LAG retter også søkelyset mot samspillet mellom generasjonsrelasjoner i familien og forholdet mellom alders- og kohortgrupper i lokalmiljøet og i storsamfunnet. Endelig undersøkes livsløpsmønstre og subjektiv opplevelse av livsfaser langs de samme dimensjonene.

Under alle temaer vil undersøkelsen belyse mulige forskjeller mellom menns og kvinners livsmiljø, livsløp og opplevelser.

## Utforming, datagrunnlag og metode

LAG skal studere femårige alderskohorter fra 40 til over 80 år. Disse kohort-/aldersgruppene representerer sentrale faser i siste del av voksenlivet. De representerer også historiske generasjoner som er preget av skiftende samfunnsforhold.

40-50-åringene er unge middelaldrende. De er født i slutten av 1950-årene og ble voksne med begynnende kvinnefrigjøring og under velferdsstatens glansperiode. De har et betydelig høyere utdanningsnivå enn tidligere kull. Kvinner født etter dette tiåret har

hatt større kontroll over sine liv på grunn av ny prevensjonsteknologi og tilgang til abort. I denne kohorten vil vi kunne studere nye generasjoners måter å kombinere arbeids- og familielev. I norsk forskning har det i liten grad vært fokusert på folks bredere livssituasjon i 40- og 50-årsalderen, en periode der barna vokser til og flytter ut, foreldre faller fra og barnebarn kommer til.

60-70-åringene er på vei inn i det som ofte kalles den tredje alder. Flertallet har 15-20 år foran seg med mye fritid, god økonomi og relativt god helse. Mange er allerede pensjonert, aldersgruppen er derfor strategisk viktig for å forstå årsaker til og følger av tidligpensjonering. De ble født like før 2. verdenskrig og ble voksne mot slutten av 1950-årene. De står derfor på den andre siden av de samfunnsmessige og historiske skiller som 40-45-åringene representerer.

Aldersgruppen 80 år og over har i gjennomsnitt 6-8 år igjen av livet. De representerer den fjerde alder, dvs. den delen av alderdommen der mange har betydelige helseproblemer og blir avhengige av andres hjelp. De eldste vil være født like etter århundreskiftet, flertallet like etter 1. verdenskrig. De vokste opp i økonomiske krisetider og fikk sitt tidlige voksenliv og sin familieetableringsfase avbrutt av 2. verdenskrig. De er blandt de første generasjonene som opplevde en fullt utbygget velferdsstat i sin alderdom. Mange av dem fikk et livsløp preget av mer omskiftelighet og usikkerhet enn vi kan forvente å finne i de to yngre kohortene.

## Tre typer lokalsamfunn

LAG vil konsentrere utvalget om tre typer lokalsamfunn: Storbyer, småbyer og grisgrendte strøk. Mot slutten av 1990-årene bodde 36 prosent av befolkningen i større byer, 28 prosent i sentrale mindre byer og tettsteder og fem prosent i grisgrendte strøk. Selv om en liten andel av befolkningen bor gisgrendt, er dette en type lokalmiljø LAG ønsker å ha med,

bl.a. fordi de representerer en miljømessig kontrast til byene. Mange av dagens eldre er dessuten vokst opp slike steder, og på grunn av fraflytting er andelen eldre særlig høy i mange primærnæringskommuner.

I undersøkelsen inngår ti enheter av hver type, til sammen 30 lokalmiljøer; i alt seks i storby, 12 i småby og 12 i grisgrendt strøk. Disse befinner seg i fire utvalgsområder: Oslo og omegn, Nord-Trøndelag, Agder og Troms.

#### *Datainnsamling*

Datainnsamlingen starter i mars 2002. Informasjon vil innhentes på to måter: For kohortene under 80 år brukes telefonintervju og postale spørreskjema, for de over 80 bare personlige intervjuer. LAG vil intervju utvalg fra totalbefolkningen, også mennesker i institusjon. Av disse vil en del ikke være intervjubare i vanlig forstand, bl.a. fordi ca 20 prosent av befolkningen over 80 år er aldersdement. I slike tilfeller vil LAG skaffe informasjon gjennom en nærpersion.

LAG planlegger ny datainnsamling hvert femte år for kohortene 40-79, og hyppigere for de aller eldste. Ut over dette vil LAG holde årlig kontakt med informantene gjennom de tre regionale studiesentrene som inngår i samarbeid om undersøkelsen.

#### **Finansiering og organisering**

Undersøkelsen er finansiert av Norges forskningsråd, Sosialdepartementet og NOVA. Den springer ut av NOVAs gruppe for forskning om aldring og livsløp, og foregår i nært samarbeid med Statistisk sentralbyrå. Syv erfarne NOVA-forskere er engasjert i prosjektet; leder for undersøkelsen er Britt Slagsvold. NOVA har også fått med seg tre andre norske universitets- og høyskolemiljøer i Norge i undersøkelsen; Universitetet i Tromsø, Agder distriktshøgskole og Høgskolen i Nord-Trøndelag.

#### **Leder av LAG**

Forskningsleder Britt Slagsvold, NOVA, Pb. 3223 Elisenberg, N-0208 Oslo  
e-post: bsl@nova.no

## Nordic Society for Research in Brain Ageing (NorAge)

NorAge ble stiftet i 1992 som et nordisk forskernettverk og forening i den hensikt å fremme interessen om forskning på hjernens aldring og hjernesykdommer som opptrer i høy alder. Forskning på demens har stått i fokus.

Det arrangeres kongresser hver annet år i de ulike nordiske land. Kongressene er lagt opp som vanlige vitenskapelige møter, men har også elementer av undervisning i seg. Foreningen er organisert med et styre med representanter fra de nordiske land. Medlemskapet er gratis og man kan melde seg inn ved å sende en e-postmelding til sekretæren i foreningen, Toril Utne. Alle med interesse for hjernens aldring og aldersrelaterte hjernesykdommer er velkommen som medlemmer. Som medlem blir man oppdatert med hensyn til framtidige møter. Sekretariatet ligger ved Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens i Oslo. Foreningen har sin egen hjemmeside, hvor man finner navn på styremedlemmer og oversikt over konferanser som arrangeres av NorAge.

Den neste NorAge kongressen blir arrangert i Reykjavik 28 og 29 april 2003 (se egen informasjon).

NorAge hjemmeside: [www.nordemens.no/norage](http://www.nordemens.no/norage)

Henvendelse om medlemskap: [toril.utne@nordemens.no](mailto:toril.utne@nordemens.no)

NorAges postadresse: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens, Ullevål Universitetssykehus, N-0407 Oslo

### 1. announcement of the 8th Congress of NorAge - Reykjavik April 27-29, 2003

The 8th Congress of the Nordic Society for Research in Brain Ageing (NorAge) is to be held in Reykjavik, Iceland, april 27-29, 2003. The NorAge Committee in Iceland is organizing the Congress in collaboration with the central office of the organization in Oslo.

The venue of the Congress will be the new Conference Center in adjunctin with Hotel Esja, which will open i March 2003.

#### **Program**

The theme of the Congress is «Prevention in Brain Ageing». This topic will cover prevention in its broadest sense, primary, secondary and tertiary of both organic and functional disorders in the aging brain. The program consists of plenary sessions with invited speakers as well as organized symposia and poster sessions. Parallel sessions will be organized in order to respect different interests. Free abstracts will be presented as posters. At the ending of the congress, three posters will be rewarded.

#### **Congress Secretary**

Halldor Kolbeinsson (Secr. gen.)  
Dept. of Psychiatry at Kleppspitali  
Landspítali University Hospital  
IS 101 Reykjavik  
Iceland  
Tel: +354 560 2600  
Fax: +354 560 2620  
E-mail: [halldork@landspitali.is](mailto:halldork@landspitali.is)

Jon Snædal (Congress president)  
Department of Geriatrics  
Landspítali University Hospital  
IS 101 Reykjavik  
Iceland  
Tel: +354 525 1800  
Fax: +354 525 1819  
E-mail: [jsnaedal@landspitali.is](mailto:jsnaedal@landspitali.is)

1. announcement will be published in May/June, and
2. announcement before end of September 2002.

# LYSBEHANDLING TOK PRISEN

Tekst: Ragnhild M. Eidem Krüger

**Stiftelsen Leon Jarners Minnefond til fremme av forskning om Alzheimers sykdom og aldersdemens, delte i desember 2001 for annen gang ut en forskningspris. Prisvinneren ble intervjuet for tidsskriftet DEMENS, og vi har fått lov å bruke intervjuet her.**

Lege og stipendiat Arne Fetveit, Bergen, fikk Leon Jarners forskningspris 2001. Prisen var denne gang økt til 50 000 kroner, og Fetveit fikk den i konkurranse med 5 andre norske forskere. Juryen besto av førsteamanuensis Inger Hilde Nordhus, Psykologisk institutt, Universitetet i Bergen, professor dr. med Olav Sletvold, Geriatrik seksjon ved Region-sykehuset i Trondheim og avdelingsoverlege Sigurd Sparr, Geriatrik avdeling ved Region-sykehuset i Tromsø.

Arne Fetveit fikk prisen for sitt arbeid med lysbehandling av søvnforstyrrelser blant sykehjemsbeboere med demens, og 29 beboere har vært med i undersøkelsen. Av dem har 11 fått lysbehandling en time hver morgen i 14 dager.

—Resultatet var bemerkelsesverdige, sier Fetveit til DEMENS.

—Behandlingen ga stor forbedring av nattesøvnen. Da lysbehandlingen ble avsluttet, forsvant effekten gradvis.

Arne Fetveit fikk ideen til forsøket da han var tilsynslege på et sykehjem i Bergen og så hvor forstyrret søvnen var hos mange av beboerne, og hvor liten effekt de hadde av medikamentell behandling. Hvorfor lysbehandling har positiv virkning

på søvnen, kan ikke Fetveit gi noe sikkert svar på.

—En hypotese er at lyset virker på hjernens biologiske klokke som regulerer vår døgnrytme ved hjelp av forskjellige stimuli utenfra. Fysisk aktivitet, måltider, sosial samhandling og lys er slike stimuli. Man kan manipulere døgnrytmen ved å gi lys ved ulike tidspunkter. Vårt ønske med behandlingen var imidlertid å styrke den svekkede døgnrytmen hos personene i forsøket. Personer som i utgangspunktet var døgnville, samlet i stor grad sin søvn til natten gjennom lysbehandlingen.

Resultatene viser at lysbehandling kan supplere og kanskje erstatte medikamentell behandling ved søvnproblemer hos sykehjems pasienter med demens, mener Fetveit.

—Samtlige forsøkspersoner fikk bedre søvn med færre oppvåkninger, og den gjennomsnittlige bedringen var stor.

Veileder har vært førsteamanuensis Bjørn Bjorvatn ved Institutt for samfunnsmedisin, Universitetet i Bergen.

Arne Fetveit vil senere i år skrive en artikkel i DEMENS om sitt forsøk.

## Ageing and Diversity

August 30-31, 2002, Bergen, Norway

This is the 34th International Symposium organized by the European Behavioural and social Science Research Section of the IAG (International Association of Gerontology). The EBSSRS symposia have since 1954 been arranged the years in-between the IAG congresses.

**Theme:** The focus of the 2002 symposium will be on Ageing and Diversity - on variation, differences and inequalities associated with ageing, older hears and ageing policies. You are invited to address diversity that is related to f e gender, class ethnicity and health.

**Format:** The symposium will take place over two full days, with an sociale evening session on Thursday. Number of participants will be restricted to 80, and participants are invited to present papers. A few invited speakers will contribute with plenary presentations, while submitted papers will be presented in parallel group sessions.

**Deadline** for abstracts and registration is May 1 2002, with a registration fee of 100 Euro.

**Local organizers** are the Norwegian gerontological society (NSA), NOVA - Norwegian Social Research, and the Faculty of Psychology, University of Bergen.

More **information** is available from the organizers, and the NOVA web site: [www.nova.no/nyheter/kalender/ebsrssymp.htm](http://www.nova.no/nyheter/kalender/ebsrssymp.htm)

### The Organising Committee

Svein Olav Daatland, NOVA (svein.o.daatland@nova.no)  
Britt Slagsvold, NOVA (bsl@nova.no),  
Kirsten Thorsen, NOVA & NSA (kth@nova.no)  
Inger Hilde Nordhus, Faculty of Psychology, Univ. of Bergen (inger.nordhus@psykp.uib.no)

## Ordet

Kva hjelp det å syngje som elv i det aude?  
Kva hjelp det å kyngje med klokker for daude?

Kva hjelp det å skapa all venleik i verda, når Ordet lyt tapa for svolten og sverda?

Slik undrast og spør vi i modlause stunder.  
Men hugse det bør vi: Eit ord er eit under.

Dei gløymest dei gjæve, og alt det dei gjorde.  
Men livet er æve. Og evig er Ordet.

Tor Jonsson  
Mogning i Mørkret, 1943



# Dementia and Mental Disorders among the Elderly in Primary Care

*Maria Ólafsdóttir*

*Avhandling for den medisinske doktorgrad  
Linköpings universitet*

## Abstract

The main purpose of the present thesis was to investigate how elderly patients with dementia and mental disorders were managed in primary care. The prevalence of the disease was investigated, to what extent the patients and their disorders were detected and treated and the approach of general practitioners toward patients with dementia.

Patients aged 70 years and above visiting a primary care centre (PCC) in Linköping (N=1225) were examined with a Mini-Mental Status Examination (MMSE). In a sub-sample (N=350) a comprehensive neuro-psychiatric examination and an interview with a close informant were conducted. All medical records (N=350) in the PCC were reviewed regarding diagnoses, medication and the number of visits to the centre. Dementia and mental disorders were diagnosed according to SDM-III-R. A postal questionnaire was sent out to all general practitioners (GPs) in the county of Östergötland (N=228) to gain information about their situation and attitudes regarding patients with dementia.

Using the traditional cut-off score of 23/24 points in the MMSE, revealed in a considerable under-diagnosing of demented patients in this study, leaving more than 70 percent of mild cases and 30 percent of moderate cases undetected. When using a cut off score of 26/27 good criterion validity was found. There was excellent agreement between the testing by the social worker at the PCC and the GP in the patient's home.

The prevalence of dementia and mental disorder according to the psychiatric interview was 33 percent (16 percent dementia, 17 percent mental disorders). The frequency of psychiatric

symptoms among those with no mental disorder was up to 66 percent.

Dementia was detected in 25 percent of cases, depression in 12 percent of cases and anxiety in 30 percent of cases. The most common psychiatric diagnosis according to medical records was sleep disorders. Patients with dementia were older, had more other diagnoses as well as medication. Patients with mental disorder had more visits to the PCC.

The GPs underestimated the occurrence of dementia among elderly in PCC. They presented a positive attitude to managing patients with dementia and considered that existing drug therapy justified an active search for patients with dementia in primary care. Assessment of patients' social environment and the organisation of social support were regarded as the most difficult tasks in the management of demented patients.

The prevalence of dementia and mental disorders in an elderly PCC population is high. As the major problem in the management of dementia and mental disorder has been under-detection, MMSE as an opportunistic screening tool for cognitive function in this group is recommended.

The formation of an effective network, to manage the continuing care of patients with dementia is essential, and a dementia co-ordinator at the PCC would be preferable.

Department of Medicine and Care,  
Primary Care Faculty of Health  
Sciences, Linköpings universitet  
SE-581 85 Sweden

## Aktuell litteratur

*Kolbein Lyng, Else Marie Svingen*  
Kartlegging av alvorlig, kombinert  
sansetap hos eldre: Evaluering av en  
sjekklisterbasert screeningsmetodikk  
Oslo, NOVA - Rapport 9/2001

*Morten Blekesaune & Einar Øverbye*  
Levekår og livskvalitet hos uføre-  
pensjonister og mottakere av avtale-  
festet pensjon. Om overgangen til  
førtidspensjon.  
Oslo, NOVA - Rapport 10/2001

*Svein Olav Daatland & Katharina  
Herlofson*  
Ageing, intergenerational relations, care  
systems and quality of life - an  
introduction to the OASIS project  
Oslo, NOVA - Rapport 14/2001

*Kirsten Thorsen, Rannveig Dahle & Mia  
Vabø*  
Makt og avmakt i helse- og omsorgs-  
tjenestene  
Oslo, NOVA - Rapport 18/2001

*Ida T. Bjørk, Sølvi Helseth, Finn Nortvedt  
(red.)*  
Møte mellom pasient og sykepleier.  
Oslo: Gyldendal Akademisk 2001

*Ebba Langum Bredland, Oddrun Anita  
Linge, Kjersti Vik*  
Det handler om verdighet. Ideologi og  
praksis i rehabiliteringsarbeid. 2. utg.  
Oslo: Gyldendal Akademisk 2001

*Gunilla Nordenram og Göran  
Nordström*  
Tannpleie for eldre  
Oslo: Kommuneforlaget AS, 2001

*Errollyn Bruce, Sarah Hodgson, Pam  
Schweitzer*  
At mindes sammen - en idebog i  
omsorgen for mennesker med demens  
København, Munksgaard 2001

*Per Kristian Haugen*  
Hva var det jeg sa ... Demensutredning i  
spesialisthelsetjenesten - en prospektiv  
undersøkelse  
Sem: Nasjonalt kompetansesenter for  
aldersdemens 2001

*Knut Engedal, Aase-Marit Nygård,  
Arnfinn Eek, Are Løken*  
På gamle veier og nye stier ...  
Rapport fra Nasjonal konferanse om  
aldersdemens, januar 2000  
Sem: Nasjonalt kompetansesenter for  
aldersdemens 2001

*Hanna Vesterager*  
Ditt hjem - vår arbeidsplass. En  
arbeidsmiljøhåndbok  
Oslo: Kommuneforlaget 2002

# Intake of Carbohydrates in the Elderly

Torgny Alstad

Departments of Cariology and Geriatric Medicine,  
Göteborgs universitet  
Licentiatavhandling, Odontologiska fakulteten

## Abstract

The dietary intake has been registered in the gerontological and geriatric population studies in Göteborg from 1971 to 1995. The first aim of the present studies was to describe the intake of different carbohydrate in the elderly and to analyse if different carbohydrate diets were present. The second aim was to analyse if the validity, precision, variation and potential confounders allow prospective studies of the relationship between carbohydrate intake and health.

Subjects from different cohorts between 1971 and 1995 were included in the studies. The dietary interviews were based on the diet history method and the intake of energy and carbohydrates was analysed with food tables from the National Food Administration. The estimated energy intake was also calculated from urinary nitrogen and Basal Metabolic Rate calculations. Factor analysis was used to analyse the number of latent variables and potential clusters were analysed with the k-mean cluster method. Models of carbohydrate were analysed using General Linear Model procedures.

The energy intake found by interviews varied more than

estimations based on other methods. This holds true both between studies and within studies. By standardisation of the energy intake, the intake of carbohydrates was stable and the results valid. The coefficient of variation was between 15 and 60 percent. The intake of monosaccharides, lactose and dietary fibre increased slightly with time, while the intake of sucrose decreased. The higher intake of monosaccharides, lactose and dietary fibre was verified by the supply data as the intake of primarily vegetables, fruits and milk increased during the same period. The decreased intake of sucrose was not verified by supply data, which indicate a stable consumption. This decrease can partly be explained by that the consumption of soft drinks, ice cream and candies was low among the elderly. In the models used, only minor effects of age, cohort and period were found. Social and physiological confounders were present, but their influence on carbohydrate intake was only minor. With introduction of clusters the models improved substantially.

The results from the present study show that the intake of

carbohydrates is stable and that the validity is sufficient when the intake is standardised for energy intake. Moreover, the variation between subjects seems to be large enough to allow different health outcomes, and that use of models including clusters seems to be a way of simplifying the analyses. The dietary interviews conducted within the gerontological and geriatric population studies in Göteborg therefore have the potential to be used in prospective studies on carbohydrate intake and health.

The thesis is based on the following three papers:

1. Alstad T, Österberg T, Rothenberg E, Steen B & Birkhed D (1999): Intake of monosaccharides, sucrose and fibre in the elderly – cross-sectional and longitudinal comparisons. *Scand. J. Nutr.* 43, 147-52.
2. Alstad T, Österberg T, Steen B & Birkhed D (2001): Intake of lactose, starch and different fibres in the elderly – a cross-sectional and longitudinal study. *Scand. J. Nutr.* 45, 25-7
3. Alstad T, Holmberg I, Österberg T, Steen B, Birkhed D: Patterns of carbohydrate intake in the elderly based on factor and cluster analyses. In press (Dec. 2001).

## DANSKE DEMENS DAGER

Muligheter, kommunikasjon og etikk i fremtidens demensbehandling

er tema for de danske DemensDagene 2002, som arrangeres i København 2. og 3. mai.

Det vil bli to felles symposier og seks parallelle, tværfaglige temaworkshops med undervisning for psykologer, terapeuter, pleiepersonale, leger, sosialrådgivere og andre fagpersoner som arbeider med diagnostikk, behandling

eller omsorg for personer med demens.

Deltageravgiften er DKK 1.500,- som inkluderer lunsj og kaffe begge dager. Overnatting og reiseomkostninger dekkes av den enkelte.

### Program og påmelding

(helst innen 15. mars)  
hos Asmus Vogel, Neurologisk afd. N 6131, Rigshospitalet, Blegdamsvej 9, 2100 København Ø.

tlf. 00 45 3545 8392 kl. 9-10  
e-post: [demensdagene@rh.dk](mailto:demensdagene@rh.dk)  
[www.demensdagene.dk](http://www.demensdagene.dk)

# Anthropometry in the Elderly

Population studies on longitudinal changes, secular trends and risk for morbidity and mortality

*Debashish Kumar Dey*

*Avhandling for den medisinske doktorgrad*

*Department of Geriatric Medicine and Clinical Nutrition, Göteborg Universitet*

## Abstract

The aims of this thesis were to a) describe longitudinal changes in height and body weight (BW) between the ages 70 and 95y; b) describe secular trends in height and BW of 70-year-olds and their relation to social and lifestyle factors; c) investigate waist circumference (WC) and body mass index (BMI) at age 70 as risk for stroke during a 15-y follow-up; and, d) examine the relationship between 1) BMI at age 70 and 15-y all-cause mortality, 2) the percentage of weight change from age 70 to 75 and subsequent 5- and 10-y mortality.

The studies were performed within the framework of the gerontological and geriatric population studies in Göteborg, Sweden - the H70-studies. In the H70-studies, 3,128 70-year-olds (1,426 males and 1,702 females) from four cohorts participated in medical examinations during 1971/72 (Cohort I; 449 men and 524 women), 1976/77 (cohort II; 474 men and 562 women), 1981/82 (Cohort III; 302 men and 317 women), and 1992 (Cohort V; 201 men and 299 women). Longitudinal changes in anthropometric characteristics were studied in cohort I where participants and survivors were followed from ages 70 to 95 with 11 examinations in between. Secular trends were studied in participants of all four cohorts (I, II, III and V). Morbidity (stroke) and mortality were studied in participants (2,628) of three cohorts (I, II and III). BW and standing height were measured in the morning and were recorded to the nearest 0,1 kg and centimeter with the subjects wearing light clothes. BMI was calculated from weight (kg) divided by height (m) squared. WC was measured (in cm) horizontally half-way between the lowest floating ribs and iliac crests with subjects in standing

position.

From ages 70 to 95, height decreased 4 and 5 cm and BW decreased 3 and 5 kg in males and females, respectively. Due to the decrease in both height and BW, BMI was less affected. Individuals of later-born cohorts were found 1 to 2 cm taller and 1,5 to 6,3 kg heavier than earlier-born cohorts. «Year of birth» was a positive predictor for BW ( $p < 0.001$ ) and BMI ( $p < 0.001$ ) in males, and for height ( $p < 0.05$ ) and BW ( $p < 0.01$ ) in females. Physical inactivity was a positive ( $p < 0.01$ ) and «current smoking» a negative ( $p < 0.001$ ) predictor for BMI in both sexes. «More than basic education» was a positive predictor for height ( $p < 0.001$ ) in both sexes and a negative predictor for body weight ( $p < 0.01$ ) and BMI ( $p < 0.001$ ) in females only. During the 15-y follow-up from age 70, the adjusted relative risk (RR) for non-fatal and all strokes in males were 1,69 (95% CI 1.03-2.78) and 1,62 (95% CI 1,06-2.47), respectively, in the highest WC quartile compared to the lowest quartile. In females, an elevated RR in the highest WC quartile 1,49 (95% CI 1.10-1,25) for all strokes disappeared after adjustment for systolic blood pressure. In males, the adjusted RR in the highest BMI quartile for non-fatal stroke and all strokes were 1.72 (95% CI 1.07-2.77) and 1.66 (95% CI 1.10-2.51), respectively. In females, RR for any stroke across the BMI quartiles was not found to be significantly different. In both sexes, neither WC nor BMI were risks for fatal stroke. The RR for 15-y mortality from age 70 were highest in the lowest BMI quintiles of males 1,20 (95% CI 0,96-1,51) and females 1,49 (95% CI 1.14-1.96). After exclusion of first five-years death, no excess risk was found in males for

following 5- and 10-y mortality across the quintiles. However, a U-shaped relation was observed in females after such exclusions. A weight loss of  $> 10\%$  between ages 70 and 75 meant a significantly higher risk for subsequent 5- and 10-y mortality in both sexes.

The results indicate that height and BW decreases significantly after age 70 and more prominently in females. Trends in increasing height and BW among the new generations of 70-year-olds are partly attributable to variations in social and lifestyle factors. Both high BMI and WC are risks for stroke in elderly males. On the other hand, both low BMI and weight loss are risks for mortality in both sexes. The results might be of importance to the understanding of anthropometric characteristics and its relation to morbidity and mortality in the ageing population.

## Avhandlingen baseres på följande arbeten

- I. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Height and body weight in the elderly. I A 25-year longitudinal study of a population aged 70 to 95 years. *Eur J Clin Nutr* 1999; 53:905-14
- II. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Height and body weight in elderly adults. A 21-year population study on secular trends and related factors in 70-year-olds. *J Gerontol Med Sci* (in press, sept. 2001)
- III. Dey DK, Rothenberg E, Sundh V, Bosaeus I, Steen B. Waist circumference, body mass index and risk for stroke in the elderly. a 15-year longitudinal population study of 70-year olds. (Submitted for publication, sept. 2001)
- IV. Dey DK, Rothenberg E, Bosaeus I, Sundh V, Steen B. Body mass index, weight change and mortality in the elderly. A 15y longitudinal population study of 70y olds. *Eur J clin Nutr* 2001;55:482-492.

# B



**Returadresse:**  
*Nordisk Gerontologisk Forening*  
*Nasjonalt kompetansesenter for*  
*aldersdemens*  
*Ullevål sykehus, Medisinsk div.*  
*N-0407 Oslo*

4

## Aktuelle konferanser

### **Att möta personer med demens** Folkets Hus, Hudiksvall 20.-21. mars **2002**

**Information:** Utbildningsschef Olle Larsson  
Tel +46 (0) 651 – 183 93

### **Cardiovascular Health for All: Meeting of the Challenges of Healthy People 2010**

Washington DC, USA,  
11.-13. april **2002**

**Information:**  
Marrion Wardman Park Hotel,  
Washington DC  
<http://hp2010.nhlbihin.net/emails/cvh7104.htm>

### **The Role of Geriatric Departments in General Hospitals**

Rome, April 17-20. **2002**

**Information:** Congress Line, Via  
Cremona 19, I-00161 Rome  
Tel +39-06-44241343,  
fax +39-06-44241598  
E-mail:  
[congressline@congressline.net](mailto:congressline@congressline.net)

### **16. Nordiske Kongress i Gerontologi - Aldring og individualitet**

Aarhus, Danmark, 25.-28. mai **2002**

**Information:** Dansk Gerontologisk Selskab  
Aurehøjvej 24, DK-2900 Hellerup  
Tel: +45 3962 7627  
Fax: +45 3962 6627  
E-mail: [dgs@geroinst.dk](mailto:dgs@geroinst.dk)

### **The 9th International Conference on Alzheimer's Disease**

Stockholm, Sverige  
20.-25. juli **2002**

**Information:**  
Alzheimers's Association  
Tel: (312)335-5813  
<http://www.alz.org>

### **International Expert conference Fourfive – Ageing People and Work Life**

Tampere, Finland 22-24. sept. **2002**

**Information:**  
Dr. Olavi Manninen  
E-mail: [olavi.manninen@uta.fi](mailto:olavi.manninen@uta.fi)  
E-mail: [yyhata@uta.fi](mailto:yyhata@uta.fi)

### **3rd International conference on Family Care Empowerment through Innovation**

Washington DC, 12.-14. okt. **2002**  
**Information:** American Society on  
Aging  
Tel (415) 974-9600, Fax (415) 495-  
6509

E-mail: [info@asaging.org](mailto:info@asaging.org)

### **31st Annual Scientific and Educational Meeting of the Canadian Association on Gerontology**

Montreal, Quebec, Canada  
24.-27. oktober **2002**

**Information:**  
E-mail: [info@cacagc.ca](mailto:info@cacagc.ca)

### **6th Global Conference Maturity Matters**

"an interactive program that will  
challenge the myths around ageing"  
Perth, Western Australia 27-30.  
oktober **2002**

**Information:**  
[www.congresswest.com.au/IFA](http://www.congresswest.com.au/IFA)

### **3rd European Congress of Biogerontology**

The Biogerontological Basis of  
Preventive Medicine and Geriatric  
Practice  
Florence, Italia, 8.-11. november  
**2002**

**Information:**  
Gabiella Cavallini, Pisa  
([g.cavallini@med.unipi.it](mailto:g.cavallini@med.unipi.it))  
Alessio Donati, Pisa  
([a.donati@med.unipi.it](mailto:a.donati@med.unipi.it))  
Alessandro Pocai, Pisa  
([bioale@virgilio.it](mailto:bioale@virgilio.it))

### **55th Annual Scientific Meeting og The Gerontological Society of America**

Marriott & Westin Copley Place,  
Boston, MA, USA  
22.-26. november **2002**

**Information:**  
E-mail: [geron@geron.org](mailto:geron@geron.org)

### **The 8<sup>th</sup> Congress of the Nordic Society for Research in Brain Ageing (NorAge) Prevention in Brain Ageing** Reykjavik, Island, 27.-29. april **2003**

*The Nordic Audiological Society  
(NAS) and the Swedish Audiological  
Society (SAS) will arrange*  
**The 1<sup>st</sup> International Congress on  
Gerontological/Geriatric  
Audiology (1<sup>st</sup> ICGA)**  
Stockholm, June 6.-9, **2004**

**Information:**  
Tel: +46 8 5465 1500  
Fax: +46 8 5465 1599  
E-mail: [icga2004@stocon.se](mailto:icga2004@stocon.se)

Konferanselisten er laget i  
samarbeid med Institutet  
för Gerontologi,  
Jönköping