



NORDISK GERONTOLOGISK FORENING

GeroNord

Nytt om forskning, utviklingsarbeid og undervisning på eldreområdet i Norden

Årgang 4 nr. 1 - 1995

Av innholdet:

Om markedsføring av gerontologi
To Fall but not to Break
Biological Changes in the Aging Brain
Kurs og konferanser
Bokanmeldelser

GeroNords redaksjon:

Aase-Marit Nygård
Toril Utne
Andrus Viidik

Nordisk Gerontologisk Forenings styre:

DANMARK:

Dansk Selskab for Geriatri: Peder Jest
Dansk Gerontologisk Selskab: Andrus Viidik, formann

FINLAND:

Societas Gerontologica Fennica r.f.:
Reijo Tilvis
Suomen Geriatri-Finlands Geriater:
Asko Kahanpää
Föreningen för forskning i uppväxt och
åldrande rf: Pertti Pohjolainen

ISLAND:

Icelandic Geriatrics Society: Thor Halldorsson
Societas Gerontologica Islandica: Anna Birna
Jensdottir

NORGE:

Norsk Geriatriisk Forening: Renate Pettersen
Norsk selskap for aldersforskning:
Aase-Marit Nygård, sekretær

SVERIGE:

Svensk Geriatriisk Förening: Ann-Kathrine
Granérus
Svenska Läkaresällskapetets Sektion för Ålders-
forskning: Jan Marcusson

Nordiska gerontologikongresser i Babel?

Kommunikation mellom mennesker kan vara svært, i synnerhet om man inte talar ett gemensamt språk. Vad är så språk i gerontologin? Det är både nationalspråk och fackterminologi - och vi är både tvärvetenskapliga och multinationella. Det är svårigheterna i ett nötskal

Låt mig først diskutera de nasjonella språkene. Vi forstår inte alltid varandra även om avstanden er små. Femognitti er lättare än femoghalvfems för den som er van vid nittiofem. Och det er en myt, att det er lättare för en dansk att forstå svenska än det er för en svensk att forstå danska. Dansken forstår bäst finlands-svenska. Varför så inte gå över till den gemensamma nämnaren engelska? För att det inte er en gemensam nämnare.

Det första problemet er facktermer: Är ett «nursing home» det samme som ett danskt «plejehjem», ett svenskt «sjukhem» och ett norsk «sykehjem»? Vi lær oss med tiden skillnaderna med hjälp av vårt nordiska samarbeide og gjennom att använda de nasjonella facktermerna, så signalerer vi entydigt vad vi menar.

Det andra problemet er vår skiftende förmåga att kommunisere på engelska - vi er en tvärvetenskaplig skara med ulike förutsättninger att kommunisere på engelska - med hensyn till såväl språket og dess nyanser som fackterminologin. Det er fråga om træning som en del av oss får alltför sällan i dagligdagen. Det gäller alla grupper - en del doktorander på mitt fakultet får för lite ut av kurser på engelska og känner sig hæmmade att deltaga i diskussionerna - samt klagar över att en del lokale föreläsare talar allt för dålig engelska.

Vad er lösningen? Vi får fortsätta med den kända blandning av nordiska språk og engelska og taga hensyn till varandra. Och tänka på att det inte bara er svært för finländare att forstå danska men också för danskar att forstå skånska og andra svenska tungomål. Erfarenheten viser att också en blandad diskussion (t.ex. fråga på engelska og svar på norske) fungerer bra. Når vi nu inte lever i den bästa av alle tänkbare verdar, så får vi göra det bästa ut av den värld vi nu engang lever i.

Andrus Viidik

Nordisk Gerontologisk Forening (NGF)

er et samarbeidsorgan for de gerontologiske og geriatriiske foreningene i de nordiske land. Følgende foreninger er fra og med 1993 tilsluttet NGF:

Dansk Gerontologisk Selskab: Formann Andrus Viidik, sekretær Jørgen Bruun Pedersen
Dansk Selskab for Geriatri: Formann Peder Jest, sekretær Jørgen Linde

Societas Gerontologica Fennica, r.f.: Formann Reijo Tilvis, sekretær Jaakko Valvanne
Suomen Geriatri-Finlands Geriater: Formann Jukka Heikkinen, sekretær Pirkko Jäntti
Föreningen för forskning i uppväxt och åldrande rf: Formann Pertti Pohjola, sekretær Tuire Parviainen

Societas Gerontologica Islandica: Formann Anna Birna Jensdóttir, sekretær Finnur Bardarson
Icelandic Geriatrics Society: Formann Thor Halldorsson, sekretær Björn Einarsson

Norsk selskap for aldersforskning: Formann Per Sundby, sekretær Jan Høyersten
Norsk Geriatriisk Forening: Formann Otto Chr. Rø, nestleder Anette Høyen Ranhoff

Svensk Geriatriisk Förening: Formann Ann-Kathrine Granérus, sekretær Karin Hedner
Svenska Läkaresällskapet's Sektion för Åldersforskning: Formann Jan Marcusson

NGFs ekspertråd:

	Danmark	Finland	Island	Norge	Sverige
Medisin:	Marianne Schroll	Reijo Tilvis	Ársæll Jónsson	Knut Laake	Bertil Steen
Biologi:	Henrik Klitgaard	Antti Hervonen	Sigurd St. Helgason	Olav Sletvold	Hans Lithell
Odontologi:	John Christensen	Anja Ainamo	Einar Ragnarsson	Eirik Ambjørnsen	Guy Heyden
Psykologi:	Pia Fromholt	Jan-Erik Ruth	Eiríkur Ó. Arnarsson	Aase-Marit Nygård	Boo Johansson
Sosiologi:	Bjørn Holstein	Pirkko Karjalainen	Sigrídur Jónsdóttir	Anne Helset	Mats Thorslund
Sykepleie:	Lis Wagner	Anita Brink	Anna Birna Jensdóttir	Björg Schei	Astrid Norberg

Hjertesukk fra redaksjonen:

GeroNord sendes - som kjent - gratis til medlemmene i NGFs 11 moderforeninger. Bladet sendes ut fra NGFs sekretariat (GeroNords redaksjon) i Oslo. Adressetiketter sendes oss fra de respektive foreninger.

Etter en GeroNord-utsendelse får redaksjonen ofte blad i retur merket «flyttet» eller «adressat ukjent», eller vi får melding fra enkelte medlemmer om at de får flere eksemplarer av samme blad. Vi forsøker så godt vi kan å sørge for at adressatene får sine blader, men det betinger at foreningene har ajourførte medlemskartotek. Vår bønn til medlemmene er: *Send adresseendringer til foreningene, ikke til oss. Vi må likevel sende dem videre.*

Når det gjelder dubletter av bladet, kan vi her i Oslo intet gjøre. Mange er medlem i mer enn én forening. Moderforeningene går gjennom sine lister og «luker ut» dubletter før listene sendes oss, men det er ikke alltid like lett å finne alle.

Vi håper etter hvert å finne en brukbar løsning på disse problemene, men foreløpig må både GeroNords lesere og sekretariatet/redaksjonen leve som best vi kan med den fremgangsmåten for utsendelse som eksisterer.

Red.

GeroNords redaksjon:
Nordisk Gerontologisk Forening
Oscarsgat. 36
N-0258 Oslo
Telefon: +47-22-55 74 20
Telefax: +47-22 56 19 50

GeroNord 1995:

Nr. 1 - 15. februar 1995, deadline 1. februar
Nr. 2 - 1. juni 1995, deadline 15. mai
Nr. 3 - 15. oktober, deadline 1. oktober

Om markedsføring av gerontologi

Kommentar til leder i nr. 3 1994

Det som i første rekke slår en legeser er at problemstillingen er identisk for svært mange fagmiljøer, fra håndverksfag til høyteknologi. Fagterminologien gjør forståelse vanskelig eller umulig og publikum bør vite mer om oss. Ett forslag som ofte går igjen er å knytte journalister til miljøet.

Jeg hadde gleden av å oppleve noen av foredragene i Jönköping i fjor og også stillsframvisningen. Og som legeser interessert vil jeg oppsummere inntrykkene slik: Dette var, bortsett fra rene faguttrykk, svært jordnært og nyttig for en som nærmer seg aldringen selv – og det gjør svært mange og en økende del av befolkningen.

Men jeg er av den oppfatning at det er en feil å mene at almenheten er en primær målgruppe for kunnskap om gerontologien. I første rekke er det ønskelig med opplysning for å synliggjøre mulighetene for behandling og forebygging, spesielt sett på bakgrunn av en utvikling mot lenger levealder.

Den målgruppe som vil være mest opptatt av dette er de eldre i samfunnet, som selv er eller vil komme til å være interesserte i å forbedre sin egen livskvalitet.

- Forskningsresultater kan gi gode muligheter til selv å påvirke egenutviklingen.
- Omtale av nye metoder og legemidler kan gi eldre innsyn i egen behandling og aktiv deltagelse i den.
- Personale i helsesektoren vil få en videre kunnskap til problemene og bedre muligheter til å utnytte kunnskapen.
- Antall eldre i befolkningen ventes å stige og dermed politisk påvirkningsmulighet.

Følgelig bør en forståelseskampanje rette seg mot denne delen av befolkningen og ikke ha en generell folkeopplysning som målsetning i første rekke.

Hvordan skal dette håndteres?

Svært mange eldre (ikke bare pensjonister) samles i forskjellige grupper. Noen på kurs, andre i pensjonistforeninger, en kategori er Rotarianere (som alltid er på utkikk etter gratis foredragsholdere), noen i andre offentlige institusjoner (rekonvalesent hjem, sykehus, helsefærmer). Mange banker har egne programmer for folk over 60.

Jeg ser for meg muligheten for at en liten gruppe, bestående av f.eks. to personer fra fagmiljøet, en administrator/markedsfører, kunne utarbeide et eller flere kåserier (med forskjellige emner som demensforebygging, benskjørhet, tvillingforskningen etc) og tilby dem til ovennevnte grupperinger, men også til opplæringsinstitusjonene innen helsevesenet. Stoffet må for all del ikke populariseres i hjel. Selv om jeg har pekt på fagtermer som fremmedgjørende må de for all del benyttes, men med varsomhet og eventuelt med forklaringer. Ovennevnte grupper er interesserte brukere som ønsker informasjon og utvikling og jeg tror man vil forbausens over persepsjonen.

I Norge har vi noe som heter Nasjonalt geriatriprogram og det er mitt forslag at en virksomhet som nevnt, finansiert under dette programmet, vil kunne være en målrettet aktivitet som vil vise positive resultater på kort tid.

I alle forskningsmiljøer klages det over liten forståelse for den virksomhet som drives. Etter min oppfatning må det være en viktig del av innsatsen å tenke på anvendelse i praksis, og dette forslaget kan være en mulig vei. Det er viktig at forskningsinnsats etter oppnådde resultater kanaliseres videre som undervisning, også utenfor skole/høyskole/universitetsmiljøene

Ove Oscar Andersen
Siv.ing.

Meldinger fra moderforeningene:

Geriatriciens framgång på Island

Geriatriciens vägar gick framåt på Island förra året, tack vare Palmi V. Jónsson's framgångar. Först blev han voran förste Docent i Geriatri, sedan klinikchef i Geriatri på stads-sjukhuset i Reykjavik, och nu til sist chefsläkare för internmedicin – neurologi – rehabiliteringssektorn på samma sjukhus. Detta har gjort att Geriatrien har nu fått allt mer respekt och uppmärksamhet. Optimismen färgar atmosfären här på isen.

Björn Einarsson

Förändringar i styrelsen i en av NGF:s moderforeningar

I Svenska Läkaresällskapets Sektion för åldersforskning avgick vid senaste årsmötet Bertil Steen efter 17 år i styrelsen, varav sex år som sekreterare, sex år som vice ordförande och fem år som ordförande. Samtidigt avgick sekreteraren Peter Ekelund. Till ny ordförande valdes docent Jan Marcussen, Linköping. Bertil Steen

Generalforsamling i Dansk Gerontologisk Selskab

Torsdag 30. mars 1995, holder Dansk Gerontologisk Selskab sin ordinære generalforsamling på Dansk Gerontologisk Institut, Aurehøjvej 24, Hellerup.

Forslag til dagsorden kan sendes sekretæren, Jørgen Bruun Pedersen, senes 14 dager før generalforsamlingen.

Red.

Norsk selskap for aldersforskning (NSA)

feiret i 1994 sitt 40-års jubileum med et festmøte i november og utgivelse av en fyldig 40-årsberetning, som er sendt gratis til NSAs medlemmer. Beretningen kan kjøpes ved henvendelse til NSAs sekretariat. NSAs årlige dagskonferanse arrangeres tirsdag 25. april med tema: «De 'vanskelige' i omsorgen. Når det skjærer seg mellom pasient og omsorgspersonale». Dagskonferansen vil være åpen for alle interesserte. Invtasjon med endelig program vil bli sendt ut i første halvdel av mars.

Sekr.

Referat af fælles selskabsmøde om Den «besværlige» gamle patient

For første gang i de to selskabernes historie afholdtes 26.11.94 et møde mellem Dansk Selskab for Almen Medicin og Dansk Selskab for Geriatri om samarbejdet mellem primær og sekundær sundhedssektor i forbindelse med sygdom hos gamle. Mødet var arrangeret i samarbejde med Astra og blev afholdt på Astras uddannelsescenter.

På mødet ønskede man at belyse samarbejdet om typiske geriatriske patienter, karakteriseret ved 1) multimorbiditet, 2) funktionsevnetab og 3) sociale uløste problemer.

Der var indlæg fra fire amter, nemlig Fyns, Frederiksborg, Ribe og Københavns amt. Efter disse indlæg og to politiske indlæg ved socialdemokratiets politiske ordfører Jan Petersen og folketingsmedlem Tove Fergo fra Venstre var der en udbytterig diskussion, som kan konkluderes i følgende punkter:

1. I relation til denne selekterede gruppe af gamle patienter er det

mest hensigtsmæssigt at samarbejdet mellem primær og sekundær sundhedssektor foregår mellem de praktiserende læger og geriatriske afdelinger.

2. På denne baggrund er der behov for udbygning af antallet af geriatriske afdelinger, hvilket stemmer godt overens med de planer, som Dansk Selskab for Geriatri fremlægger for Sundhedsstyrelsen med henblik på specialefordelingen, hvor man må tilråde etablering af geriatriske afdelinger i alle amter.
3. Samarbejdet bør yderligere styrkes ved etablering af praksiskon-sulenter og koordinerende hjemmesygeplejersker.
4. Der er behov for efteruddannelse af de praktiserende læger i relation til arbejdet med geriatriske patienter.
5. Indsatsen i primær sektor må primært dreje sig om, at identificere de svage gamle,

hvilket er de gamle, der er i en speciel risikosituation, og det bør være muligt for praktiserende læger at foretage forebyggende hjemmebesøg hos sådanne skrøbelige gamle patienter. Det vil netop være hos disse patienter, hvor der ofte vil være behov for et tæt samarbejde med de geriatriske afdelinger.

6. Der er behov for, at man fra politisk side vil opprioritere området, således at fokus i sundhedssektoren ikke alene ligger på de mere prestigefyldte højteknologiske specialer.
7. For at få et velfungerende samarbejde mellem primær og sekundær sektor skønnes der at være behov for opdeling i mindre enheder, og det ble pointeret, at der er behov for en individuel tilpasning af samarbejdsmodellen forskellige steder i landet.

*Overlæge, dr.med. Kirsten Hjort-Slrensen
Dansk Selskab for Geriatri*

Nordiska «Professor mötet» 1994

Mötet hölls i Reykjavik Island 1.-2. oktober. Först presenterades mätningsskalor för demens, ADL, motorik, livskvalitet och depression, men den diskussionen började i Bergen året innan. Geriatrik assessment blev livligt diskuterad och bestämdes att framarbete ett uppdrag av Consensus om ämnet i en kommission före nästa Professor möte. Undervisning i Geriatrik var nästa tema och planeras en post graduate kurs i Geriatrik, troligen i anknytning till Professor mötet. Kursens målgrupp, ämnet och kostnadsdelen håller man på med att framarbete före nästa möte. Olika akademiska modeller presenterades till samans med diskussion om nordiska modellerna vi har. Man började också en lätt diskussion om framtida forskning i Geriatrik, men det blir huvudtema vid nästa möte. Nästa Professor möte är planerad i Helsinki i Finland den 7.-8. oktober 1995

Björn Einarsson

Docent Jan-Erik Ruth får FPAs gerontologipris

Docent Jan-Erik Ruth från Borgå får Folkpensionsanstaltens gerontologipris, som delas ut för andra gången i 1994. Prissumman är 50.000 Fmk. Gerontologipriset beviljas varannat eller vart tredje år någon forskare som utfört högklassigt vetenskapligt arbete i hälsofrämjande syfte. Priset har senast delats ut år 1991 och tillföll då professor Eino Heikkinen från Jyväskylä universitetet.

Jan-Erik Ruth, 51 år för tillfället verksam som forskningschef vid Kuntokallio undervisnings- och forskningscentral i Sibbo. Han är också docent i psykologi vid Åbo Akademi. FPAs prisarbetsgrupp bedömer honom som den gerontologiska psykologins banbrytare i Finland. Han brukar också kallas den enda finlands-

svenska gerontologen och har medverkat som flitig artikelskribent i Folkpensionsanstaltens svenska kundtidning FPA-bladet.

Jan-Erik Ruth har forskat inom gerontologin i över 20 år. Tidvis har hans verksamhet varit förlagd till University of California i Los Angeles. Där utsågs han som första utlänning till «en av årets män» i Californien år 1992. Hans forskningsarbete har berört det mesta inom åldrandets psykologi: skapande och ålder, förändringar i personligheten i och med att man blir äldre, att lära sig på äldre dar, hur man upplever åldrandet, psykologi inför och i samband med döden, ensamhet, sex på äldre dar och mycket annat.

*(pressmeddelande från
Finska Folkpensionsanstalten)*

Geriatriplanlægning i Danmark

Dansk Selskab for Geriatri har i samarbejde med Sundhedsstyrelsen i Danmark udarbejdet et forslag til dels fremtidig specialefremlægning af geriatrien, dels beskrivelse af geriatriens funktion som basis- og landsdelsfunktion. Udgangspunktet har været de eksisterende geriatriiske afdelingers gradvist ændrede funktioner, den stigende efterspørgsel efter specialet, de forventede demografiske forandringer, den gradvise ændring i sygehusstrukturerne med dels højere specialisering, dels ønsket om en generalistfunktion, de ældre brugeres ønske om kvalitet og om ambulante ydelser, den stigende incidens og prævalens af visse ældresygdomme og sidst, men ikke mindst, det efterhånden store antal valide undersøgelser om den positive effekt af «geriatric assessment».

En status for specialets nuværende tilstand har vist geografiske og faglige uligheder. Ikke alle amter har geriatriisk assistance og ikke alle

geriatriiske afdelinger har mulighed for at tilbyde differentierede geriatriiske tilbud.

For at tilsikre en mulighed for ensartet geriatriisk assistance i sundhedssektoren foreslås derfor en organisation, der tilsikrer geriatriisk assistance i hvert enkelt amt i Danmark: funktionen bør, som en slags matrix-organisation, afpasses efter de lokale-regionale demografiske, geografiske og teknologiske forhold, indeholde 1-2 geriatriiske stationære enheder med mulighed for akut/subakut/elektiv indlæggelse, geriatriiske daghospitaler og geriatriiske teams med såvel interne (sygehuse) som eksterne (primære sundhedstjeneste) funktioner.

Grundprincippet er, at den geriatriiske afdeling som hovedregel bør placeres på et større sygehus, der tilsikrer de ældre patienter samme kliniske servicemuligheder og teknologi, som andre patienter, mens de øvrige sygehuse betjenes via geriatriiske teams eller som satelitenheder.

Geriatri er således en form for en mellemting af en basisfunktion og en landsdelsfunktion. For at tilsikre forskningsindsatsen og supervisionen bør de største hospitaler, herunder især universitetshospitalerne, rubriceres som en geriatriisk afdeling med en vis landsdelsfunktion.

Den fremtidige opgavevaretagelse medfører yderligere problemer angående rekruttering til specialet. Dansk Selskab for Geriatri har derfor optaget forhandlinger med Sundhedsstyrelsen vedrørende speciallægeuddannelsen og samtidig forsøges den kliniske uddannelsesfunktion optimeret på de enkelte geriatriiske afdelinger.

Det samlede forslag er nu sendt til høring i alle amter, i Amtrådsforeningen og i de relevante speciallægeselskaber. Derudover diskuteres planen også på møder i Dansk Selskab for Geriatri.

Peder Jest

Dansk Selskab for Geriatri

Utviklingsprogram om alderspsykiatri, rapport nr. 1
INFO-banken 1994
Pris: NOK 120,-

Atferdsforstyrrelser ved aldersdemens

Red.: Knut Engedal

Rapporten *Atferdsforstyrrelser ved aldersdemens* er den første i en serie fra Utviklingsprogram om alderspsykiatri og utgis fra INFO-banken. Rapporten som er på 115 sider, inneholder ni artikler. Forfatterne har omfattende erfaring med aldersdemente pasienter i sitt daglige arbeid som klinikere og forskere. Vanskelig atferd ved aldersdemens belyses fra et biologisk og fra et psykodynamisk perspektiv. Artiklene omhandler forståelsesmodeller for atferd ved demens og forslag til behandling av atferd som oppleves som vanskelig. Boken vil være nyttig lesing for

ulike faggrupper som pleiepersonell, ergoterapeuter, fysioterapeuter, leger, psykologer og andre med interesse for feltet.

— — — — —

Utviklingsprogram om aldersdemens, rapport nr 12,
INFO-banken 1994
Pris: NOK 75,-

45 år og dement?

En undersøkelse om mennesker med Downs syndrom og demens
Inge Ovesen

Psykisk utviklingshemming og aldring har vært et lite påaktet område her i landet, som bare sporadisk har vært diskutert. Manglende studier av mennesker med psykisk utviklingshemming over livsløpet har gjort det vanskelig å trekke konklusjoner om gruppen både i forhold til selve aldringen,

hvilke tilbud som burde utvikles og opplæring av personale.

På grunn av bedre medisinsk behandling og bedre levekår generelt har denne gruppen de senere årene vært økende. Man vet også at mange voksne med Downs syndrom vil utvikle en demens fra 40-50 års alder. Dette aktualiserer behovet for å se nærmere på situasjonen for eldre psykisk utviklingshemmede.

Denne rapporten tar opp vesentlige spørsmål omkring aldring og psykisk utviklingshemming generelt og problematikk i forbindelse med Downs syndrom og demens spesielt. Undersøkelsen som rapporten bygger på, er gjennomført i regi av Avdeling for voksenhabilitering ved Ullevål sykehus, og innvarsler forhåpentligvis en videre satsing på et område som har ligget brakk.

Rapportene kan bestilles fra INFO-banken, Granli senter, N-3170 Sem

To Fall but not to Break

Most serious diseases are at present diminishing, also in the Scandinavian countries and also among the aged – coronary disease, stroke, gastric carcinoma – and in some other diseases such as carcinoma for the lungs, the causative factor is well known and preventable. There remains, however, one serious disease, hip fracture, which is constantly increasing in frequency and so producing more and more pain and restrictions in the quality of life in the patients and more expenses for the community.

We know also that most of the reasons why the aged fall – deterioration of the sight, dizziness and vertigo, delay in the correction movements and so on – are not consequences of any diseases and as such possibly preventable in the future, but are ageing phenomena and hence becoming ever more common with the increasing numbers of the aged.

The quality of bones – also deteriorating with age – has long been a target of our studies. Unfortunately, fluoride only increased the number of fractures, and treatment with vitamin D and anabolic steroid together was too strenuous for the heart in aged women. Treatment with vitamin D alone, however, diminished the number of fractures, but even then more so on the ribs and the bones of the upper limbs, whereas its help in hip fractures was only minor.

Due to all this, padding around the hips proposed itself to me as the only really effective means of preventing hip fractures. My own activity began in July 1989. Almost simultaneously the same principle was also accepted in a few other countries. The first paper appeared in Germany in 1988 and the only Scandinavian – and the best published hitherto – that of Lauritzen and coworkers, tells about the experiences in De Gamles By in Copenhagen in 1991.

(Picture: Seppo Syrjä, Aamulehti 1.12.92)

Since I got the impression that I was really the only person in Finland who believed in the need and marketing possibilities of such an item as safety pants, I had after many negotiations with different business organisations to start myself as the producer and wholesale dealer of them. Even sale by retail has mostly remained my task, though during these two years since November 1992, when the safety pants have been available, I have found some retailers to help me.

The use of safety pants would also be on a large scale very economical. A hip fracture costs the community about 50000 Fmk, and because about 7000 a year occur in Finland, the yearly cost for them is about 350 million Fmk. On the other hand, if safety pants, which would cost about 100 Fmk a pair, were given to each of the 300000 Finns over 75 years, it would cost only about 30 million Fmk, in other words 10 per cent of the cost of hip fractures.

It would not be too bold to estimate that at least half of hip fractures would in this way be prevented. According to the published German and Danish experiences no one got a hip

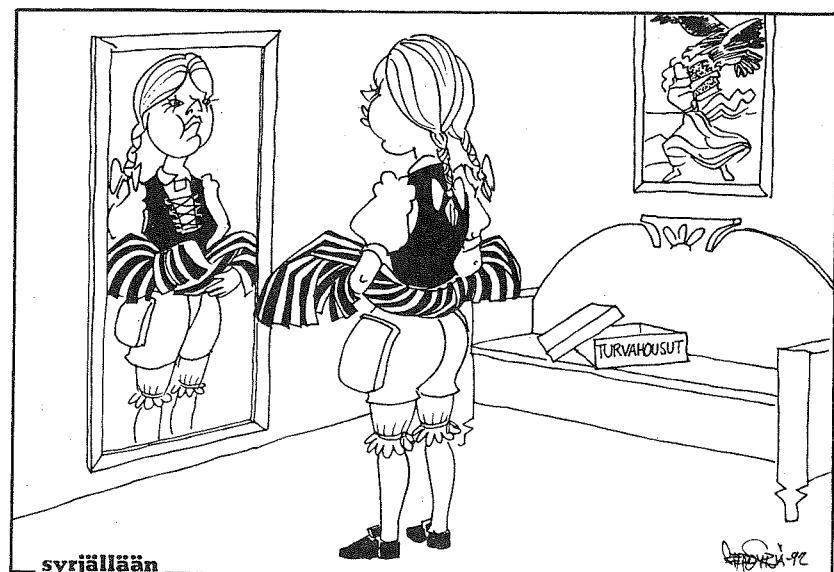
fracture when wearing the safety pants and according to tests made in Boston, our safety pants are at least as effective as the German and Danish ones.

Our safety pants are of cotton and have short legs. There is a closed pocket of 20x15 cm on each side and a 2-cm-thick pad of polyethylene in these. The pants weigh only 130 g. and are recommended to be used as «pants-in-between», i.e. not just on the skin, put on in the morning and taken off in the evening together with other clothes. They are easy to wash and dry overnight in regular bathroom conditions. Sizes available: S, M, L and XL.

I have been able to sell about 2000 pairs of these safety pants in Finland. I do not know about the marketing situation in Denmark, but I have got the impression that the interest in the other Scandinavian countries has hitherto been only scientific and theoretical.

Personally I am convinced that safety pants are the only means of turning the ever rising curve of hip fractures downwards again. Hence, I would like with all my heart to recommend the use of safety pants in all countries, and why not ours: effective, economical and easy to wear.

*Rauno Heikinheimo
Docent in Geriatric Medicine
Hämeenpuisto 1.A.3.
FIN-33210 Tampere*



The Maiden Finland knew already at the beginning of this century to fight for her law (picture, right) to secure her safety. Now (left) at the end of this century she knows that it is also up to date to trust to her safety pants.

BIOLOGICAL CHANGES IN THE AGING BRAIN

C.G. Gottfries

Professor Carl-Gerhard Gottfries ble tildelt den Nordiske Gerontologiprisen under den 12. Nordiske Kongress i Jönköping 1994. Prisen, NOK 50.000, ble utdelt for første gang, og er et samarbeid mellom Rhône-Poulenc Rorer og Nordisk Gerontologisk Forening

Professor Gottfries ble tildelt prisen «for forskning av meget stor betydning for forståelsen av psykiske problemer i alderdommen, og for ledelse av en tverrfaglig forskergruppe som er en svært viktig skole for unge forskere og som har resultert i et stort antall doktoravhandlinger».

GeroNord har fått anledning til å trykke en artikkel basert på professor Gottfries' forelesning «Hjernans biologiska åldrande», som ble holdt ved kongressen i Jönköping i 1994.

Introduction

Human beings have the longest senium of all species, if «senium» is defined as the time elapsing between the end of the reproductive period and death. The reason that human beings have such a long senium is a subject of speculation. The length of the senium has no obvious value for the survival of the species: Even if it is assumed that a woman can give birth up to the age of 50 and that it takes 15-20 years to bring up the child, the maximum lifetime needed would be 70 years. However, the average length of life is greater than this in many societies, e.g. 81 years for Swedish women, some of whom reach the age of 90 or 100. This «extra» survival time must depend on factors that, per se, are not intended to prolong survival. One possibility may be that our large reserve capacities, which are of use for survival, also provide higher resistance to involution processes.

Theoretically, one can separate between normal aging, adaptive processes, and age-related diseases. Normal aging develops slowly and is a process assumed to take place at a subcellular level without giving immediate signs or symptoms. Ultimately, however, when the reserve capacities of the brain are used up and the compensatory mechanisms are exhausted, symptoms and behavioural disturbances will appear. Diseases usually have a more rapid progress.

Involution of the Human Brain

Data from several sources indicate that involution of the human brain runs at an increased speed from the sixth or seventh decades of life (Carlsson and Winblad 1976, Carlsson 1986, Gottfries 1986). Whether this involution is a genetically determined process, the result of a less effective genetic programme, or a result of environmental factors is still unknown. Aging may come about because there is a limit to the number of divisions that the cells can accomplish. Once this number has been reached, the slowing down and ultimately the termination of the process of cell division may lead to progressive degeneration of the tissues. The genome could show increasing instability in time, with decreasing protection and repair activity. Aging could also be the result of random errors in the protein synthesis, with abnormal metabolites that increasingly disturb the chain of cellular functions. A combination of these factors may well be assumed. An involution phase is part of the genetic programme, but this part may be switched on earlier than normal in case of adverse influence from environmental factors.

Although an involution of the human brain is obvious, especially after the sixth decade of life, the brain is an organ with great reserve capacities. This explains why cognitive and emotional functions

may be maintained well into old age and signs and symptoms of mental insufficiency may be absent or unnoticed until the eighth or ninth decade of life.

Compensatory Mechanisms

What reserves and mechanisms has the brain for compensating for the loss caused by the involution process? First of all, the original number of neurons in the brain is very large. In several nuclei, function is maintained, even when number of neurons has been reduced by 50% and more. Another compensatory mechanism is the capacity of the neurons to increase its metabolism, if necessary. This means that neurons can produce more neurotransmitters and thereby compensate for the loss of other neurons (Carlsson 1986). A third mechanism is the single nerve terminal's ability to increase in size and take over the function of lost neighbouring terminals. A fourth mechanism is the ability of receptors, the target for the neurotransmitters, to increase their sensitivity and, thus, continue to respond adequately, although the number of released neurotransmitters is reduced (Wesemann et al. 1981).

When all these compensatory mechanisms are exhausted, symptoms of insufficiency, such as depression, confusion, impaired motor performance and cognitive impairment will appear.

Dementia is a term used for disorders in which cognitive impairment is so severe that the individual can no longer cope with daily living without support. It can be assumed that if the individual lives long enough, brain changes included in the concept of «normal aging» will cause such severe cognitive impairment that the individual fulfils the criteria for dementia. Although the involution is intensified in the sixth decade of life, it takes at least another two decades for the involution process to bring the individual down to the level of dementia (Fig. 1). Involution of the brain is a slow and silent process, which manifests itself as a mild decline in mental functions. If the individual is stressed, however, thresholds are low and depressive disorders, confusion and anxiety states easily show up.

There is no common name for disorders in which the capacity of an individual's brain is reduced but the symptoms are mild or absent because of the brain's reserve capacity and the individual cannot be considered demented. The suggested name «dysmentia» (Chiu 1994) seems appropriate in contrast to names such as «benign senescent forgetfulness» and «age-associated memory impairment» (Fig. 1).

Structural Changes

It has long been known that there are structural changes in normal aging (Arnold 1992). A widening of the ventricles occurs in high age and the volume of the brain declines to around 80% of its original volume. At the time of birth, the brain weighs around 350 g. It reaches a maximum weight at the age of 20. The brain weight is dependent on environmental factors. The average brain weight has increased during the last century, most likely because of increasingly improved nutritional status. In a recent investigation (Svennerholm et al. 1994a), 151 subjects were studied. The predicted brain weight at 20 years of age was $1.422\text{kg} \pm 47\text{g}$ for females and $1.632\text{kg} \pm 27\text{g}$ for males. The brain weight began to diminish at the age of 20 and the predicted value at the age of 100 was $1.155\text{kg} \pm 25\text{g}$ for females and $1.244\text{kg} \pm 25\text{g}$ for males, which means that the decrease was 20% for female brains and 24% for male brains.

The volume and number of nerve cells also change with age, but brain-regional differences exist. Fairly dramatic reductions in the number of nerve cells were often reported earlier. They may have been overestimations, as changes in the volume of neurons were not taken into account. More recent

studies have shown that there is a reduction in the volume and only to a lesser extent in the number of neurons. Studies have also shown that there is a loss of dendritic processes and spines in high age. A simultaneous compensatory growth of dendrites, especially an elongation, also occurs.

Lipofuscin pigments, neurofibrillary tangles, neuritic plaques and granulovacuolar degeneration are also found in the aging brain, but some of these pathological changes occur to an extremely larger extent in patients with dementia. The importance of these histopathological changes for normal aging is not clear.

Neurochemical Changes

In 118 subject, aged 20-100 years, Svennerholm et al. (1994b) investigated the composition of membrane lipids from frontal and temporal cortex and white matter. From 20 years of age, the total solids, phospholipids and cholesterol from the frontal and temporal cortex diminished linearly. In frontal and temporal white matter, however, the total solids, phospholipids, cholesterol, cerebroside and sulfatide showed a curvilinear diminution with a somewhat faster decline above the age of 60. Ganglioside concentration, which is a measure of axonal/dendritic outgrowth did not show any diminution before 70 years of age; not until after the age of 80 did the changes become pronounced.

Figure 2 shows that neurotransmitter metabolism and activities in enzyme systems involved in the neurotransmitter metabolism undergo changes with aging. Reduced activity in cholineacetyl transferase indicates that the acetylcholinergic system is sensitive to aging. Reduced levels of monoamines and their metabolites indicate that these systems are also sensitive to aging. Of the catecholamine systems, the dopamine (DA) system seems to be

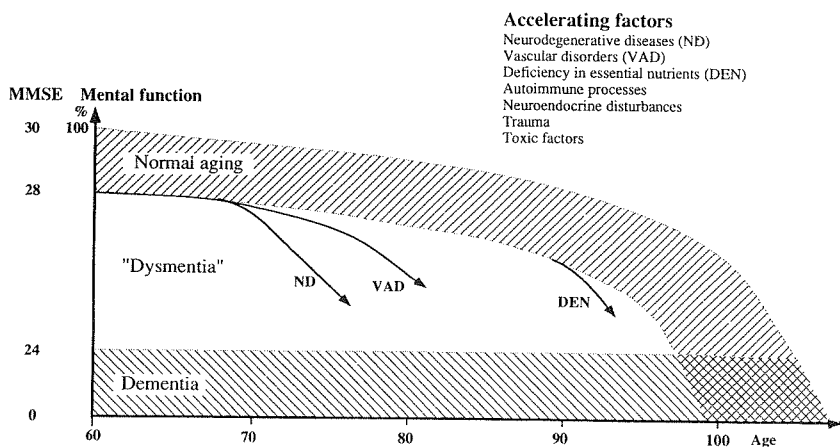


Figure 1. Factors influencing the decline of mental functioning. The white circumscribed area is equivalent to the reserve capacity for cognitive functioning.

most sensitive. The serotonin system is also sensitive to aging, and there is almost a 50% reduction of the 5-HT concentrations in some discrete areas of the brain in the age span between 60 and 90 years.

The activity of monoamine oxidase B is increasing with age. The increase may be due to the fact that this isomer of the enzyme is located mainly in glial cells and, therefore, is a marker for gliosis.

Neuropeptides do also change with aging. In the hypothalamus, there was a significant positive correlation between age and the concentration of corticotropin-releasing factor (CRF) (Wallin et al. 1990). Raadsheer (1994) found that CRF neurons in the paraventricular nucleus of the hypothalamus in high age also expressed vasopressin and that the cells were overactive. These findings may explain a hyperactivity of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis seen in elderly people.

Behavioural Disturbances

Usually reduced activity in the acetylcholinergic system is considered to cause reduced memory functions. It is obvious that drugs that inhibit acetylcholinergic function cause memory

disturbances that mimic those seen in aging. Possibly the reduced activity in the acetylcholinergic system also causes reduced thresholds for delirium or confusional states in elderly people. The impact of age-related changes in the serotonergic system on behaviour may be expected to be reflected in lower thresholds for emotional disturbances, such as depressed mood, anxiety and aggression. It is obvious, however, that the 5-HT system also has importance for other functions, for instance sleep, appetite, locomotor activity, sexual behaviour and circadian rhythms. The DA system is of importance for several functions. It controls not only motor performance, but also cognitive and neuroendocrine functions. Thus, it is natural to assume that the disturbances of motor performance and possibly also of working memory seen in elderly people may be related to the deficiency of the dopaminergic system caused by the aging process.

Transmethylation in Aging and Deficiency in Cobalamin

According to findings by Pennypacker et al. (1992), there is a high prevalence of cobalamin

deficiency, as demonstrated by elevations in serum-methylmalonic acid (MMA) and homocysteine in addition to low or normal serum-cobalamin levels in elderly patients. In patients with memory disturbances, there is a high frequency of patients with low serum-cobalamin levels (Regland et al. 1988). Regland (1991) has also shown that there might be a selective deficiency of cobalamin in the CNS, as marked by low CSF-B₁₂, high CSF-MMA and high CSF-homocysteine levels in elderly people. Transmethylation reactions are of great interest in connection with aging and dementia disorders. The synthesis of S-adenosylmethionine (SAM) and S-adenosylhomocysteine (SAH) is closely linked to the folate cycle and vitamin B₁₂ metabolism. In postmortem investigations, the activity of methionine-adenosyltransferase (MAT), the enzyme responsible for the synthesis of SAM, was found to be inversely correlated with the serum B₁₂ levels in some discrete brain areas. In the human control group, the activity was found to be directly correlated with age (Gomez-Trolin et al. 1993).

Discussion

It seems rational to divide elderly into two groups, younger elderly and older elderly, with a dividing line at age 80. The younger elderly are a rapidly growing group of retired people who are physically and mentally vigorous. They are relatively healthy, relatively well off, well educated and active and, therefore, they are an important group in society. It can be assumed

		Cortex	Hippo- campus	Nucleus Caudatus	Thalamus
ACh	CAT	↓	↓	↓	
	AChE	→	→	→	
	M-rec	↓	↓	→	↑
	N-rec	↓	↑		↑
5-HT	5-HT	↓	→	↓	→
	5-HIAA	→	→	→	→
	S1-rec	↓	↓	→	
	S2-rec	↓	↓	→	
NA	NA	↓	↓	→	→
	α-rec	→	→		
	β-rec	→			
DA	DA	→	↓	↓	↓
	HVA	↑	→	↓	
	D1-rec			↑	
	D2-rec			↓	
MAO	MAO-B	↑	↑	↑	↑
GABA	GAD	↓		→	↓
	GABA-rec	↑			

CAT = cholineacetyl transferase, AChE = acetylcholine esterase, rec = receptors, M = muscarinic, N = nicotinic, 5-HT = 5-hydroxytryptamine, 5-HIAA = 5-hydroxyindoleacetic acid, S = serotonergic, NA = noradrenaline, DA = dopamine, HVA = homovanillic acid, MAO = monoamine oxidase, GAD = glutamic acid decarboxylase, GABA = gamma-aminobutyric acid •

Figure 2. Changes in the human brain neurotransmitter systems in normal aging

that changes of involution occur in this group, but that the brain's reserve capacity is so large that no symptoms or signs of deficiency appear. It is only when these individuals become stressed that symptoms may manifest themselves. In the older elderly, however, the compensatory mechanisms of the brain seem to be exhausted and, therefore, symptoms of insufficiency appear. Motor functioning disturbances, impaired cognition, and emotional disturbances, especially in the form of depressed mood, are some of the more important disorders seen in the elderly. Reduced activity in the neurotransmitter systems is an obvious pathogenetic factor in these disorders. It would certainly be difficult, and it might even be wrong, to try to diagnose the disorders in the elderly according to the criteria in DSM-IV and ICD-10. An example is that, according to epidemiological studies, the prevalence of major depressive disorders is decreased in the elderly. Still, it is clinically well known that depressed mood is a very common symptom among the elderly. More than 15% of a base population of elderly people above 65 show symptoms of depressed mood, although they do not fulfil the criteria for major depressive disorder. It may be better to discuss emotional disturbances or even a serotonin deficiency syndrome in the elderly. The same can be said about motor performance disturbances in old people and in Parkinson's disease. Although the 80-year-old patient does not fulfil all the criteria for Parkinson's disease, DA deficiency in the brain may be a factor in disturbed motor performance.

Some of the neurotransmitters are involved in the control of neuroendocrine functions. Obviously, there is a reduced inhibition of the HPA axis in aging.

This may lead to vicious circles in the form of continuously high cortisol levels which are harmful not least for the brain. It would be great progress, if such vicious circles could be broken by neurotransmitter substitution (Balldin et al. 1988).

There is a great need for psychopharmacological studies in the elderly. The pharmaceutical industry has today provided us with drugs with tailor-made effects. We do not have access only to selective serotonin reuptake blockers, but also to selective MAO inhibitors. In the near future, research will provide us with drugs that selectively activate or antagonize specific receptor types. Even if reduced activity in transmitter systems is the consequence of a normal aging process, this does not mean that it should not be treated by drugs. In fact, in normal aging, the effects of drugs can be even more successful than in pathological conditions such as Alzheimer's disease.

References

- Arnold G (1992) The brain in aging. «Greenfields Neuropathology», 5th edition, pp 1290-1317
- Balldin J, Gottfries CG, Karlsson I, Lindstedt G, Långström G, Svennerholm L (1988) Relationship between DST and the serotonergic system. Results from treatments with two 5-HT reuptake blockers in dementia disorders. *Int J Geriatr Psychiatry* 3:17-26.
- Carlsson A (1986) Neurotransmitters in old age and dementia. In: Heffner H, Moschel G, Sartorius N (eds) *Mental health in the elderly: a review of the present state of research*. Springer, Berlin, pp 154-161.
- Carlsson A, Winblad B (1976) Influence of age and time interval between death and autopsy on dopamine and 3-methoxytyramine levels in human basal ganglia. *J Neural Transm* 38:271-276.
- Chiu E (1994) What's in a name - dementia or dysmentia? (Editorial). *Int J Ger Psychiatry* 9:1-4.
- Gomes-Trolin C, Löfberg C, Trolin G, Orelund L (1994) Brain ATP:L-methionine S-adenosyltransferase (MAT), S-adenosylmethionine (SAM) and S-adenosylhomocysteine (SAH): regional distribution and age-related changes. *Eur Neuropsychopharmacol*, in press.
- Gottfries CG (1986) Nosological aspects of differential typology of dementia of Alzheimer type. In: Bergener M, Ermini M, Stähelin H B (eds) *Dimensions in aging*. Academic Press, London, pp 207-217.
- Pennypacker LC, Allen RH, Kelly JP, Matthews LM, Grigsby J, Kaye K, Linderbaum J, Stabler SP (1992) High prevalence of cobalamin deficiency in elderly outpatients. *J Am Geriatr Soc* 40:1197-1204.
- Raadshere FC (1994) Increased activity of hypothalamic corticotropin-releasing hormone neurons in aging, Alzheimer's disease and depression. *Academisch Proefschrift*, University of Amsterdam.
- Regland R. Vitamin B₁₂ deficiency in dementia disorders. Doctoral thesis. Göteborg University, Sweden, 1991
- Regland B, Gottfries CG, Orelund L and Svennerholm L (1988) Low B12 levels related to high activity of platelet MAO in patients with dementia disorders. A retrospective study. *Acta Psychiatr Scand* 78:451-457.
- Svennerholm L, Gottfries CG (1994a) Membrane lipids selectively diminished in Alzheimer brains, suggest synapse loss as a primary event in early-onset form (type I) and demyelination in late-onset form (type II). *J Neurochem* 62:1039-1047.
- Svennerholm L, Boström K, Jungbjer B, Olsson L (1994b) Membrane lipids of adult human brain: lipid composition of frontal and temporal lobe in subjects of age 20 to 100 years. *J Neurochem* 63:1802-1811.
- Wesemann W, Arold N, Rodden A, Weiner N (1981) In: Riederer P, Usdin E (eds) *Transmitter biochemistry of human brain tissue*. MacMillan, London, pp 55-69.

NordRAI-møte på Island

NordRAI är ett nordiskt samarbete mellan forskare inom äldreomsorgen som, bl a med hjälp av ett gemensamt instrument, RAI, The Resident Assessment Instrument, försöker beskriva vad som karakteriserar de boende på sjukhem samt förbättra dokumentationen och omvårdnaden av dessa. Även på andra vårdnivåer (ålderdomshem, servicehus, hemsjukvård) kan RAI användas och kopplas till det hälsoekonomiska RUG-systemet (Resource Utilization Groups) vilket gör att ekonomiska jämförelser av vårdinstitutioner och -nivåer inom och mellan olika länder kan bli möjligt i framtiden (1).

På en stor överlappning i styrgruppen för NordRAI-projektet och Professorgruppen i geriatrik/gerontologi i Norden som redan tidigare beslutat träffas på Island i september-oktoberskiftet, överenskom värden Pálmi Jónsson, Marianne Schroll, Reijo Tilvis och undertecknad att försöka mötas en dag extra på Island för NordRAI-diskussioner. Även de mycket aktiva isländska sjuksköterskorna, med ordföranden i Isländsk Gerontologisk Förening, Anna Birna Jensdottir i spetsen, blev entusiastiska inför idén om ett gemensamt möte varför det bestämdes att de nordiska sjuksköterskorna som är involverade i olika RAI-projekt också skulle mötas på Island. Till det senare mötet inbjöds också professorn i omvårdnad i Columbia, Missouri, Marilyn Rantz, som har mycket ingående kunskaper i RAI-instrumentet och vårdplanering baserad på denna.

I det ganska nyligen etablerade NordRAI-projektet har den första uppgiften varit att engagera (eller kanske genom RAI-instrumentets kvaliteter och användningsområden övertyga) samtliga nordiska länder att gå med, vilket nu lyckats. En översikt över NordRAI-projektet har nyligen givits i Nordisk Medicin (2).

Vid detta således första fullnordiska RAI-möte presenterades läget beträffande RAI i respektive land. Sverige har här som initiativtagare gått i djupet i metodologiskt hänseende och testat validitet och reliabilitet gentemot det amerikanska originalet på ett stort antal vårdnivåer, medan Danmark och Island gjort respektive påbörjat fullständiga bedömningar av ett stort antal äldre personer på institution (Liv på pleiehjem: 3.500 i Köpenhamn (3), 1.500 på Island). Finland startar ett pilotprojekt nu under hösten (1994) i förhoppningen om att detta kan utvidgas under våren. Norge söker projektmedel från Social- och helsedepartementet, förhoppningsvis stärkt i argumentationen av potentialen av det nordiska samarbetet.

För att hjälpa varandra med olika praktiska detaljer, diskuterade vi också för pilotprojekt i Finland och Norge utlåning av eller hjälp med befintliga dataprogram för framställning av RAI-formulär (finns på svenska i Word for Windows 6.0) och inmatning (dBase) samt beräkningar av resurstal och annan statistisk (SAS).

Till det goda diskussionsklimatet bidrog säkert också våra värdares välplanerade sociala program i form av utflykter till Blå Lagunen, Gullfoss vattenfall och geisrar, varvat med välplanerade middagar.

Redan om ett år planeras nästa NordRAI-möte, då i Helsingfors. Tills dess hoppas vi mycket har hänt med användningen av RAI-instrumentet.

*Gunnar Ljunggren
Överläkare Dr.med.
Institutionen för klinisk
neurovetenskap och allmänmedicin
Sektionen för geriatrik
Karolinska Institutet
Huddinge sjukhus*

Referencer:

- (1) Ljunggren, G.: Resource Utilization in Geriatric Care. Studies of case-mix, length of stay, and outcome. Stockholm: Karolinska Institutet, 1992, Medical dissertation
- (2) Ljunggren, G.: NordRai analyserar äldreomsorg i Norden. Nordisk medicin 1993; 108:327-328.
- (3) Liv på pleiehjem, LederForum 1993; 6:4-7.

RAI-symposium

RAI-enheten tillsammans med Sprin och Karolinska Institutet anordnar ett symposium om internationell äldreomsorg i Stockholm mandag 12.5. 1995, där ett tiotal internationella forskare och kliniker ger en översikt över äldreomsorgen i respektive land. **Titel:** Caring for the elderly in ten countries. Organisation, quality, and costs.

Deltagande länder: Sverige, Danmark, Island, Holland, Storbritannien, Frankrike, Schweiz, Italien, USA och Japan.

Symposiet ger en översikt av äldreomsorgen i stort ut ett internationellt perspektiv men presenterar också praktiska erfarenheter kring kvalitetsfrågor, vårdplanering, organisation och kostnader. Vårdnivåer som belyses är bl a geriatrik, sjukhem och hemsjukvård.

Med samarbete och goda mätinstrument kan vi lära av och jämföra oss med varandra för att bättre kunna bidra till en äldreomsorg av god kvalitet. I samband med konferensen ges också ut en översikt på svenska över de deltagande ländernas hälso- och sjukvård med betoning på de äldre.

Ytterligare information:
RAI-enheten,
Sabbatsbergs Sjukhus, Box 6401,
S-113 82 Stockholm,
tel +46 8 690 6666, fax 690 6637.

Per Erik Solem, Reidun Ingebretsen, Kolbein Lyng, Aase-Marit Nygård (red.), 1994, Psykologiske perspektiver på aldersdemens
Universitetsforlaget, Oslo, 1994
212 sider, NOK 250, ISBN 82-0003911-0.

Denne bog kan læses som redaktørerne skriver, som «en redegørelse for nogle aktuelle psykologiske perspektiver som kan tilføje dette felt nyttig kundskab» og som «belyser bredden i de psykologiske forståelsesmuligheder fremfor i en enkel overgribende model».

Jeg kan ikke lade være med at læse den som et indlæg i en debat mellem den psykologisk og den biomedicinske tænkning på demensområdet, men bogen rummer også debatten inden for psykologien.

Der er tænkt meget på bredden i bogen. Man kommer langt omkring i psykologien på de 200 sider og forfatterne er en blanding af forskere og klinikere med en forventet vægt af bidrag fra Norsk gerontologisk institut.

Kan vi forklare den demente: En dramatisk fortælling

Første del hedder: Hvad er aldersdemensens etiologi, symptomer og diagnostik. Det er en dramatisk fortælling, hvorfor – vil jeg vende tilbage til.

Først skriver den lægelige demensekspert *Knut Engedal*, om klassifikation, årsagssammenheng og muligheder for medicinsk behandling. Han skriver om «demens som en fællesbetegnelse på organisk hjernesygdom og skade som fører til kronisk svigt af intellektuelle evner, motoriske og affektive funktioner». Det er en koncentreret, men overbliksgivende tekst. Man fristes til at falde til ro i dette overblik.

Herefter kommer der et slags intermezzo hvor *Per Erik Solem*, præsenterer «Ulike perspektiver på aldersdemens». Han kommenterer den medicinske forståelse lidt kritisk og præsenterer derefter den neuropsykologiske, psykodynamiske, socialpsykologiske og en dialektisk forståelse i korte afsnit, der bredt favnende ridser indholdet i mange af de senere

kapitler op. Det er stadig et fredssommeligt overblik.

Freden brydes brat i *Kolbein Lyngs* kapitel om «Den medicinske sygdomsmodel i kritisk belysning». Det er en skarp analyse af problemerne i den medicinske diagnostik anvendt på demensområdet. Hans konklusion er, «at den medicinske model er uegnet til å forstå mental funktion og kan vanskelig tjene som ramme for å forstå den aldersdementes atferd og oplevelse», og det er «kunnskap på det atferdsmessige og oplevelsesmæssige plan vi trenger, for å forstå personens handlinger».

Efter denne analyse af den medicinske models svagheder går man forventningsfuld i gang med *Nils Inge Landrø*: Fra normal aldring til demens: Et kognitivt perspektiv. Med udgangspunkt i en informationsbearbejdningsmodel belyses hukommelsen ved normalt aldring og ved senil demens. Han konkluderer, at den normale aldring næppe resulterer i specifikke funktionssvigt, men i højere grad er præget af kvalitative ændringer, hvorimod der ved demens af Alzheimer type er relativt specifikke forstyrrelser.

Psykologien kunne ikke helt holde til *Kolbein Lyngs* løfte om anvendelighed. Kapitlet slutter dog med, at vende sig til bogens debattema: «Der er intet een til een forhold mellem de biologiske forandringer og de funktionelle forandringer» og «Konsekvensen af dette er, at den generelle neurobiologiske kunnskab ikke lægger begrænsninger på, hvordan man skal forstå relasjonene mellom hukommelse og aldring». Altså psykologien er fri!

Som i alle gode dramaer viser det sig dog hurtigt, at det ikke går så nemt med at blive fri. Det viser sig i de næste tre kapitler, der handler om anvendelse af psykologisk testning.

Hallgrim Kløve og Bjørn Ellertsen stiller sig det grund-

læggende spørgsmål: Hvordan adskilles patologisk ændringer i hjernen fra normale aldersforandringer ved hjælp af psykologiske undersøgelser? Forfatterne mener ikke selv, at der findes måleinstrumenter i Norge, der kan besvare spørgsmålet. *Klinikkerne Jens Egeland og Per Kristan Haugen* får stillet det umulige spørgsmål hele tiden og beskriver fornuftigvis, hvad man alligevel kan udrette med den psykologiske testning.

Disse kapitler om psykologisk testning viser eksempler på, hvordan psykologien er gået i den medicinske diagnostiks tjeneste. Det gør den godt. Da det reelle grundlag for en demensdiagnose som regel er adfærds kriterier bør det ikke undre nogen, at de psykologiske test har en del at byde på. Beskrivelsen af de psykologiske undersøgelsesmetoder er til gengæld ikke overbevisende, når det drejer sig om bidrag til at «forstå den aldersdementes atferd og oplevelser», som det blev efterlyst af *Kolbein Lyng*.

Kan vi forstå den demente: En følsom fortælling.

Anden del af bogen hedder pårørende, intervensjon, tiltak og omsorg. Jeg har et forslag til en mere dækkende overskrift: «Forståelse og behandling af senil demente, deres adfærd og deres omgivelser». De to dele af bogen står i interessant relation til hinanden. De repræsenterer henholdsvis et diagnostisk og et terapeutisk paradigme, der i fokus, praksis og stil står langt fra hinanden. Det er en del af debatten i psykologien.

Kjersti Wogn Henriksen rejser det grundlæggende spørgsmål: Hvor meget er hjernedefekt, og hvad er reaktionen på den og hvordan skal man konkret kunne forstå det indre liv i den gamle? Hun leder i sit kapitel om psykodynamisk forståelse efter hjælp til modeller for forståelse af den senil demente. Der er flere følelser i det ene kapitel end i de foregående 7. Stilen er lagt. *Per Erik Solem* forstår den dementes adfærd som et resultat af kommunikationsproblemer. *Solem*

kritiserer mange misforståede anvendelser af «Realitetsorienteringen» for at være overtalelser, sproglige overgreb og en ganske «hårdnakket og påståelig praksis». Han foretrækker forståelsen og metoderne bag Carl Rogers «Aktive lytning» der i demensudgaven hedder «Validering». Hans ærinde er grundlæggende, at forbedre relationen til den demente.

Reidun Ingebretsen forstår demensen i et familiedynamisk perspektiv og anvender en indlevende stress-mestringsmodel til sin analyse. Med den lykkes det, at give et meget nuanceret forståelse af, hvad der sker i familien omkring den demente. Svaret på, hvad man skal stille op med denne forståelse får vi først i hendes næste kapitel. Svaret er etablering af samtalegrupper med pårørende til aldersdemente. Det er netop et sted, hvor de pårørende kan føle sig forstået og komme ud af isolationen.

Inger Hilde Nordhus skriver stort set det samme kapitel som Reidun Ingebretsen, men bruger forskningsresultater fremfor indlevelse som udgangspunkt. Hun gør opmærksom på, at forskningen omkring det emotionelle klima i familien som har betydning for i skizofreniforskningen kan have relevans for demente og deres pårørende. De konsekvenser hun drager af sin viden er også terapeutiske: Formidling af information og udvikling af problemløsningsstrategier gennem gruppe- og individuel terapeutiske tiltag.

De fleste af kapitlerne er optaget af at «forstå atferd og oplevelser». Forfatterne henter klassiske psykologiske modeller eller teorier ind og prøver dem af på de senile demente. De beskæftiger sig ikke med det diagnostiske paradigme – de fleste er skrevet inden for rammerne af et terapeutisk paradigme, hvor konstruktion af «terapi og tiltag» bliver centralt. En terapi eksisterer heller ikke, hvis den ikke har et navn: Jeg-støttende terapi, realitetsorientering, validering, samtalegrupper o.s.v. bliver foreslået. Det man her savner, er et kapitel i denne

del af bogen som forholdt sig problematiserende til det terapeutiske paradigme. Per Erik Solem sætter selv et af de terapeutiske problemer på dags-ordenen: Jo vanskeligere man selv har det med den demente, jo større bliver kravet om forandring, forbedring og behandling. Kan man finde problem-lindrende måder falder behovet for intervention og forbedring.

Aase-Marit Nygårds kapitel udgør i virkeligheden bogens tredje del. Kapitlet er et bidrag til diskussionen om demensomsorgens rammebetingelser og udviklingsbetingelser, samt et afsnit om de svære etiske overvejelser omkring livsafslutningen. Denne tredje del kunne have været lidt længere. Hjælpesystemet trænger til at stille spørgsmål om sig selv og sin virksomhed. Vi mangler et afsnit om demensomsorgens bivirkninger. Her kunne psykologiske bidrag være velkomne. Ofte vil fagfolk koncentrere sig om deres eget arbejde med de demente, selvom deres resultater modvirkes eller ødelægges af rammebetingelserne.

De fleste kapitler kan læses med fornøjelse af faggrupper med et basalt kendskab til psykologi. Den vil kunne læses med stor fornøjelse af andre psykologer som ikke har særlig kendskab til aldersdemens.

En bog om psykologiske aspekter på aldersdemens for ikke-psykologer må naturligvis have karakter af en lille lærebog. Det har den også, og den kan bruges i tilknytning til mange undervisningsforløb omkring senil demens. Det er godt den bog blev skrevet, og bogen er relevant læsning også uden for Norge, men er demenspsykologi et norsk speciale? Det kunne være spændende hvis nogen kunne vise, hvad en nordisk bog kunne byde på.

Knud Ramian

Anmelder:

Knud Ramian, psykolog, centerleder, Center for Evaluering, Psykiatrien i Århus Amt, Danmark.

Udgivelse af plakat og brochure for at forhindre faldulykker

En gruppe islandske fysioterapeuter der arbejder med ældre patienter udgav i december sidste år en brochure og en plakat, der handler om hvordan man kan forhindre faldulykker. Formålet med plakaten er at vække opmærksomhed på problemet, men brochuren indeholder oplysninger om de almindeligste farer, og hvilke foranstaltninger man kan gøre for at forebygge dem. Desuden er der vejledning om lette styrkeøvelser, og hvordan man kan rejse sig op fra gulvet. For at det skulle være lettere for ældre mennesker at læse teksten, valgte gruppen at have mørkegrøn farve som grundfarve på plakaten og brochuren og teksten er med hvide bogstaver.

En plakat og brochurer blev sendt til de steder hvor ældre mennesker færdes, som alderdomshjem, kirkenes forsamlingshuse, fysioterapifdelinger, helsecentre m.m.

Fysioterapeuter der arbejder inden for geriatrien dannede en uformel interessegruppe i 1988 inden for Islandske Fysioterapeuters Forening. Grunden til at denne interessegruppe blev dannet, er at mange fysioterapeuter i geriatrien arbejder alene, og føler sig ret isoleret i sit arbejde. I interessegruppen har man kunnet diskutere og veksle erfaringer på faglig basis og desuden fået forelæsere og holdt kursus i henhold til gruppens ønsker. Der er nu omkring 30 aktive fysioterapeuter i gruppen og den største del af dem valenterede i arbejdet omkring udgivelsen.

Helbredsministeriet og Islands Livredningsselskab støttede udgaven økonomisk.

På interessegruppens vegne,
Ella B. Bjarnarson, fysioterapeut
Sigrún Gudjónsdóttir, fysioterapeut

Ken Heap

SAMTALEN i eldreomsorgen -

Kommunikasjon - Minner - Kriser - Sorg. 2. utgave.

ISBN 82-446-0122-1 BM

Kommuneforlaget 1994, 290 sider

NOK 368.

«SAMTALEN i eldreomsorgen» ble første gang utgitt i 1990 og boken har vært mye benyttet i opplæring innen helse- og sosialfag. Den henvender seg til alle omsorgsarbeidere: sykepleiere, hjelpepleiere, sosionomer, ergoterapeuter, leger, psykologer, fysioterapeuter, vernepleiere og andre som er direkte formidlere av helse- og sosialtjenester til eldre mennesker. Til glede for nye kull under opplæring og i videreutdanning er den nå kommet i ny utgave. Boken har fire hoveddeler.

Del I tar for seg samtale med eldre mennesker; kontaktforholdets betydning, behovet for å individualisere hjelpen, lytte, forstå og akseptere. Selve kommunikasjonen mellom eldre brukere og omsorgsarbeidere blir redegjort for og eksemplifisert. Det vises til spesielle utfordringer ved sansevækkelse, forvirring og demens. I slike situasjoner rettes søkelyset mot omsorgsgivere og behovet for å tydeliggjøre signaler og bli bevisst egne reaksjoner.

Del II dreier seg om minner og minneaktivitet eller såkalt reminisens som redskap i eldreomsorgen. For å anerkjenne den enkeltes identitet er det viktig å anerkjenne deres historie og minnenes betydning. Forutsetninger for integritet knyttes til verd, verdighet og selvstyring i den aktuelle situasjon og opplevelse av kontinuitet og sammenheng i livet så langt. I denne nye utgaven viser forfatteren bl. a. til betydningen av en slik tilnærming når det gjelder eldre innvandrere og flyktninger. I møte med en ny kultur kan det være ekstra sentralt å møte og ivareta minner om fortiden.

Selv om denne delen er noe utvidet kunne en ha ønsket en utdypning både av den teoretiske bakgrunn for minneaktivitet, nyere forskning på feltet og en grundigere diskusjon av praktiske og metodiske overveielser. Ikke minst gjelder

dette møte med flyktninger og andre som kan ha traumatiske erfaringer bak seg. Det blir viktig å understreke at hensynet til verdighet og selvstyring må være overordnet. Det er den enkeltes egne bestrebelser i retning av å se kontinuitet og sammenheng som må bli utslagsgivende for hvilke redskaper personell benytter. Vi trenger riktignok en motvekt til den terapeutiske pessimisme som har hersket innen eldreomsorgen. Men det er også en risiko for at noen blir grepet av en overdreven intervensjonsiver uten god kontakt med brukerne. Man må nøye vurdere behovet for intervensjon og metodebruk i hvert enkelt tilfelle.

Del III og IV tar for seg kriser, sorg og uforløst sorg i alderdommen. Dette er et sentralt tema der forfatteren bidrar til klargjøring av begrep gjennom eksempler. Det vises til behov for hjelp både med aktuelle og tilbakelagte traumer hos eldre for å forebygge unødig reduksjon.

Det er svært vesentlig hvordan helse- og sosialarbeidere forstår og kan komme eldre i møte når de har opplevd tap og trussel om tap av viktige verdier og forankringspunkter i livet. I boken blir sorg og bekymring legitimert. Det vises samtidig åpenhet for individuelle uttryksmåter. Anmelderen understøtter gjerne forfatterens ord om at en kriseteoretisk tilnærming må antas å være fruktbar med tanke på forebygging og behandling i forhold til mange av oppgavene i eldreomsorg og psykogeriatri.

Boken er skrevet i et lett og levende språk. Den har mange eksempler som stimulerer lese- og lærelysten. I andre utgave er det foretatt en viss ajourføring. Deler av innholdet er noe endret og det er foretatt tilføyelser særlig når det gjelder gruppearbeid med minner og situasjonen for eldre innvandrere og flyktninger i Norge. Det få nye referanser etter 1990. Fortsatt kan

en ønske seg mer teoretisk utdypning og mer kritisk diskusjon bl.a. av de metodiske tilnærmingene til gruppearbeid med minner. Av forlagets pressemelding kan man få inntrykk av at endringene er mer omfattende enn de er. Forfatteren har imidlertid sine ord i behold når han i sitt forord til 2. utgave sier at: «De endringer som er foretatt er verken radikale eller omfattende, men de er likevel viktige». De endringer som er foretatt er verdt å ta med seg for nye lesere. For de som har første utgave er det imidlertid ingen grunn til å kjøpe boken på nytt, men les den gjerne igjen.

Kommunikasjon er av grunnleggende betydning for å kunne forstå og anerkjenne Eldres ståsted, deres problemer og ressurser. Det kan være ekstra påkrevet å forstå eldre som har det vanskelig. Det kan imidlertid være en fare for at problemorienteringen innebærer at en overser andre viktige arenaer for kommunikasjon. Det er heller ikke gitt at alle som er i en eller annen form for hjelperolle i forhold til eldre brukere, bør definere seg selv som «hjelper» i den forstand at de er aktivt utspørrende og setter opp terapeutiske mål. Ofte fordres det først og fremst en villighet til å lytte til Eldres egne ord, deres direkte og indirekte signaler om hva de vil formidle og deres grenser. Respekt må likevel ikke forveksles med å holde seg på ærbødig avstand. Utfordringen blir hvordan en kan gjøre hverandre tilgjengelig for kommunikasjon og oppøve lydhørhet for hva slags kommunikasjon det er duket for i den aktuelle situasjon en er oppe i. Brukt på den måten gir boken verdifulle innspill til samspill; til taushet og tale, til både å mobilisere Eldres egne ressurser og forholde seg til og samarbeide med eldre som er i en hjelptrengende situasjon.

Reidun Ingebretsen

Anmelder:

Psykolog Reidun Ingebretsen
Norsk gerontologisk institutt
Oslo

Emotion och kognition på äldre dar'

Alla psykologer som önskar lära mer om kognition och emotionella tillstånd under åldrandet inbjuds att delta vid Svenska Geropsykologiska Intressegruppens (SGI) vårmöte som 1995 anordnas vid Institutet för gerontologi, Jönköping.

Datum: 26-27 april (ons. och tors.)

Plats: Institutet för gerontologi, Hälsohögskolan, Jönköping

Anmälan: Skriftlig anmälan tillsammans med inbetald avgift på postgiro 218562-7 senast 1 april 1995. Märk pg.blanketten med namn, adress och skriv «Geropsykologi 1995»

Kostnad: 1.000 sv. kronor, inkl. lunch och kaffe

Program:

Dag 1: Emotion och åldrande

- 09.00-09.30 Samling med kaffe
09.30-10.00 Presentationer
10.00-11.45 Kognitiv terapi vid depression - *Astrid Palm*
12.00-13.00 Lunch
13.00-14.00 Relationer och relationsproblem bland äldre: Observationer i psykologrollen - *Maria Dahl*
14.00-15.00 Välbehållande och livskriser - *Agneta Grimby*
15.00-15.15 Kaffe
15.15-16.00 Välbehållande och anpassning: En kvalitativ studie - *Margareta Ågren*
16.00-16.45 Affektiva tillstånd: ett psykiatriskt perspektiv - *Ingmar Skoog*
19.00- Kvällsaktivitet med middag

Dag 2: Kognition och åldrande

- 09.00-10.00 Aging and cognition: How to use the present knowledge? - *K. Warner Schaie*
10.00-10.15 Kaffe
10.15-11.15 Everyday life and cognitive demands: Implications for understanding and assessment - *Sherry Willis*
11.15-12.00 Åldrande och kognitiv förmåga: aktuella resultat och normer från H70 studien - *Stig Berg*
12.00-13.00 Lunch

Dag 2: Psykologarbete med äldre

- 13.00-14.00 Utvecklingsarbete inom äldre och handikappomsorgen i Tynnered - *Pia Strand*
14.00-14.15 Kaffe
14.15-16.00 Geropsykologin och geropsykologen
Föreningsangelägenheter

Upplysningar: Boo Johansson eller Birgitta Andersson. För praktiska frågor kontakta Susanne Johannesson tel: 036-10 49 03/fax 036 10 49 16
Institutet för gerontologi, Box 1038 S-551 11 Jönköping

Norsk gerontologisk institutt

utgir en serie artikler under navnet GerArt (Gerontologiske Artikler). I 1994 kom følgende artikler:

Nr 1: Uformell omsorg for eldre og offentlig støtte til omsorgsgivere.
Kirsten Thorsen

Nr 2: Aldring og kreativitet.
Sol Seim

Nr 3: Aldring og arbeid.
Per Erik Solem

Nr 4: Senior Citizens Providing Service and Care. Norwegian Experiences.
Halvard Dyb.

Nr. 5: Present Problems and Future Challenges in the Care for Frail Old People: Scandinavian Perspectives.
Svein Olav Daatland

Artiklene koster NOK 25,- (+ porto) og kan bestilles fra Norsk gerontologisk institutt, Oscarsgt. 36, 0258 Oslo, fax 22 55 74 20

A conference on MDS and RUGs-III

was held on the 30th of September 1994 in Iceland. The participants were the 86 registered nurses who have collected data for the ICE-RAI project in Iceland. Speakers at the conference were project managers from three countries. They were Karen Damkær RN and Kiddy El Kholy, SA, RN from Denmark, Susanne Kumlien RN and Görel Hansebo RN from Sweden and Ingibjörg Hjaltadóttir B.Sc. RN, Hiff Gudmundsdóttir, B.Sc. RN and Anna Birna Jensdóttir, SA, RN from Iceland. The project managers introduced the use of MDS and RUGs-II in each country.

A special guest speaker from the USA was Marilyn Rantz Ph.D. RN assistant professor at the University of Missouri-Columbia. In addition to speaking of the MDS, Quality Indicators and RUGs in the USA she introduced how the MDS, Resident Assessment Protocols and the NANDA nursing diagnosis have been integrated and are used for care planning in clinical care of nursing home residents.

The conference was a success and a great boost for the research group that was in the last stage of data collection in Iceland.

In connection to the conference and another meeting of Nordic Professors in Geriatric Medicine, there was held a meeting of the Nord-RAI group. The Nord-RAI group consists of doctors and registered nurses working on RAI projects in the Nordic countries. The meeting gave an opportunity for exchanging information and opinions. In addition to Sweden, Denmark and Iceland both Norway and Finland are starting a RAI project. At the meeting there were 14 group members representing the five Nordic countries.

Those who were at the three meetings attended a lecture where Gunnar Ljunggren MD, PhD from Sweden spoke on RUGs-III. Afterwards The Ministry of Health in Iceland invited every one to a get together, where an international group of just over one hundred RAI enthusiasts could exchange pleasantries.

Ingibjörg Hjaltadóttir



Returadresse:
Nordisk Gerontologisk Forening
Oscarsgt. 36
N-0258 Oslo

Aktuelle konferanser

International Congress on Drugs and Therapeutics in the Elderly
Montreux, Switzerland
15 - 17 mars 1995

Information: International Congress on Drugs and Therapeutics in the Elderly, c/o Neil Odell, Gardiner - Caldwell Communications Ltd, The Old Ribbon Mill, Pitt street, Macclesfield Cheshire SK11 7PT, UK

14th Austrian Geriatric Congress
Bad Hofgastein, 26 - 31 mars 1995

Information: Prim. Dr. F.Böhmer, c/o Wiener Medizinische Akademie Alser Str. 4, A-1090 Wien. Fax (+43 1) 42 13 83 23

Ældredagene 1995

København 19.-20. april 1995

Tilmelding senest 14.3.1995

Information og tilmelding: Landsforeningen af Forsorgsledere, Udd.afd. Bredballe Byvej 63, DK-7120 Vejle

Sarah Herzog Memorial Hospital:

Old People in a new Land: An Update on Geriatrics - in Jerusalem
23 - 25 April 1995

Information: ORTRA, 2 Kaufman St., P.P.Box 50432, Tel Aviv 61500. Fax: (+972-3) 660-952

Sociala relationer och makt. En utmaning för sociologin.

Den 18:e nordiska sociologkongressen, 9 - 11 juni 1995 i Helsingfors.

Sista anmälan 15.3.1995 (och så deadline för abstracts)

Information: Svenska social- og kommunalhögskolan, Helsingfors universitet, Pb. 49, 00251 Helsingfors. Fax: (358) 1 4050 0310

IV European Congress of Psychology
Aten, Grekland, 2 - 7 juli 1995

First announcement

Information: The University of Athens, Department of Psychology, School of Philosophy Panepistimiopolis - Illissia 157 84 Athens, Greece
Fax: (301) 724879

III European Congress of Gerontology Ageing in a Changing Europe: Choices and Limitations

Amsterdam, Nederländerna
30 augusti - 2 september 1995

Information: Congress Secretariat, RAI Organisatie Bureau Amsterdam bv P.O. Box 77777

1070 MS Amsterdam
The Netherlands

International Federation on Aging:
Second Global Conference:

Global Aging; The Challenge and Opportunity of the next Century

Jerusalem, Israel
17 - 21 september 1995

Information: The Secretariat, Second Global Conference on Aging, P.O. Box 50006, Tel Aviv 61500, Israel

Call For Papers!

Konferens om Kvalitet i Kommuner og Landsting

Göteborg, 18 - 19 oktober, 1995

Insända uppsatsförslag tävlar om en prissumma på 300 000 kr

Information: Göteborgs stadskansli, 404 82 Göteborg
Fax: 031 - 13 86 50

International Psychogeriatric Association, IPA

Seventh Congress «Spirit in Ageing»

Sydney, Australien

29 oktober - 3 november 1995

Information: Wyeth Clinical Meetings Service

International Psychogeriatric Congress
P.O. Box 148

Parramatta NSW 2124, Australia
Fax: 61-2-687-2501

13. Nordiske Kongress i Gerontologi,
Helsingfors 2.-5. juni 1996

Information: Travel Experts Ltd.
Box 130, FIN-00161 Helsingfors, Fax: 358-0-611 188

XXVI International congress of psychology

First announcement
Montreal, Quebec, Kanada
16 - 21 augusti, 1996

The XVIIth Congress of the International

Association of Gerontology
Adelaide, Australia

19 - 24 augusti 1997

Information: Professor Gary Andrews

Centre for Aging Studies
Science Park Adelaide
Bedford Park SA 5042, Australia

«Da alderen blev en diagnose»

er tittelen på den disputas Henning Kirk forsvarer til den Medicinske doktorgrad. Disputasen finner sted i Medicinsk-historisk Auditorium i København fredag 3. mars 1995.

Henning Kirk er spesiallege i samfunnsmedisin, leder av Dansk Gerontologisk Institut og nest-leder i Dansk Gerontologisk Forening.

GeroNord gratulerer og kommer tilbake med nærmere presentasjon av avhandlingen i neste nummer.

Konferanselisten er et samarbeid mellom Institutet i Jönköping og GeroNords redaksjon.