

## Årgang 15 nr. 1- 2006

### **Av innehållet:**

**Projekt Den doble aldringen**

**Vykort från Österrike**

**Abstracts**

**Bokanmeldelse**

**Kurs, konferanser**

### **Nordisk Gerontologisk Forenings styre:**

**Formann: Lars Andersson**

**1. viseformann: Kirsten Avlund**

**2. viseformann: Eino Heikkinen**

**Kasserer: Toril Utne**

#### **DANMARK:**

**Karen Munk**

**Finn Rønholt Hansen**

#### **FINLAND:**

**Otto Lindberg**

**Matti Mäkelä**

**Pertti Pohjolainen**

#### **ISLAND:**

**Sigrun Ingvarsdottir**

**Björn Einarsson**

#### **NORGE:**

**Anette Høyen Ranhoff**

**Morten Mowø**

#### **SVERIGE:**

**Lars Andersson**

**Åke Rundgren**

### **Vår förening och omvärlden**

I mitten av «ledaren» i förra numret av GeroNord inleddes en beskrivning av NGF. Här följer först avslutningen av denna:

NGF:s huvuduppgift är att främja och stödja forskning, utvecklingsarbete och undervisning inom gerontologin och geriatriken. Detta sker genom att anordna nordiska gerontologiska kongresser, genom nyhets- och informationsförmedling (t.ex. via GeroNord) och genom andra initiativ. Nordiska gerontologiska kongresser hålls vartannat år. Hittills har kongresser arrangerats i följande städer: Århus 1973, Göteborg 1975, Åbo 1977, Oslo 1979, Reykjavik 1981, Köpenhamn 1983, Malmö 1984 (här bytte vi cykel för att komma i fas med världskongressen och den europeiska kongressen), Tampere 1986, Bergen 1988, Reykjavik 1990, Odense 1992, Jönköping 1994, Helsingfors 1996, Trondheim 1988, Reykjavik 2000, Århus 2002 och Stockholm 2004. Och nu är det som vi alla vet dags för kongressen i Jyväskylä.

NGF är ju som framgår av namnet, och av dess moderföreningar, en nordisk förening. Men det finns en omvärld som står oss nära och som inte ingår i ett större sammanhang – jag syftar då på de baltiska länderna. Estland, Lettland och Litauen har kommit olika långt i utvecklingen och organisationen inom gerontologin. Deras miljöer är små och de saknar en samlande överbyggnad som NGF. Längst har man nog kommit i Estland där det finns en gerontologisk förening – Eesti Gerontoloogia ja Geriatria Assotsiatsioon (EGGA) ([www.egga.ee](http://www.egga.ee)). Deras förening startade 1997, och är numera medlem av IAG.

Vi har börjat inleda diskussioner med syfte att identifiera hur NGF och de baltiska staternas gerontologiska forskare skulle kunna ha ett ömsesidigt utbyte av varandra. Sett på längre sikt kan detta samarbete ta sig olika uttryck som sträcker sig från att föreningar upptas som moderföreningar i NGF, till någon form av associerat medlemskap eller att NGF har en funktion som förmedlande länk mellan de gerontologiska miljöerna. Det är upp till oss själva att avgöra hur vi vill utveckla samarbetet. Därför välkomnas alla synpunkter på hur NGF bör gå vidare i denna fråga.

Slutligen hoppas jag att vi ses i Jyväskylä. Som det ser ut av det preliminära programmet kommer det att bli en mycket spännande och intressant kongress.

Lars Andersson  
([Lars.Andersson@isv.liu.se](mailto:Lars.Andersson@isv.liu.se))

# **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: Karen Munk  
Sekretær: Nina Beyer

### *Dansk Selskab for Geriatri:*

Formann: Finn Rønholt Hansen  
Sekretær: Susanne van der Mark

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

Formann: Timo Strandberg  
Sekretær: Tiina Huusko

### *Föreningen för forskning i uppväxt och åldrande rf.:*

Formann: Pertti Pohjola  
Sekretær:

### *Suomen Geriatri-Finlands Geriater:*

Formann: Pirkko Jäntti  
Sekretær: Urpo Hautala

### *Societas Gerontologica Islandica:*

Formann: Sigrún Ingvarsdóttir  
Sekretær: Ingibjörg Thorisdóttir

### *Icelandic Geriatrics Society:*

Formann: Björn Einarsson  
Sekretær: Eyjolfur Haraldsson

### *Norsk selskap for aldersforskning*

Formann: Anette Høyen Ranhoff  
Sekretær:

### *Norsk geriatrisk forening*

Formann: Morten Mowé  
Nestleder:

### *Sveriges Gerontologiska Sällskap:*

Formann: Lars Andersson  
Sekretær: Marianne Winqvist

### *Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi*

Formann: Gunnar Akner  
Kasserer: Åke Rundgren

## **Nordisk Gerontologisk**

### **Forenings styre:**

Formann: Lars Andersson  
1. viseformann: Kirsten Avlund  
2. viseformann: Eino Heikkinen  
Kasserer: Toril Utne

#### DANMARK:

*Dansk Gerontologisk Selskab:* Karen Munk  
*Dansk Selskab for Geriatri:* Finn Rønholt Hansen

#### FINLAND:

*Societas Gerontologica Fennica r.f.:*  
Otto Lindberg  
*Suomen Geriatri-Finlands Geriater:*  
Matti Mäkelä

*Föreningen för forskning i uppväxt och åldrande:*  
Jyrka Jyrkämä

#### ISLAND:

*Societas Gerontologica Islandica:*  
Sigrún Ingvarsdóttir  
*Icelandic Geriatrics Society:*  
Björn Einarsson

#### NORGE:

*Norsk selskap for aldersforskning:*  
Anette Høyen Ranhoff  
*Norsk geriatrisk forening:* Morten Mowé

#### SVERIGE:

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

## **NGFs fagråd**

### *Danmark*

Finn Rønholt Hansen, klinikk  
Lis Puggaard, biologi  
Ingrid Poulsen, sykepleie  
Karen Munk, psykologi  
Eigil Boll Hansen, sosiologi  
Rolf Bang Olsen, gerontopsykiatri

### *Finland*

Timo Strandberg, klinikk  
Antti Hervonen, biologi  
Anneli Särvimäki, sykepleie  
Marja Saarenheimo, psykologi  
Jyrka Jyrkämä, sosiologi  
Anja Ainamo, odontologi

### *Island*

Jon Snædal, klinikk  
Vilmundur Guðnason, biologi  
Ingibjörg Hjaltadóttir, sykepleie  
Berglind Magnúsdóttir, psykologi  
Sigurveig H. Sigurdardóttir, sosiologi  
Sigurjón Arnlaugsson, odontologi

### *Norge*

Anette Høyen Ranhoff, klinikk  
Olav Sletvold, biologi  
Øyvind Kirkevold, sykepleie  
Reidun Ingebreten, psykologi  
Kari Wærness, sosiologi  
Ann-Helen Bay, statsvitenskap

### *Sverige*

Åke Rundgren, klinikk  
Anita Garlind, biologi  
Ingall Rahm Hallberg, sykepleie  
Boo Johansson, psykologi  
Lars Tornstam, sosiologi  
Roger Qvarsell, humaniora og kulturvitenskap

Fagrådsmedlemmene blir oppnevnt av de nasjonale moderforeningene, og skal blant annet 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 to ganger i året, og legges også ut på NGFs hjemmeside.

### **GeroNords redaksjon:**

Toril Utne  
Lars Andersson

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

# Den doble aldringen

Et nytt prosjekt om levekår, livssituasjon og livskvalitet for voksne personer med utviklingshemning og deres eldre foreldre

Mennesker med utviklingshemning blir nå gamle. Dette er historisk nytt. De får et livsløp, en aldring og en alderdom, i likhet med andre. Utviklingshemmede er en gruppe mennesker som i liten grad er studert innenfor gerontologien. De har forskningsmessig falt «mellom alle stoler». Det har stort sett vært liten interesse for eldre personer med utviklingshemning blant «funksjonshemmedeforskere», som i stor grad har konsentrert seg om yngre aldersgrupper. Og gerontologer har overlatt aldring blant mennesker med medfødte eller tidlige funksjonshemninger til forskere som studerer funksjonshemning. Skottene har vært ganske tette mellom de to leire, med den følge at aldring blant mange grupper funksjonshemmede hverken har fått oppmerksomhet eller er studert inngående. Prosjektet Funksjonshemning og aldring (FoA), ledet av professor Kirsten Thorsen, har siden 1999 gjennomført en rekke prosjekter om aldring blant personer med tidlige eller medfødte funksjonshemninger.

Mange voksne mennesker med utviklingshemning har levd store deler av sitt liv i institusjoner. Med ansvarsreformen (1.1.1991), da de norske institusjonene for utviklingshemmede ble nedlagt, flyttet mange av institusjonsbeboerne tilbake til sine hjemkommuner der de var født og mange hadde søsken og foreldre. Ingen barn eller unge med utviklingshemning skal i dag flyttes bort fra hjemkommunen, men få leve sammen med og beholde kontakt med foreldre og søsken så langt dette overhodet er mulig. Det betyr at foreldre i dag har et mye større livslangt ansvar enn tidligere for sine voksne og etter hvert aldrende utviklingshemmede barn. Ansvaret ligger på foreldrene selv om barna har flyttet i egen bolig og

det offentlige hjelpeapparatet har overtatt mye av den praktiske omsorgen. Foreldrene føler fortsatt ansvar for å følge opp tilbudet til sine barn, passe på at de trives, har nok sosial kontakt og får et best mulig liv – og verge dem mot at tilbudene blir skåret ned. Bekymringene kan være mange. Noe sier at de tør ikke dø.

I særegen grad kan foreldre og deres utviklingshemmede barn oppleve at aldersrelaterte endringer inntreffer omtrent samtidig i begge generasjoner. Det er den doble aldringen, med det doble omsorgsbehov. De voksne barna kan bli mer omsorgstrengende, samtidig som foreldrene kan trenge mer hjelp og avlastning.

I disse dager starter datainnsamlingen i prosjektet med navnet «Den doble aldringen», for å studere den sammenvevde aldringen til begge parter i relasjonen, og avhengigheten og behovene som er tilstede.

Målsettingen er tosidig: Prosjektet skal fokusere på aldring, levekår og livssituasjon til gamle foreldre og deres voksne utviklingshemmede barn. Det skal også gi mer metodekunnskap om hvordan en kan skaffe informasjon direkte fra dem som ellers vanligvis ikke fanges opp av levekårsundersøkelser.

Aldrende mennesker med utviklingshemning har levd livsløp med andre livsvilkår, livsovergang, kontaktforhold og mestring utfordringer enn andres. Dette har betydning for deres aldring. De mangler en del av de sosiale relasjoner som andre gjerne har i alderdommen; de har ikke ektefelle/samboer eller etterkommere i form av egne barn og barnebarn. Foreldre og søsken er de mest stabile sosiale relasjoner de har hatt gjennom livsløpet, selv der kontakten ble svekket ved institusjonaliseringen. De har ivaretatt kontinuitet og vært de nærmeste private omsorgsper-

soner livet igjennom. Undersøkelser basert på voksne utviklingshemmedes egne fortellinger viser at foreldrene og foreldrekontakten vanligvis er av meget stor betydning for dem.

Prosjektet vil metodisk vil basere seg på inngående kvalitative intervjuer med 20 eldre foreldre og deres voksne utviklingshemmede barn, der dette lar seg gjøre. Studien vil tilstrebe å få begge parter syn. Foreldrene vil være 70 år eller mer. Intervjuene vil bli tatt opp på lydbånd, transkribert og analysert.

Undersøkelsen skal gi viten om livssituasjonen og livskvaliteten til personer med utviklingshemning når de blir eldre, og hvordan foreldrekontakten fungerer når det gjelder den deres levekår, livssituasjon og sosiale nettverk. Den skal gi kunnskap om gamle foreldres utfordringer, stress, bekymringer og behov for støtte og avlastning i omsorgen for sine utviklingshemmede barn. Den skal avdekke hvilke ønsker og behov partene har nå og for fremtiden.

Kunnskapen skal gi grunnlag for mer målrettet tilrettelagt og kontaktstøttende arbeid overfor voksne utviklingshemmede personer, deres foreldre og øvrige nettverk, slik at levekår og livsmiljø blir gunstigst mulig også når gamle foreldre faller fra.

Undersøkelsen vil foregå som et samarbeid mellom FoA (Funksjonshemning og aldring), Høgskolen i Bergen og Nasjonalt dokumentasjonssenter for personer med nedsatt funksjonsevne.

Professor Kirsten Thorsen ved FoA, vil lede undersøkelsen. Forskere med erfaringer om temaet eller fra lignende studier, ta gjerne kontakt med [kirsten.thorsen@nordmens.no](mailto:kirsten.thorsen@nordmens.no)

*Kirsten Thorsen  
Nasjonalt kompetanse-  
senter for aldersdemens*

## Att filosofera över antiåldrandeteknologi

För ett tag sedan fick jag december 2005 numret av Dansk Gerontologisk Selskabs tidskrift «Gerontologi» med undertiteln «Åldring og ældre / forskning og udvikling» (tidigare under 20 år känd som «Gerontologi og samfund»). Mitt intresse fångades av ett av ämnena, som var angivna på framsidan – «Anti-aldringsteknologi». Hade någon fått jackpot utan att CNN upptäckt det? Nej då – redaktionen hade bara tagit ett nytt initiativ, nämligen att «I rubrikken Nyt fra videnskaberne skriver forskellige gerontologer kort om nye studier inden for deres felt». Här skrev filosofen, amanuensis Keld Thorgård om «Anti-aldringsinterventionernes etiske og sociale konsekvenser» refererande till en drygt tre år gammal essay skriven av en grupp på Case Western Reserve University i Cleveland, Ohio med Eric T. Juengst som försteförfattare (Hastings Center Report 33 (4): 21-30, 2003). Vad jag kunde läsa ut av Thorgårds referat var att de humanistiska och etiska vetenskaperna borde diskutera konsekvenserna av den biogerontologiska forskningen i allmänhet och ett eventuellt genombrott i anti-åldrandeteknologin i synnerhet. Och det är det ju inte något nytt i – åtminstone inte för mig, som i 40 år har följt diskussionerna om syftet med den biogerontologiska forskningen. Något mer måste väl en artikel med Robert H. Binstock som medförfattare innehålla. Jag beslöt därför att läsa Juengst och medförfattares essay i original. Sagt och gjort – tack vare den moderna informationsteknologin hade jag en papperskopia på mitt skrivbord fem minuter senare.

Artikels utgångspunkt är att biogerontologin står på randen av att möjliggöra en aldrig tidigare sedd lång livslängd hos människan. Det antyds att detta skulle bli möjligt med hjälp av att bygga

om (re-engineer) kroppen så att «åldrandets klocka» skulle gå långsammare och att biogerontologin skulle stå närmare än andra biologiska och medicinska vetenskaper för att uppnå teknologier för att bygga om kroppen. Ingenting kunde vara felaktigare. Huvuddelen av den biogerontologiska forskningen föregår på lågt stående modellorganismer som jästceller, spolmaskar och fruktflugor samt dessutom olika gnagare (möss och råttor). Svårigheten är att tolka motstridiga resultat och att söka besläktade gener hos människan. Ett exempel är genen SIR2, som visats påverka livslängden hos lågt stående organismer, medan variationer i den motsvarande mänskliga genen SIRT1 inte påverkade livslängden. Ett annat exempel har nyligen påpekats av Edward J. Masoro – att en begränsning av födointaget hos möss ökade livslängden hos två musstammar men sänkte den hos en tredje. Resultaten från liknande pågående försök på apor har ännu inte givit entydiga resultat.

Det är oklart hur essayförfattarna tänkt sig att biogerontologerna skulle utveckla metoder för att bygga om kroppen. Med genteknologi? Här räcker det med att tänka på en sällsynt immunsjukdom – orsakad av en felaktig gen och den enda sjukdom som botats med genteknologi – där priset var att tre av mindre än 20 patienter fick leukemi som bieffekt. Härtill kommer att åldrandet inte orsakas av en gen men att en mångfald av gener påverkar åldrandeprocesserna i olika riktningar.

Om man nu skall syssla med biogerontologi ur humanistisk synpunkt hade det varit av större intresse att diskutera Binstocks artikel i *The Journals of Gerontology* (Series A: 59 (6) B523-B533, 2004), som beskriver

biogerontologins dilemma i ett historiskt perspektiv. Först kampen för att bli en erkänd vetenskap, sedan lova något mer än vad man kan hålla (för att få forskningsanslag) och på det senaste att kämpa mot anti-åldrandeindustrin (delvis för att inte själv drabbas av dåligt rykte).

En uppenbar fara med det stigande intresset hos allmänheten för metoder att påverka åldrandet är att åldrandet åter kommer att uppfattas som en sjukdom (se mina vykort i *GeroNord* 2004-2 och 2005-1). Här är boven inte biogerontologin men anti-åldrandeindustrin, en mångmiljardindustri (oavsett om man räknar i dollar, euro eller kronor) som marknadsför allt mellan krämer som motverkar rynkor till mirakelpiller mot allt möjligt innehållande allt från växthormon (med kända biverkningar när friska äldre behandlas) till av vetenskapen oprövade substanser (med ökande biverkningar). Ett enkelt exempel är krämer mot rynkor som innehåller kollagen. Kollagen är ett äggviteämne som bildar det mjuka skelettet i huden. Genom att tillföra kollagen skulle man motverka rynkor (fårör i läderhuden) – problemet är bara att kollagenmolekylen är för stor för att tränga genom den barriär som överhuden bildar. Liknande krämer såldes för omkring 20 år sedan men synes nu att uppleva en renässans.

Det är viktigt att diskutera gerontologins etiska aspekter men man borde göra det på ett realistiskt grundlag. Det är också viktigt att informera om framsteg inom gerontologins olika ämnesområden – det är omöjligt för många att följa litteraturen utanför det egna området.

*Andrus Viidik*

## Treatment of acutely sick, frail elderly patients in a geriatric evaluation and management unit. A prospective randomised study

### Summary

**Aims:** The major aims of the present work were to investigate the impact of treatment in a geriatric evaluation and management unit (GEMU) as compared to the general medical wards (MW) with respect to mortality, place of care delivery, function, morale and drug prescription.

**Background:** Previous research has shown that hospitalised elderly patients may experience underdiagnosis and misdiagnosis, increased risk of iatrogenic conditions, and functional decline during the hospital stay. Documentation of treatment effects in acutely sick, frail elderly patients in GEMUs is scarce.

**Methods:** Acutely sick, frail patients aged 75 years or older were included. These had been admitted to different sections of the Department of Internal Medicine as emergencies. The patients were randomly assigned either to treatment in the GEMU (n=127) or to continued treatment in the section where they were already staying, defined as MW (n=127). The following inclusion criteria were used to target frail patients: chronic disability, acute impairment of single activity of daily living (ADL), mild/moderate dementia, confusion, depression, imbalance/dizziness, falls, impaired mobility, urinary incontinence, malnutrition, polypharmacy, vision or hearing impairment, social problems or prolonged bedrest. In the GEMU interdisciplinary assessment of all relevant disorders, prevention of complications and iatrogenic conditions, early mobilisation, rehabilitation and discharge

planning were emphasised. The control group received treatment as usual from the Department of Internal Medicine. After discharge neither group received specific follow-up.

**Findings:** Mortality in the GEMU and MW groups was 12 percent and 27 percent respectively at three months ( $p = 0.004$ ), 16 percent and 29 percent at six months ( $p = 0.02$ ), and 28 percent and 34 percent ( $p = 0.06$ ) at 12 months. The hazard ratio (HR) was 0.39 (95 percent CI 0.21 - 0.72) at three months. Heart disease was the major cause of death in both groups at both three and 12 months. At 12 months deaths from infections (mainly pneumonia) were more frequent in the GEMU group than in the MW group ( $p = 0.04$ ). Length of hospital stay was longer in the GEMU than in the MW. There was no difference regarding place of care delivery in the two groups after discharge from hospital during six months of follow-up. Of all subjects recruited to the study, more GEMU than MW patients were still living in their own homes at three and six months. The HR of living at home versus living in nursing homes or having died, was 2.1 (95 percent CI 1.3 - 3.4) after three months, and 1.6 (95% CI 1.1 - 2.5) after six months. Treatment in the GEMU had no measurable effect on physical function, cognition, symptoms of depression or morale during 12 months of follow-up as compared to treatment in the MW. If the dead were included in the analysis at the highest ADL dependency level, there was

better function in the GEMU group at three months. The median number of scheduled drugs withdrawn and started per patient was higher in the GEMU than in the MW. Drugs with anticholinergic effects, cardiovascular drugs, particularly digitalis glycosides, and antipsychotic drugs, were withdrawn more often, while antidepressants and oestriol were started more often in the GEMU than in the MW. Fewer GEMU than MW patients had potential drug-drug interactions at discharge.

**Conclusion:** Treatment in the GEMU considerably reduced mortality as compared to treatment in the MW. Except for a longer duration of hospital stay in the GEMU group, there were no group differences regarding place of care delivery, function or morale among the survivors. If the dead were included in the analyses, patients treated in the GEMU had increased possibilities of living in their own homes during six months of follow-up and better function at three months. Drug treatment seemed to be more appropriate in the GEMU than in the MW.

Avhandlingen ble forsvart offentlig for graden doctor medicinae, ved det medisinske fakultet, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige universitet, Trondheim, mars 2006.

E-mail: [ingvild.saltvedt@medisin.ntnu.no](mailto:ingvild.saltvedt@medisin.ntnu.no)

# Forskning inom geriatrik i Island

Forskning inom geriatrik har ökat markant under de senaste åren i Island. Det beror delvis på större inslag av akademisk verksamhet men till stor del beror det på kontrakt med privat sektorn inom hög teknologi. I denna korta sammanfattning redogörs för några av dessa initiativ.

## 1. AGES-studien

Denna epidemiologiska studie bygger på Reykjavik Heart Study (RHS) som har pågått sedan i mitten av 60-talet. Ovan på konventionell kardiovaskulär undersökning har man byggt en komplicerad, teknisk, utförlig studie på hjärta, hjärna och skelett. Den riktas mot 7000 individer över 70 år som har deltagit i tidigare undersökningar inom RHS. Studien har nu pågått för fullt i 3 år och de första resultaten har redan visats. En översikt av studien kommer att presenteras i plenum på 18 NKG i Jväsby av Vilmundur Gudnason som är principal investigator på vägnar av Hjartavernd (Icelandic Heart Association). Dessutom kommer docent Palmi V. Jonsson att presentera ett exempel på de möjligheter som studien ger och redogöra för resultat av undersökningarna av mikroblödningar i hjärnan. Studien är ett samarbetsprojekt mellan Hjartavend och National Institute of Aging i USA (principal

investigator Leonor Launer).

2. Genetisk studie på Alzheimers sjukdom. Denna studie har nu pågått i 8 år. Deltagarna har överskridit 3000, varav 900 patienter, drygt 700 med Alzheimers sjukdom. Studien är en screening av genomet (wide genom screen) och därtill en utförlig granskning med ytterligare markörer av de fragmenter inom enstaka delar av kromosomer som möjligen innehåller gener som kan ge upphov till sjukdomen. Inga klara mutationer har funnits och sökandet fortsätter. Studien är ett samarbetsprojekt mellan deCode Genetics och Geriatriska Kliniken i Reykjavik.

## 3. EEG i tidig Alzheimers demens

Denna metod har varit i bruk länge i undersökning av demens men användningsområdet har varit litet de senaste åren. Det kan vara till hjälp vid differential diagnos av funktionell versus organisk orsak till kognitiv svikt och den anses fortfarande vara den bästa metoden för diagnostik av Jakob-Creutzfeldt sjukdom. Detta projekt har till syfte att klargöra om metoden kan vara till hjälp vid tidig diagnostik av Alzheimers sjukdom. I fall det lyckas har man planer på att etablera denna diagnostiska möjlighet i periferin. Projektet

innebär i största drag tre elementer:

\* En pilot studie på effekten av scopolamin på EEG. Denna del har slutförts.

\* Etablering av en EEG referensbank på 1000 individer. Utav dessa är 500 normala, 250 med Alzheimer demens och 250 med andra typer av demens samt depression.

\* En studie på effekten av dels scopolamin och dels diazepam på EEG på totalt 300 patienter.

Detta projekt genomförs av ett privat företag, Mentis Cura, tillsammans med läkare på Geriatriska kliniken i Reykjavik. Pilotstudien tillsammans med redogörelse av EEG-banken kommer att presenteras på 18 NKG.

## 4. RAI

Island har varit med från början av RAI metoden för kliniska markörer i sjukhem, dels i Nord-RAI, dels i Inter-RAI. Metodens användningsområde har ökat och omfattar nu också hemsjukvård och rehabilitering (subacute care). Den testas även i hospice. RAI används dels som lokal och internationell kvalitetsindikator, dels till forskning och dels som ett instrument för finansiering av vården.

*Jon Snædal*

# Psychogeriatrik i Island

Det finns ingen specifik psykiatrisk slutenvårds service för de äldre i Island. En etablering av en sådan service har diskuterats sedan 1998 när ett offentligt utskott klargjorde i sitt utlåtande att en sådan service borde etableras. Sedan dess har flera utskott kommit till samma konklusion. Det har komplicerat saken att den kliniska ledningen av psykiatri i Reykjavik har ansett att en sådan service behöver inte separeras från den övriga psykiatriska vården och därtill har kommit deras farhågor av att en sådan klinik skulle inom kort tid förvandlas till en kronisk enhet utan större möjligheter till en aktiv service.

Nu har ett nytt utskott kommit fram med ett mer specifikt förslag, att denna service borde etableras inom geriatriken. Argumenten är framför allt att Geriatriska kliniken har den praktiska möjligheten att etablera denna service och har också den fagliga möjligheten. Dessutom kan det argumenteras att den somatiska problematiken kan vara en stor komplikation i de enskilda fallen och därför borde dessa patienter ha möjlighet till somatisk vård under alla omständigheter.

Det blir sannolikt klart senare under året om detta kan realiseras och i så fall kommer den första slutenvårds enheten för gamla patienter med funktionella psykiska störningar att etableras i mitten av 2007. Det var på tiden!

*Jon Snædal*

## Ældrebildet i mediene gjennom 50 år

**Syddansk Universitetsforlag 2005**

Boken *Ældrebildet i mediene gjennom 50 år* er et stort, omfattende og veldokumentert arbeid. Formålet er å undersøke hvorledes eldre mennesker fremstilles i danske medier, hvilke eldrebilder som har hatt sterkest gjennomslagskraft (den eldre som sterk eller svak), og hvilket bilde som har vært dominerende gjennom de forskjellige perioder de siste 50 år.

Det er en velkjent sak at mediene stereotypiserer, og ikke bare eldre. Det er og velkjent at mediene har en tendens til å tegne enten et positivt eller et negativt ladet bilde av eldre. Det mest interessante spørsmålet som reises i denne studien, er om en kan finne sosiale og politiske forklaringer på de vekslende eldrebildene. Det er fortjenestefullt at en har tatt for seg en så lang tidsperiode. Ved et slikt grep kan en får frem de bakenforliggende sosiale dynamikker og de ulike interessene som preger fremstillingene.

En påpeking som blir gjort i begynnelsen av boken og som det kan være verd å merke seg, er at det ikke finnes et dansk ord for det anglosaksiske ordet *agisme*. Når fenomenet finnes, men når vi ikke kan begrepsfeste det på en enkel og lettfattelig måte, blir fenomenet vanskelig gripbart og vanskelig å bekjempe, sies det. Men man kan hverken forklare et fenomens eksistens eller bekjempe det utelukkende på det diskursive plan, noe som også kommer frem i analysen.

Datamaterialet består av fem avisers innslag om eldre i en uke (uke 46) i hvert ti-år fra 1953 til 2003. Det behandles både kvantitativt og kvalitativt. I bokens kapittel tre analyseres materialet kvantitativt. Konklusjonen her er at det positive bilde har stått sterkere enn det negative gjennom hele perioden. I 2004 foretok NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) en mindre og lignende undersøkelse av eldrebilder i tre norske dagsaviser for årene 1995, 1999 og 2003. Vi fant som

ventet at det var to motsatte bilder som fremkom; et positivt og et negativt. Vi fant at det negative bildet var dominerende. Omtaler av de eldre som problemkategori var langt flere enn omtaler av eldre som positive bidragsytere – dette i motsetning til det som fremkommer i denne undersøkelsen.

Det legges vekt på at de ulike avisene hadde noe ulike profiler. At lokalaviser, riksaviser og tabloidaviser presenterer eldre på ulik måte, påpekes. Det var noe vi også fant i vår undersøkelse. Lokalaviser har en annen nærhet til sine lesere enn riksavisene. Forfatteren finner at lokalavisen presenterer eldre på en langt mer positiv måte enn for eksempel tabloidavisen. Hun forklarer dette med at avisen ville miste sin troverdighet om de ikke fremstilte eldre på denne måten, da en lokalavis må gjenspeile de faktiske forhold og skape gjenkjennbarhet hos leseren i større grad enn tabloidavisene. Lokalavisene tar på seg oppgaven med å tegne et realistisk bilde av eldre og deres situasjon. Det påpekes i innledningen at det synes å være en diskrepans mellom de eldres faktiske forhold og deres opplevelser og den måten eldre fremstilles på i mediene. Men denne diskrepansen er altså mindre i lokalavisen.

I kapitlene fire til ni presenteres den kvalitative delen av analysen. Det er et kapittel for hvert tiår. Her er grafene erstattet med klipp fra avisene. Utklippene er til dels morsom lesing og illustrerer godt de poeng som trekkes frem. I innledningen til hvert tiårskapittel risses det kort opp den eldrepolitiske konteksten og det politiske debattklima som gjaldt det inneværende tiåret. Det blir en av forklaringene på at avisene forholder seg til og argumenterer for ulike omsorgsregimer gjennom de femti år boken omhandler, men også for at ulike bilder tegnes og vektlegges.

Det positive og det negative bildet lever side om side, men

med ulik vekt. I 1953 analyseres det frem noen kjønnsstereotyper av den eldre mann og den eldre kvinne som det er interessant å legge merke til. Den eldre mannen kommer i én variant. Den eldre kvinnen i to. Den eldre kvinnen er først og fremst bestemor som holder seg til den hjemlige arena. Slik hun fremstilles ligger hun tett opp til hvordan barnebøker, i alle fall tidligere, fremstilte bestemødre. Den andre er mer å likne med et gammelt rivjern. En geskjeftig eldre kvinne som beveger seg ut i det offentlige rom hvor hun ikke hører hjemme. Hennes inntreden er ikke ønsket og hun blir dermed beheftet med negative egenskaper. Den gamle mannen er staselig og kunnskapsrik. Han besitter kunnskaper som landet i 1953 fremdeles hadde bruk for. Danmark på det tidspunkt var et jordbruksamfunn.

Vi kan følge disse tre medieskapte figurene gjennom et tiår. Både bestemoren og den gamle hederskronete mannen får vanskeligheter med å fylle rollen og leve opp til forventningene Rivjernet både trives og ønskes med tiden velkommen inn på den offentlige arena. Hun blir en form for prototyp på det som kalles *Duracell-eldre* og i andre sammenhenger kalles *hoppla-eldre*. Det er synd at disse figurene ikke følges over lenger tid. At bestemor og mannen forsvinner ut av avisenes spalter gjenspeiler vel en eller annen type empirisk virkelighet. Det dukker imidlertid ikke opp nye typer.

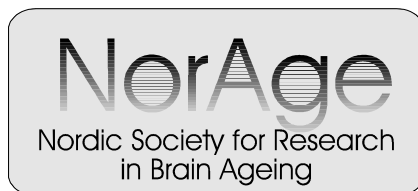
Eldreomsorgen er et gjennomgående tema i alle årene og i alle avisene forfatteren analyserer og forholder seg til. Med en gang debatten dreier seg om omsorg, blir elendighetsbildet lett påtrende og fremtredende. I 1963 var det en offentlig debatt om utbygging av kommunale pleiehjem. Eldreomsorgen var i ferd med å institusjonaliseres. Med denne institusjonaliseringen skiftet bestemor karakter. Fra å være familiens samlingspunkt ble hun med ett hjelpetrengende og svak.

Institusjonene måtte befolkes og bestemor var et lett bytte. Her ser vi hvorledes institusjonelle ordninger og en offentlig debatt-kontekst så å si skaper et eldre-bilde ut fra behov.

I 1983-utgaven av avisene er det langt flere positive beskrivelser og vektlegging av eldre som sterke enn i tidligere år. Forfatteren legger stor vekt på den innflytelse Eldrekommissjonen har hatt på mediebildet av eldre. Eldrekommissjonen fokuserte på de eldre som ressurs. Det var med på å nansere og bryte ned det mer eller mindre stereotype eldre-bilde som tidligere fremkom. Forfatteren understreker at kommisjonens arbeid har vært nyttig i to henseende. Den har bidratt til en positiv beskrivelse av eldre og eldre år, og det har ført til at eldre har kommet på banen i avisene i forhold til andre saker enn det som angår eldre og eldrepolitikk, noe som i neste omgang understreker eldrekommissjonens budskap om de eldre som både sterke og ressursrike.

I 2003 har den kontekstuelle rammen for analysen forandret seg. Det er ikke lenger politikken, men mediene som er konteksten. De ulike avisene har en mer rendyrket profil enn i tidligere år. Avisene har forandret seg, og dermed også måten å presentere de eldre på. Bildene er mer polariserte, og avisene tegner ulike bilder. Lokalavisen presenterer et positivt bilde, mens tabloidavisen tegner et overveiende negativt bilde. Det er forskjeller i hvor stor grad de ulike avisene er opptatt av eldre og eldrepolitikk.

Det er mye som forandrer seg i løpet av 50 år. Ikke bare har eldre selv forandret seg. Bestemødre er i dag forskjellig fra hva bestemødre var for 50 år siden. Eldre er blitt flere, omsorgstjenestene er under stadig forandring og avisene er blitt mer profilerte i den forstand at de henvender seg til ulike lesegrupper. Det er mange parametere å trekke inn i en slik analyse. Kanskje litt for mange? Det understrekes at eldre-bilder er konstruksjoner. De avspeiler på ingen måte en empirisk realitet. Det er kanskje derfor dette ikke trekkes inn som en ramme rundt analysen. Det ville styrket den meget troverdige påstanden om mediefremstillingene som sosiale konstruksjoner, som er tilpasset



NORAGE (Nordic Society for Research in Brain Ageing) was founded in 1991 to improve mental and neurological health in the elderly, and functions as a Nordic forum for communication and information on these issues. NORAGE supports both basic and clinical research and organizes scientific congresses, symposia and workshops. Current activities include a project on Nordic memory clinics, and a project on the use of restraints in elderly care. The official language is one of the Scandinavian languages or English. Currently there is no membership fee.

NORAGE organizes a congress every two years, next congress will take place in Turku, Finland, 14-15 June, 2007. The theme of the NorAge 2007 congress is: *Prevention of old age plaques – a rewarding challenge for health and social care*. Topics include Depression, Psychotherapy and psychopharmacology, Ageing brain, Prevention of dementia, Treatment of Alzheimer's disease. International speakers include Prof. Cornelius Catona, Dr. Jaqueline Birks, and Prof. Henry Brodaty.

Second Announcement and the opening of website are due in Spring 2006.

The organizing associations of NorAge 2007 are Societas Gerontologica Fennica, Finnish Geriatricians, Finnish Psychogeriatric Association, The Finnish Association for the Dementia Care and The Finnish Society for Growth and Aging Research.

vekslende politiske situasjoner og ulike mediekontekster. Jeg skulle også ønske at forfatteren hadde klart å holde på sine rollefigurer eller fremanalysert noen flere. Vi begynte med en bestemor og en gammel hedersmann som forsvant ut av analysen, og endte opp med en mer eller mindre kjønnsløs duracell-eldre.

Det optimistiske budskapet i boken kan være at de eldre har påvirkningskraft. Det er når de selv kommer på banen og taler sin egen sak at eldre-bildet mister sin sørgerand.

En liten kommentar til slutt. Jeg antar at bildet på forsiden vel er ment som en ironisk kommentar til hele debatten.

Anmeldt av  
Kirsten Danielsen,  
sosalantropolog,  
Forsker ved NOVA

Ny bok fra Forlaget Aldring og helse:

*Ragnhild M Eidem Krüger (red.)*  
**Evige utfordringer**  
**Helsetjenester og omsorg for eldre**

Ledende fagfolk innen norsk alderspsykiatri, demensomsorg og geriatri har bidratt med artikler som omhandler de «evige utfordringer» i utforming og organisering av helsjetjenester til og omsorg for eldre. Boken vil gi nyttig kunnskap til fagfolk og planleggere, studenter og menigmann med interesse for hvordan dagens samfunn tar hånd om helse- og omsorgsmessige utfordringer som en økende eldrebefolkning representerer. ISBN 10-82-8061-056-1

Boken kan bestilles fra forlaget på e-mail [post@nordemens.no](mailto:post@nordemens.no), eller på tlf. +47 33 34 19 50



Anita Karp

# Psychosocial Factors in Relation to Development of Dementia in Late-life: a Life Course Approach within the Kungsholmen Project

Akademisk avhandling for den medisinske doktorgrad, Karolinska Institutet, 2005

## Abstract

This thesis explored social and psychosocial factors from different phases in the lifespan and their relation to the occurrence of dementia and Alzheimer's Disease (AD) in late life. Early life circumstances, such as education, midlife factors such as occupation, and an active and socially integrated late-life were investigated in relation to dementia and AD risk. All five studies are based on the Kungsholmen Project, a longitudinal population-based study of aging and dementia. The initial population consisted of all registered inhabitants who were 75 years and older and living in the Kungsholmen Parish in 1987. The major findings from the five research papers included in this thesis are summarized below.

Study I. We found that frequent (daily-weekly) engagement in mental, social or productive activities was inversely related to dementia incidence. Relative risk (RR) and 95 percent confidence intervals (CI) were 0.54 (95 % CI: 0.34-0.87), 0.58 (95% CI: 0.37-0.91), and 0.58 (95% CI: 0.38-0.91), respectively. Similar results were found when these three factors were analyzed together in the same model.

Study II. Less-educated subjects had a RR of 3.4 (95% CI: 2.0-6.0), and subjects with lower socioeconomic status (SES) had a RR of 1.6 (95% CI: 1.0-2.5) of developing AD. Low SES at 20 years of age, even when high at 40 or 60 years, was associated with increased risk. When both education and SES were introduced into the same model, only education remained significantly associated with AD.

Study III. A mental, social, and physical component score was estimated for each leisure activity. RR of dementia for subjects with higher mental, physical and social component score sums were 0.71 (95% CI: 0.49-1.03), 0.61 (95 % CI: 0.42-0.87) and 0.68 (95% CI: 0.47-0.99), respectively. The most beneficial effect was present for subjects with high scores in all or in two of the components.

Study IV. We found that inactivity, depressive symptoms, but not social network, were independently associated with increased risk of dementia. However, to be inactive, have depressive symptoms, and simultaneously have a limited/poor social network compared to having none of these factors showed the strongest association to dementia (RR=5.4, 95% CI: 2.1-13.9).

Study V. Complex work with data and people was associated with reduced risk of dementia (RR=0.85, 95% CI: 0.75-0.96, RR=0.88, 95% CI: 0.80-0.97 respectively). When education was included in the model these associations were no longer significant. The association between education and AD/dementia, however, was modified by the highest levels of complexity which had a protective effect even among lower-educated subjects (RR=.52, 95% CI: 0.29-0.95).

Summary. The five studies in the theses identified several sources of cognitive stimulation throughout the lifespan and indicated that education above elementary level, higher levels of work complexity, and a broad spectrum of activities in old age are all related to decreased risk of dementia. The cognitive reserve model can be applied throughout the life course, from childhood to adulthood and late-life, and cognitive ability is modifiable at all stages of life. Conversely, dementia risk is increased by inactivity, loneliness, and low mood; and social isolation intensified the effect of these factors.

ISBN 91-7140-567-4  
Karolinska University Press,  
Stockholm

Nye bøker

Mikkel Vass, Kirsten Avlund, Carsten Hendriksen  
**Ældre & forebyggende hjemmebesøk**  
Danmark, ÆldreForum 2005

Anne Marie Mork Rokstad  
**Kommunikasjon på kollisjonskurs**  
Tønsberg: Aldring og helse, 2005

Publikasjoner fra prosjektet  
Funksjonshemming og aldring

Venke Helene Thorsen  
**Fra «skoletaper» til vinner**  
Tønsberg: Aldring og helse, 2005

Tove Steinsland  
**Utfordringer. Når personar med utviklingshemming blir eldre**  
Tønsberg: Aldring og helse, 2005

# The difficult quality. Essays on human services with limited consumer sovereignty

## Sammendrag

Kva for kjenneteikn ved omsorgstenestene er viktige å vera klar over i økonomiske analyser? Korleis kan ein bruke økonomiske omgrep for å beskrive omsorgstenester? Ofte blir det stilt spørsmål ved om kvaliteten på omsorgstenester er god nok, ikkje minst i situasjonar der den som mottek tenesta er svært sårbar og hjelpetrengande, og kvalitet derfor særleg viktig.

Avhandlinga fokuserer på tenester til menneske som ikkje kan ta vare på seg sjølv, og dei utfordringar det reiser for å sikre tilfredsstillande kvalitet og ressursutnytting når det blir sett på som eit offentleg ansvar. Kvalitetsproblem i denne samanhengen skuldast ikkje primært manglande informasjon, men at tenestemottakaren er for avhengig av den som yter tenesta til sjølv å kunne opptre som suveren forbrukar.

Sjukeheimstenester blir diskutert mest, men analysane er relevante for helse- og sosialtenester generelt og for delar av skuleverket.

Det fyrste kapitlet er ein gjennomgang av internasjonalt publisert økonomisk forskning om sjukeheimar. I hovudsak gjeld dette tilhøva i USA. Der har det vore sterk offentleg kritikk av forholda på sjukeheimar i meir enn 30 år, og dette har også resultert i omfattande offentleg tilsyn. Samstundes har marknader spela ei langt større rolle i USA enn i Skandinavia. Er det grunnleggande sett vanskeleg å sikre god sjukeheimskvalitet gjennom marknadsstyring? Dette blir drøfta i kapittel 2.

Som tenestemottakarar er sjukeheimspasientar for sjuke til å kunne krevja at kvalitetskrav blir oppfylt. I økonomiske analyser er det vanleg å sjå på dette som eit informasjonsproblem. Pasienten har for lite informasjon om kvalitet til å kunne bruke si konsumentmakt (skifte tenesteleverandør eller klage) når kvaliteten er utilfredsstillande. Mykje av kvalitetsproblema i omsorgstenestene kan ikkje forklarast på denne måten. Når behova til ein sjukeheimspasient, til dømes til personleg stell, ikkje blir ivaretekt er ikkje hovudproblemet at pasienten ikkje sjølv veit kva som burde gjerast, men at pasienten ikkje er i stand til å seia frå. Avhandlinga foreslår å bruke svak konsumentsoververenitet, eller avgrensa konsu-

mentsuverenitet, som eit omgrep for å beskrive dette. For å illustrere at sjukeheimspasientar ikkje er som pasientar flest brukast talmateriale frå Helse- og sosialombodet i Oslo. I to vilkårleg valde somatiske helsestenester (kirurgi og gynekologi-føde) er det som regel pasienten sjølv som vender seg til ombodet. Sjukeheimspasientar derimot klagar ikkje sjølv. Det var alltid andre som tok kontakt med ombodet. I hovudsak var dette nære slektningar, oftast barn.

Svak konsumentsoververenitet er ein meir grunnleggande marknadsimperfeksjon enn asymmetrisk informasjon. Til dømes blir det meir problematisk å sikre kvalitet gjennom brukarval. Svært hjelpetrengande menneske er avhengige av stabile omgjevnader og stabile personlege relasjonar og det kan vera store personlege kostnader ved å skifte tenesteytar. Dei er dessutan heilt avhengig av å ha ein personleg representant til å i vareta egne interesser. Beregningar basert på SSB sin befolkningsstatistikk syner at ein stor andel eldre ikkje har ektefelle eller barn som bur i nærleiken.

Når nokre pasientar har pårørande og andre ikkje, kan brukarval faktisk føre til eit dårlegare tilbod for dei mest sårbare pasientane, dei som ikkje har ein personleg representant. Grunnen er at engasjerte pårørande vil leite etter det beste tenestetilbodet. Dersom det er knapt om «gode» plassar, blir det mindre sannsynleg at pasientar utan pårørande kjem til ein god heim. Dersom kvaliteten i ein heim er avhengig av tilsynet frå pårørande, kan det også føre til auka kvalitetsforskjellar mellom heimar, slik at dei dårlegaste heimane blir enda dårlegare. Jo betre informasjonen er, jo sterkare blir denne uønska sorteringa av pasientar. Sjølv om brukarval kan vera svært viktig for den enkelte, er det ikkje eit tilstrekkeleg verkemiddel for å sikre allment god kvalitet.

Kapittel 3 går nærare inn på dei utfordringar svak konsumentsoververenitet inneber for tilsyn med tenestekvalitet. Individuelle saker frå ombodsmannen blir brukt for å illustrere korleis avhengigheiten av andre gjer tilsyn med kvalitet vanskeleg for pårørande og for det offentlege. Tilsyn frå pårørande og det offentlege er tilsyn utført av utan-

forståande. I alt tilsyn som blir utført på vegner av andre er det eit insentivproblem fordi gevinsten ved tilsyn tilfell ein annan part enn den som utfører tilsynet. Insentivproblemet er større når tenestemottakar har svak konsumentsoververenitet enn når vedkomande bare er dårleg informert. Dårleg informerte konsumentar kan føre tilsyn med tilsynet, og klage dersom dei blir kjent med at kvalitet har vore dårleg eller at tilsynsrutiner har svikta. Det kan ikkje menneske med svak konsumentsoververenitet, og problemet med for lite tilsyn vil da vera større.

Omgrepet svak konsumentsoververenitet er også nyttig for å forstå korleis tilsyn kan svikte. Menneske som ikkje kan klage kan heller ikkje seia frå dersom tilsynsmyndighetar innhentar mangelfull eller irrelevant informasjon om kvalitet. Det finst forskning med urovekkande resultat: vanlege mål på kvalitet i omsorgstenestene er klart mangelfulle, og det kan reistas tvil om dei i det heile tatt er informative om faktisk kvalitet. Det gjeld særleg kvalitetsdimensjonar som ikkje er handfaste som t.d. mål på sosiale kvalitetar ved tenesta. Ei viktig politikutfordring når menneske har svak konsumentsoververenitet er å betre informasjonen *frå* tenestemottakarar til pårørande og til offentlege myndighetar.

Kvaliteten på helse- og sosialtenester har langsiktige effektar gjennom å påverke funksjonsevna til den som mottek tenesta. Jo høgare kvalitet i dag, jo betre er framtidig funksjonsevne og velferd, og jo mindre er behovet for hjelp i framtida. Korleis kan ein tenesteytar bli gitt insentiv til å ta omsyn til dei langsiktige verknadene? Kapittel 4 diskuterer dette med utgangspunkt i desse tenestenes særtrekk. Låg kvalitet kan vera svært kostbart, ikkje bare fordi samfunnsøkonomisk lønnsam rehabilitering ikkje blir gjennomført, men også fordi låg kvalitet kan forverre hjelpavhengighet, t.d. gjennom passivisering og nedbygging av den einskildes meistringssevne. Fleire forhold gjer at tenesteytar kan få for svake kvalitetsinsentiv. Eit grunnleggande problem er at tenestekvalitet i liten grad kan dokumenterast rettsleg, og dermed ikkje kan kontraktsfestast. Kortsiktige kontraktar vil da gi for svake insentiv.

Ei løysing er langsiktige kontraktar, der den som yter tenesta i dag blir gjort ansvarleg for dei ressursar som krevjast for å dekke hjelpebehov i framtida. Dette føreset at framtidig kostnader ved låg kvalitet kan verifiserast, noko som ofte ikkje er tilfelle. Tidshorisonten kan også vera svært lang, og det aukar dei praktiske problema. Eit anna problem er at langsiktige effektar av høg kvalitet er ei investering som tenesteytaren ikkje sjølv rår over. Ettersom det er ei investering i andre menneskes funksjonsevne og framtidige velferd, kan verdien av investeringa bli ekspropriert av tenestemottakarane sjøve eller av det offentlege. Også dette reduserer insentiv til kvalitet dersom tenesteytar bare er interessert i eigen profitt. Langsiktige kvalitetseffektar har betydning for korleis brukarval vil fungere, for måling av effektivitet og for spørsmålet om offentleg versus kommersiell privat tenesteyting. Det kan også gi opphav til tilbodsindusert etterspørsel: Ein kommersiell tenesteytar med marknadsmakt kan ha insentiv til låg kvalitet fordi det aukar framtidig tenestebehov.

Når den som mottek ei teneste er makteslaus er god kvalitet avhengig av motivasjonen til tenesteytaren. Slik sett kan ein sjå på god kvalitet som ei personleg gåve, frå den som gir omsorg, til den som får. Kapittel 5 studerer nokre faktorar som innverkar på motivasjonen og evna til å gjera ein god jobb. Sosial samhandling er ofte viktig for kvalitet, anten fordi det er ein del av sjøve tenesta, eller også fordi ein gjennom dette innhentar den informasjon som trengst for å tilpasse tenesta til individuelle behov. Empati og menneskeleg støtte frå legen er viktig for at pasienten sjølv kan handtere ein vanskeleg situasjonen, samstundes som samtale hjelper legen til å stille diagnose. Sosial samhandling påverkar det som i litteraturen har blitt kalla "sosial distanse"; sosial samhandling reduserer den sosiale distansen mellom den som yter og den som får tenesta, og dermed den psykologiske kostnaden ved ikkje å gjera ein god jobb. I kapitlet blir det argumentert for at den einskilte tenesteytar sjølv kan påverke denne sosiale, eller emosjonelle, distansen: Dersom kvaliteten på tenesta er dårleg, kan ein omsorgsarbeidar velja å auke den sosiale distansen fordi dette reduserer eigen psykologisk kostnad av at tenesta har låg kvalitet. Sidan sosial samhandling i seg sjølv er

## **«Public Policy and Social Welfare», Volume 31: Integrating Health and Social Care Services for Older Persons Evidence from Nine European Countries**

**Jenny Billing, Kai Leichsenring (Eds.), December 2005**

«Providing Integrated health and Social Care for Older Persons (PROCARE)» is a project in the EU Fifth Framework Programme (Quality of Life and Management of Living Resources, Area «The Ageing Population and Disabilities») which aims to help in defining the new concept of an integrated health and social care for older persons in need of care by comparing and evaluating different modes of care delivery.

Following the publication of a first book published in March 2004, the current volume on «Integrating Health and Social Care Services for Older Persons. Evidence from Nine European Countries» will draw on the achievement of the second project phase (2003-2004) that consisted in empirical fieldwork and a cross-national analysis of model ways of working in the nine participating EU Member States (Austria, Denmark, Finland, France, Germany, Greece, Italy, the Netherlands, the UK).

The book underpins the more general national and European considerations gathered in the project with empirical findings analysed in a trans-national perspective. Its chapters have

been written by «internationally mixed» teams and will thus contribute to the development of a truly European perspective. Providing:

A unique general overview on European approaches towards integrated social and health care services and policies that are to be developed to face the growing need of care in ageing societies.

Indicators for successful approaches and models of good practice to overcome the «social-health-divide».

Better understanding of the meaning of integrated services and the coordination of social and health systems in the different countries.

Facts and figures about coordination at the interface between health and social care for older persons – as well as problems and solutions («lessons to learn») concerning regulation and coordination.

Can be ordered from:  
Publications Officer, European Centre for Social Welfare Policy and Research, Berggasse 17, A-1090 Vienna, Austria  
E.mail: [stamatiou@euro.centre.org](mailto:stamatiou@euro.centre.org)

viktig for kvalitet, vil det bidra til ytterlegare svekka kvalitet. Omvendt vil ein omsorgsarbeidar kunne velja å redusere sosial distanse dersom kvaliteten er høg. Dette kan skape vonde eller gode sirklar og forklare forskjellar i kvalitet mellom organisasjonar. Argumentet blei utprøvd i eit økonomisk åtferdseksperiment, eit såkalla diktatorspel der ein deltakar bestemmer kor mykje han eller ho vil gi bort av ein sum pengar til ein annan person. Dei som var sjenerøse tok oftare kontakt med den andre etterpå.

Avhandling for PhD-graden ved Økonoomisk institutt, Sanfunnsvitenskapelig fakultet, Universitetet i Oslo, 2006

# B

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

## Kongresser, konferanser

Humanites in relation to old age  
May 9.-10 2006, Szczecin, Poland  
Organizers:  
The Institute of Pedagogy at the  
University of Szczecin, Polish  
Gerontological Society of Szczecin  
Science secretary: dr Beata Bugajska,  
bbugajska@univ.szczecin.pl  
Information [www.us.szc.pl/starosc](http://www.us.szc.pl/starosc)

18th Nordic Congress of Gerontology  
Innovation for an Ageing Society  
May 28.-31., 2006, Jyväskylä, Finland  
Information:  
18nkg@congreszon.fi  
[www.18nkg.com](http://www.18nkg.com)

4th Bologna International Meeting on  
Affective Behaviour and Cognitive  
Disorders in the Elderly ABCDE  
June 15.-17., 2006, Bologna, Italy  
Information: [abcde@aosp.bo.it](mailto:abcde@aosp.bo.it)  
Deadline for abstracts: Mars 15, 2006  
Deadline for early registration: March 30  
2006  
[www.gegcongressi.com/abcde](http://www.gegcongressi.com/abcde)

4th Congress of the European  
UniGeriatric Medicine Society  
August 23-26, 2006, Geneva,  
Switzerland  
Information:  
[www.eugmns2006.org](http://www.eugmns2006.org)

2. World Ageing & Generations Con-  
gress 2006  
September 27-29, 2006, St. Gallen,  
Switzerland  
Information:  
[academic@wdassociation.org](mailto:academic@wdassociation.org)  
[www.wdassociation.org](http://www.wdassociation.org)

36th EBSSRS symposium and the 1st  
inter-conference symposium of the ESA  
RN "Ageing in Europe" on  
Values and Norms in Ageing  
October 20-22, 2006, Galway, Ireland  
Organizers:  
Ricca Edmondson (National University  
of Ireland, Galway:  
[Ricca.Edmondson@nuigalway.ie](mailto:Ricca.Edmondson@nuigalway.ie)) and  
Hans-Joachim von Kondratowitz (DZA  
Berlin: Chairman EBSSRS;  
[kondrato@dza.de](mailto:kondrato@dza.de))

11<sup>th</sup> NorAge (Nordic Society for  
Research in Brain Ageing)  
Prevention of Old Age Plaques – a  
Rewarding Challenge for Health  
and Social Care  
June 14.-15. 2007, Turku, Finland  
Information:  
[dementia@dementiahoitoyhdistys.fi](mailto:dementia@dementiahoitoyhdistys.fi)

19th Nordic Congress of Gerontology  
Aldring. mangfold & verdighet  
May 25-28, 2008, Oslo, Norway