

Årgang 14 nr. 2- 2005

Av innehållet:

Sohlbergs nordiske pris i gerontologi 2006

Vykort från Österrike

Abstracts

Bokanmeldelser

Kongresser

Nordisk Gerontologisk Forenings styre:

Formann: Lars Andersson

1. viseformann: Kirsten Avlund

2. viseformann: Eino Heikkinen

Sekretær:

Kasserer: Toril Utne

DANMARK:

Karen Munk

Finn Rønholt Hansen

FINLAND:

Otto Lindberg

Matti Mäkelä

Pertti Pohjolainen

ISLAND:

Sigrun Ingvarsdottir

Björn Einarsson

NORGE:

Anette Høyer Ranhoff

Morten Mowè

SVERIGE:

Lars Andersson

Åke Rundgren

Vår förening och dess uppbyggnad

NGF:s sekretariat håller så smått på att flytta från Oslo, dit det har varit förlagt sedan 1988. En fas i denna förändring var att Jan Høyersten avgick som sekreterare tidigare i år efter att ha tjänat NGF i sju år, d.v.s. sedan kongressen i Trondheim 1998 då han efterträdde Aase-Marit Nygård. Vi kommer givetvis att sakna Jan i den nära kretsen och ändå har vi inte fått höra första basen (i Guldbergs Akademiske Kor). Däremot har vi inte känt behov av att ha tillgång till hans älgstudsare vid något möte. Jan har alltså många strängar på sin lyra, även professionellt. När han tog över som sekreterare i NGF arbetade han i Rosenborgsteamet som upprättats inom ramen för ett utvecklingsprogram om demens. Sedermera blev Jan avdelningschef för en sjukhusavdelning inriktad på demensutredningar. Han driver också en privatpraktik inom området. Det bör borga för att vi även fortsättningsvis får se Jan i olika NGF-sammanhang.

Förändringar i sekretariatet kan ge anledning till att beskriva NGF och styrelsens uppbyggnad. Stadgar och organisationsbeskrivningar är kanske inte det första man kastar sig över när man har en stund över till läsning. Men t.ex. en snabb kontroll av besöken på SGS hemsida visar dock att av totalt ca 6.700 besök i år så har i alla fall ca 340 avsett sidan med stadgar.

NGF bildades 1974 som en samarbetsorganisation för de gerontologiska och geriatriska vetenskapliga föreningarna i Danmark, Finland, Island, Norge och Sverige (kallade NGF:s moderföreningar). NGF leds av en styrelse bestående av NGF:s ordförande, två vice ordförande, sekreteraren och kassören samt en ledamot från varje moderförening (oftast dess ordförande). Styrelsen sammanträder i samband med de nordiska kongresserna men extra sammanträden kan förekomma. Vid varje nordisk kongress inträder kongressens president som ny ordförande i NGF, medan den som varit president i 2 år sedan föregående kongress blir 1:e vice ordförande och presidenten för den nästkommande kongressen blir 2:e vice ordförande, för den kommande tvåårsperioden. Det löpande arbetet utförs främst i sekretariatet som består av sekreteraren, kassören och en sekretariatsmedarbetare (som även kan ha en av de två nämnda funktionerna), och även med viss regelbundenhet i arbetsutskottet som förutom sekretariatet består av NGF:s ordförande och två vice ordförande. Till styrelsen är även knutet ett fackråd som består av sex sakkunniga från vart och ett av de nordiska länderna inom ämnesområdena biologi, geriatrik, omvårdnad, psykologi och sociologi. Det sjätte ämnesområdet varierar, valet träffas individuellt av de olika nordiska länderna. Den spännande fortsättningen på beskrivningen av NGF följer i nästa ledare.

Lars Andersson
(Lars.Andersson@ituf.liu.se)

Nordisk Gerontologisk Forening (NGF)

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

Foreninger tilsluttet NGF:

Dansk Gerontologisk Selskab:

Formann: Karen Munk
Sekretær: Kirsten Avlund

Dansk Selskab for Geriatri:

Formann: Finn Rønholt Hansen
Sekretær: Susanne van der Mark

Societas Gerontologica Fennica r.f.:

Formann: Timo Strandberg
Sekretær: Otto Lindberg

Föreningen för forskning i uppväxt och äldre rf.:

Formann: Jyrki Jyrkämä
Sekretær: Anu Leinonen

Suomen Geriatri-Finlands Geriater:

Formann: Kaisu Pitkälä
Sekretær: Terhi Rahkonen

Societas Gerontologica Islandica:

Formann: Sigrídur Jónsdóttir
Sekretær: Hilf Guðmundsdóttir

Icelandic Geriatrics Society:

Formann: Björn Einarsson
Sekretær: Eyjólfur Haraldsson

Norsk selskap for aldersforskning:

Formann: Kirsten Thorsen
Sekretær:

Norsk geriatrik 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
Sekretær: Jan Høyersten
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:
Jouko Laurila

Föreningen för forskning i uppväxt och äldre:

Jyrka Jyrkämä

ISLAND:

Societas Gerontologica Islandica:
Sigrídur Jónsdóttir

Icelandic Geriatrics Society:

Björn Einarsson

NORGE:

Norsk selskap for aldersforskning:
Kirsten Thorsen
Norsk geriatrik 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
Peder Christensen, gerontopsykiatri

Finland

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

Island

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

Norge

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

Sverige

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

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

GeroNord

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

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

GeroNords redaksjon:

Toril Utne
Lars Andersson
Kirsten Avlund
Jan Høyersten
Aase-Marit Nygård

Nordisk Gerontologisk Forening (NGF)s sekretariat og GeroNords redaksjon har følgende adresse:

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

NGFs hjemmeside har adresse
www.geronord.no

Sohlbergs nordiske pris i gerontologi 2006

Nordisk Gerontologisk Forening (NGF) utlyser **Sohlbergs nordiske pris i gerontologi**.

Prisen, som er bevilget av Päivikki och Sakari Sohlbergs Stiftelse rs, er på **10 000 Euro**, og deles ut under åpningen av den XVIII Nordiske Kongress i Gerontologi i Jyväskylä, 28. mai 2006.

Prisen deles ut til en i Norden aktiv forsker som er ledende i sin del av gerontologien og som har preget utviklingen. I denne sammenheng betyr ledende enten en som leder en stor/fremgangsrik forskergruppe, eller en som har startet noe viktig som andre har fulgt opp, og gerontologi omfatter alle vitenskapsgrener som beskjeftiger seg med aldringens ulike aspekter.

Prisen deles ut av en jury bestående av NGFs formann (professor Lars Andersson), de to viseformenn (lektor Kirsten Avlund og professor Eino Heikkinen) samt de to siste mottagere av prisen (professorene Bengt Winblad og Stig Berg).

NGF inviterer herved til nominasjon av kandidater til prisen, som ikke kan søkes direkte. Nominasjonen skal inneholde en begrunnelse på ½-1 A4-side, sammen med kandidatens curriculum vitae og publikasjonsliste. Nominasjonsbrevet med bilag sendes inn elektronisk til sekretariatet (e-mail: toril.utne@nordemens.no), og skal være NGFs sekretariat i hende senest **31. desember 2005**.

Sekretariatets adresse er Nordisk Gerontologisk Forening v/Toril Utne, Medisinsk divisjon, Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, N-0407 Oslo.

Oslo, 15. august 2005

Sohlberg's Nordic Prize in Gerontology 2006

Nordic Gerontological Federation (NGF) calls for nomination of candidates for **Sohlberg's Nordic Prize in Gerontology**. This prize of **10,000 Euro** (ten thousand Euros) is sponsored by *Päivikki and Sakari Sohlberg Foundation* and will be awarded at the opening ceremony of the 18th Nordic Congress of Gerontology on May 28, 2006, in Jyväskylä.

This prize will be awarded to a scientist, who is active in the Nordic countries and is a leader in her/his field in gerontology and who has had a major influence on the development of her/his field. A "leader" in this context either has a large/successful research group or has initiated something of major importance, which has been followed up by others. Gerontology includes in this context all fields of science that deal with any aspect of ageing.

The prize will be awarded by a jury, the members of which are the chairman of NGF (Professor Lars Andersson), the two vice chairmen of NGF (Associate Professor Kirsten Avlund and Professor Eino Heikkinen) and the two most recent prize-winners (Professors Stig Berg and Bengt Winblad).

NGF invites for nominations of candidates for this prize (applications will not be accepted). A nomination must include the reasons for why the candidate is nominated (described on a half to a full A4 page) together with the curriculum vitae and the publication list of the candidate. This material should be sent electronically to NGF's secretariat (e-mail: toril.utne@nordemens.no) and received there no later than by **December 31, 2005**.

The address of the Secretariat is Nordisk Gerontologisk Forening v/Toril Utne, Medisinsk divisjon, Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, N-0407 Oslo.

Trollkonster i vetenskapen

När en trollerikonstnär genomför ett av sina tricks är hans viktigaste uppgift att leda bort åskådarnas uppmärksamhet från det, som han egentligen gör – exempelvis hur han får in kaninen i den tidigare tomma hatten.

En liknande typ av avledande manövrer har i många år används medvetet eller omedvetet i den vetenskapliga kommunikationen för att övertyga åhörarna om att en bestämd åsikt (hypotes eller teori) är den riktiga. Jag minns ett symposium för många år sedan där kollega A höll ett elegant föredrag med många data. Kollega B sa till mig i pausen att det var synd om de data, som inte stämde överens med A's åsikter. A var genomskådad av B – men nog inte av dem som utan ingående kännedom om ämnesområdet koncentrerade sig om det, som A ville ha uppmärksamheten riktad på.

En debatt, som illustrerar detta fenomen, har nyligen pågått i ett elektroniskt nyhetsblad för gerontologi (SAGE KE – Science of Aging Knowledge Environment - <http://sageke.sciencemag.org/>). Shripad Tuljapurkar försöker här att misskreditera en artikel av S. Jay Olshansky så att «sanningen» skall komma att passa med hans egna åsikter. Det hela handlar om hur medellivslängden kommer att ändras i USA, i synnerhet hur den ständigt ökande fetma-epidemin kommer att påverka livslängden negativt i de kommande årtiondena.

En teknik han använder sig av är att argumentera med hjälp av data, som inte passar ihop med de data, som Olshansky utnyttjar som bas för sina beräkningar. Olshansky arbetar med trender i den amerikanska befolkningen (ökande fetma hos unga) för att analysera hur dödligheten som i loppet av

årtionden kommer att öka (när de feta unga blivit feta äldre). Dödligheten ökar med stigande grad av fetma, men det kommer att ta årtionden innan den pågående fetma-epidemin kommer att orsaka en mätbar ökad dödlighet och därmed en fallande medellivslängd i USA. Tuljapurkar angriper med hjälp av data från Sverige och Japan, länder där medellivslängden fortfarande ökar. Han «glömmer» också att den ökande fetman ännu inte har slagit igenom i dödlighetsstatistiken. Han «glömmer» dessutom att amerikanska data talar ett annat språk. Exempelvis har den återstående livslängden hos 65-åriga amerikanska kvinnor legat konstant på omkring 19 år sedan 1983, vilket knappast tyder på att amerikanskorna är på väg till Shangri-La (en av James Hilton i romanen «Lost Horizon» uppdiktad by i Himalaya där invånarna lever lyckliga och länge). Svenskor och japanskor kan kanske fortfarande med hjälp av överoptimistiska framskrivningar leva på hoppet att finna vägen till Shangri-La.

Tuljapurkar använder sig också av citat från Olshansky, där han utelämnar väsentliga delar av argumentationen. Enligt Tuljapurkar skulle Olshansky ha skrivit att en fortsatt ökning av medellivslängden förutsätter att framtiden är annorlunda än den gångna tiden och skulle därmed enligt Tuljapurkars tolkning förneka att en fortsatt ökning i samma storleksordning som under de senaste 50 åren (omkring 0.22 år per kalenderår) skulle fortfarande vara möjlig. Vad Olshansky i verkligheten skrev var, att eftersom den tidigare ökningen berodde på att de unga överlevde i allt högre grad (en möjlighet som nu är uttömd) måste en ökning i framtiden komma ifrån en ökning bland de äldre, vilket förutsätter att framtiden är annorlunda än den gångna tiden.

Tuljapurkar argumenterar mot Olshansky också med observationen, att fetman i befolkningen har stigit tillsammans med välståndet i det amerikanska samhället, underförstått utan negativa effekter. Han tillägger att ett ökande välstånd främjar överlevnaden, vilket skulle motverka de av Olshansky beräknade negativa effekterna.

Olshansky påpekar stillsamt i sitt svar, att relationen mellan fetma och ökad dödlighet har blivit tydlig under år av tilltagande välstånd. Han tillägger, att fetman har ökat mest hos de befolkningsgrupper, som fått minst del av välståndsökningen.

En känd österrikisk professor är en i sitt hemland efterfrågad föredragshållare på ämnet hur man kan motverka åldrandet. Han håller eleganta föredrag, där han har i PowerPoint elegant plockat ihop osammanhängande data till en mosaik, som synes ge svaret – även om åhöraren inte får konkreta råd om hur hon/han skall bete sig i praktiken. Jag vill inte göra mig till domare över om kollega A's, Tuljapurkars och den österrikiske professorns trollkonster är medvetna sådana eller har provocerats fram omedvetet av ett önsketänkande. Men konsumenten av budskapet vill ofta låta sig luras när budskapet är det, som man gärna vill höra. Då är vetenskapsteoretikern Karl Popper glömd – liksom hans ord om att en hypotes måste bevisas genom att man försöker motbevisa den. Det är lättare att fascineras av en elegant mosaik och glömma att den saknar ett fast fundament.

Andrus Viidik

Peter Wetterberg

Hukommelsesboken - Hvorfor vi husker og glemmer lett

Gyldendal 2005, 198 s. ISBN 82-05-33500-1

For noen tiår siden holdt vi på med et prosjekt hvor vi testet personer over 75 år med ulike hukommelsesprøver. Jeg hadde gjort en avtale med en 87 år gammel kvinne som viste seg å være sengeliggende og tydelig fysisk svært skrøpelig. Var det riktig å plage denne kvinnen med testing? Min bekymring ble fanget opp av den gamle som sa at dette hadde hun gledet seg til og det var bare å fyre løs. Hun viste seg å ha en fantastisk hukommelse som de aller fleste 20-åringene ville ha misunt henne. Da jeg ganske forbløffet spurte henne hvordan hun kunne huske så godt, gliste hun og svarte: Jeg har gått på hukommelseskurs!

Denne episoden ga i alle fall meg en sterk tro på at hukommelsesforbedring i eldre år i høyeste grad er mulig. Imidlertid er det i norsk faglitteratur skrevet lite om hukommelse og hukommelsesteknikker. Når samtidig hukommelse er den viktigste psykologiske funksjonen som vurderes i sammenheng med utredning av kognitiv svikt og demens, er det gledelig at det nå er kommet en bok på norsk om dette temaet. Forfatter er *Peter Wetterberg* som er spesialist i geriatri og som nå arbeider som overlege ved Hukommelsesklinikken, Ullevål Universitetssykehus.

Wetterberg gir i boka først en god og oversiktlig gjennomgang av hukommelsens biologi, hvor han blant annet overbevisende dementer påstander av typen: «Vi bruker bare 10 prosent av vår hjernekapasitet» eller «Den rasjonelle venstre hjernehalvdel kveler den kreative

høyresiden». Videre presenteres ulike modeller for hukommelse, læring og glemsel, som beskrives på en forståelig og samtidig faglig solid måte. Den internasjonale faglitteraturen på dette området kan ikke sies å være lett tilgjengelig, og boka gir en utmerket innfallsport til den nye viten om hukommelse som forskningen har bidratt med i det siste tiåret. I siste del av boka presenteres leseren for ulike hukommelsesteknikker og det gis nyttige råd i forhold til hvordan en kan huske bedre i hverdagen.

Dette er en bok som gir god og oppdatert kunnskap om hvordan den normale hukommelsen fungerer og kan bedres. Boka kan anbefales ikke bare til fagpersoner og studenter, men til alle som er interessert i hvorfor og hvordan vi husker og glemmer.

Forfatteren skriver at hukommelsesrehabilitering av personer med hjerneskade som for eksempel demens, er et spennende område, men at dette emnet faller utenfor denne boka. Han henviser her leseren til internasjonal litteratur. Likevel opplever undertegnede dette som et savn ved boka - ikke minst siden det tidligere i boka brukes hele ti sider på å beskrive hva demens er. Wetterberg har med sin lange og brede erfaring med demens-utredning garantert mye å bidra med om dette temaet.

Eller planlegger Wetterberg en oppfølging om dette emnet? I så fall er det en bok mange med meg vil se fram til å lese!

Per Kristian Haugen
Psykologspesialist
Nasjonalt kompetansesenter for
aldersdemens

Den første norske kongressen i geriatri

Den første norske kongressen i geriatri gikk av stabelen i ærverdige lokaler i Gamle Logen i Oslo 25. og 26. april 2005. Oppslutningen var over all forventning: Ved 350 motatte påmeldinger ble det satt strek av hensyn til kapasiteten i lokalet, men ytterligere mellom 50 og 100 personer hadde ønsket å delta dersom plassen hadde tillatt det.

Programmet var konsentrert om fem hovedsesjoner: Delirium, demens, polyfarmasi, fall og geriatriske helsetjenester. To utenlandske forelesere - professor Kaisu Pitkälä fra Helsingfors og professor Hannes Stähelin fra Basel, sørget for det internasjonale perspektivet, mens en rekke nasjonale kapasiteter bidro til et program av meget høy kvalitet.

Deet var også anledning til frie foredrag på grunnlag av innsendte sammendrag. Norsk geriatrisk forenings priser for de beste frie foredragene gikk til

Toril Agnete Larsen og Liv-Berit Knudsen ved Høgskolen i Tromsø, for foredraget *Fjernt men likevel nært - er det mulig å ta i bruk IKT-løsninger i veiledning?*, og

Renate Pettersen, Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, for foredraget *Vannlatningsforstyrrelser etter hjerneslag: Typer og prognostisk betydning*.

Arrangører av kongressen var Norsk geriatrisk forening, Universitetet i Oslo og Ullevål universitetssykehus. Arrangementskomiteen håper å kunne følge opp med slike nasjonale kongresser hvert annet år, de årene da det ikke arrangeres nordisk kongress i gerontologi.

Torgeir Bruun Wyller
Professor, Universitetsseksjonen,
Geriatrisk avdeling, Ullevål
universitetssykehus
t.b.wyller@medisin.uio.no

Peter Westlund och Arne Sjöberg

Antonovsky inte Maslow – för en salutogen omsorg

Fortbildningsförlaget, 2005

ISBN-nr: 91 7091 1657

Boken, med det klare tittelbudskap: «Antonovsky inte Maslow», har ikke til hensikt å vekke debatt, men å påvirke vår måte å se på omsorg og pleie av eldre. Den er skrevet i verdifelleskap og tankeutveksling mellom overlege *Arne Sjöberg*, spesialist i geriatri og indremedisin, og *Peter Westlund*, fil.dr. i samfunnsplanlegging og FoU-leder. To ulike fagtradisjoner møtes. Forfatterne ønsker at boken skal være en «horisontisk bok» – en bok som utvider vår tankehorisont, som fungerer som motvekt mot «det medisinsk-teknologiske komplekset», og i stedet vektlegger en helsefremmende omsorg og pleie for gamle mennesker.

Grunnlaget for en helsefremmende (salutogen) omsorg og pleie kan ikke lenger være Maslows behovshierarki, basert på en definisjon av menneskets behov i en hierarkisk trapp fra de mest «grunnleggende» («primære») fysiologiske behov stigende til behovet for trygghet, samhörighet, verdsetting og selvrealisering. Slik forfatterne fortolker Maslow, er dette en rangordning ikke bare av menneskers behov, men også av eksistensen som menneske. Mennesket er «i grunnen» et biologisk vesen, som under gunstige omstendigheter kan utvikles til et psykologisk og sosialt vesen. Men de høyere behovene er ikke like tvingende og nødvendige å tilfredsstillende som de mer «basale»/«primære»/«grunnleggende».

Maslows innflytelse er enorm, hevder forfatterne. Den hierarkiske behovsmodell ligger til grunn for måten kommunene har organisert sin eldreomsorg og hvordan ansatte i helse- og omsorgssektoren prioriterer og begrunner sine tiltak. Forestilling om rangordnede behov, hvor noen er mer «basale», legger grunnen for at tjenester kan avgrenses til basale behov. De kan fremstilles ut fra en modell, hvor «servicen» oppdeles i stadig mer avgrensede deltjenester og kan leveres av ulike produsenter. Helheten i livssituasjonen og behovene – og hva som fremmer helsen – forsvinner.

Når den kommunale økonomien er trang, går man nedover i behovshierarkiet. De behov som ikke er «grunnleggende» kan nedprioriteres og skjæres bort. Behov for selvrealisering, fellesskap, verdsetting og endog trygghet, kan måtte vike. Det gjelder betydningen av hjemmet, men også det å komme ut i verden, å møte andre, oppleve fellesskap og meningsfullhet. Forfatterne kaller nedskjæringen «et sosialt overlevelseseksperiment».

Med Antonovskys «salutogene» tilnærming legges vekten på det helsefremmende arbeid, med fokus på det som oppleves som meningsfullt, et liv som er verdt å leve – ikke bare overleve.

Da blir det *sosiale nivået*, menneskets behov for samhörighet, selvbekreftelse, for «å bli sett» som person, sentralt. Som forfatterne poengterer det: Den store forskjellen ligger i at hva Maslow oppfatter som mindre basale behov, oppfattes av Antonovsky som de viktigste drivkrefter for å leve og mål for godt omsorgsarbeid. Uttrykt annerledes – der Maslow legger til grunn at omsorgen *kan vente med* (selvrealisering, verdsetting, samhörighet) til mer basale behov er tilgodesett, anser Antonovsky at omsorgen *skal gå ut fra: «Att prioritera meningsfullhet är en skillnad som gör skillnad»* (s. 54).

En salutogen tilnærming fra ansatte i helse-, pleie- og omsorgssektoren betyr at alle tjenester skal tilbys i lys av det overordnede mål: Bidrar de til å gi gamle et meningsfullt liv, et liv som er verd å leve? Det betyr at den eldre myndiggjøres og får fortelle om sine varierende ønsker og behov. Det betyr at omsorgsarbeidere stiller spørsmålet: «Hva skal vi gjøre i dag?», og gir mottakerne muligheter til å være med å beslutte dette. Det betyr at «taylorismen» med sin oppdeling i stadig mer avdelte behov, med forhåndsregulering, standardisering og nærmest mekanisk utførelse – uten nevneverdig påvirkning av arbeidstaker eller mottaker – ikke lenger blir mulig.

Det betyr at det som kalles «legemiddeleksperimentet» – der de gamle blir sett som adskilte organsystemer, med ulike diagnoser og får medisinerer fra ulike spesialister – uten overordnet samordning – ikke duger lenger. Det nevnes at Socialstyrelsen i Sverige undersøkte legemiddelbruken hos de fem eldste pasientene i 50 ulike boformer, i alt 240 personer, med en gjennomsnittsalder på 96 år. I gjennomsnitt hadde disse personene ni ulike legemidler, den som hadde flest, hadde 27. Hver fjerde hadde tre eller flere psykofarmaka. I en salutogen tilnærming må legen ikke bare tenke en ny medisin for hver plage og lidelse, men tenke i helhet og funksjon, og se samspill mellom legemidler og behandling. Det betyr at geriateren blir den samordnende legen, og at spesialistene innordnes en overordnet helsefremmende legepraksis, rettet mot godt liv.

Boken utfordrer helse-, pleie- og omsorgsarbeideres ideologiske grunnlag, automatiserte tenkemåter, kommunenes rasjonaler for nedskjæring og organisering av tilbud, og avviser den stadig mer oppdelte og instrumentaliserte eldreomsorg – der helheten og det overordnede målet forsvinner i detaljregistreringene. Målet er å bidra til et meningsfullt liv også som gammel – med sykdommer og svekket helse. Boken gir instruktive og inspirerende beskrivelser av situasjoner med ulik tenkning og praksis.

Boken anbefales fagfolk fra ulike helse- og omsorgsprofesjoner, som utfordring til ettertanke og kritisk refleksjon over etablert praksis.

Kirsten Thorsen
Professor II, forsker
Norsk institutt for forskning om
oppvekst, velferd og aldring
Nasjonalt kompetansesenter for
aldersdemens
Høgskolen i Buskerud,
avdeling for helsefag

Anne Leonora Blaakilde

Livet skal leves - forlæns, baglæns og sidelæns

Gyldendal, Nordisk Forlag 2005, 280 sider

Boken intervjuer 12 personer av begge kjønn i alderen fra 17 til 92 år.

I forordet skriver forfatteren at hun ønsker å se på alder som fenomen, og hvordan mennesker i forskjellige alder oppfatter sin egen situasjon i forhold til alder.

Livets løp blir i denne boken betraktet som en reise ut i livet der opplevelsene taes med som bagasje videre. Denne metaforen er brukt av mange andre forfattere tidligere.

Boken begynner med intervjuene i kronologisk rekkefølge. Layouten er i åpne spørsmål- og svar form, med et oppsummerende avsnitt etter hvert intervju. Forfatteren oppsummerer ved å reflektere over svarene til intervjuobjektene med stadige referanser til alderdom. Det kommer klart frem allerede i begynnelsen av intervjuet med 17-årige Louise at alder er viktig. Holdninger til alder, forhåpninger til alder, normer og etikette til alder, forpliktelser til alder osv. Forfatteren må ha skjønt på forhånd at spør man 12 deltagere med et så stort aldersspekter om deres situasjon, får man svar ut i fra dette aspektet. 17-åringen svarer på hvordan det er å være 17 og ung i samfunnet på samme måte som 42-åringen svarer på hvordan han opplever sin situasjon som far og i fullt yrke. Igjen på lik måte som 80-åringen forteller om sine barn, barnebarn og sin kjæreste på 38 år. Det virker som forfatteren har prøvd å unngå denne stereotypiske intervjufellen ved å invitere mennesker som har en noe spesiell, kunstnerpreget eller akademisk bakgrunn. Det virker også som om noen av intervjuobjektene har en mer eller mindre kjent status i Danmark. Det er uheldig hvis forfatteren tror kjente personer har mer interessante svar enn andre. Intervjuobjektene er alt fra dikter, skuespiller, politiker, professor i geriatri og forfatter. I utgangspunktet bør disse menneskene kunne bidra mye til en slik bok, men med

spørsmål som «Keder du dig ikke nogle gange, hvis nogen fortæller dig historier fra gamle dager?» og «Forventer du noget særlig af dig selv i den alder, du har i dag?», blir denne boken en studie i det trivielle og kjedsommelige. Studier av kvalitativ art er i utgangspunktet svært krevende, og forlanger mye av forfatteren når det gjelder å sette seg inn i og bearbeide materialet.

I forordet nevner forfatteren at hun er blitt 43 år og at hun har rykket opp i «seniorkategorien» og dermed er på gyngende grunn i det danske samfunnet. Etter å ha lest denne boken virker det som om forfatteren selv føler alderdommens lodd veie ned, og ønsker å lete etter andre «likesinnede» for å dele dette med. Dermed stiller hun spørsmålene sine nærmest vilkårlig slik at de kommer henne til gode og ikke objektene. Lesingen føles som en tilfeldig planlagt reise, for å fortsette i forfatterens språkdrakt.

Konklusjonene hennes etter hvert intervju gjenspeiler også dette, der hun opererer som hobby-psykolog og samfunnsviter når hun tolker svarene. Forfatteren bruker sitater til filosofer og andre forfattere sporadisk til å pynte sine tanker med akademisk meritt, uten at dette gir mer gjennomslag for hennes ideer.

Det er synd at forfatteren ikke lykkes mer med sitt prosjekt, da konseptet rundt en slik bok er viktig og kan føre til videre debatt. Det er vanskelig å sette seg inn i hva forfatteren ønsker å oppnå med boken. Tittelen henspiller på et kjent sitat fra Kierkegaard. Forfatteren nevner at hun er kulturforsker og ikke filosof, og dermed virker det nesten som om hun nøyer seg med å skrive om alderdom uten å måtte dykke ned i dette havet med interessante områder og skrive noe nyskapende og originalt.

Tor Atle Rosness
Lege/stipendiat
Nasjonalt kompetansesenter for
aldersdemens

Aktuelle publikasjoner

Schanke, A-K (2005)
Vi - De andre og Oss
Kulturpsykologiske perspektiver på funksjonshemning med vekt på identitet og myndiggjøring
Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
ISBN 82-8061-048-0

Thorsen K, Olstad I (2005)
Livshistorier, livsløp og aldring. Samtaler med mennesker med utviklingshemning
Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
ISBN 82-8061-050-2

Slagsvold B og Solem PE (red.) (2005)
Morgendagens eldre. En sammenligning av verdier, holdninger og atferd blant dagens middelaldrende og eldre
Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA)
ISBN 82-7894-213-7

Sykehjemsrøntgen på hjul
Michael - Publication Series of the Norwegian Medical Society (2005)
ISSN 1504-0658

Andersen AE, Holthe T (2005)
Fra sansing til handling, Rev. utg.
Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
ISBN 82-8061-034-0

Tornstam L (2005)
Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging
New York: Springer Publ Company

Steen B (ed.) (2004)
To become Old. H70 The Gerontological and Geriatric Population Studies in Göteborg, Sweden
Göteborg: Dept. of Geriatric Medicine, Sahlgrenska Academy at Göteborg University
ISBN 91-631-7182-1

Hjelpemidler til eldre med funksjonshinder -

Stemningsrapport fra Nordisk Hjelpemiddelkonferanse i Gøteborg, NAT-C 11. - 12. mai 2005

Initiativtakerne til NAT-C (Nordic Assistive Technology Conference) er lederne for handikapinstituttene* i Norden, og første konferansen gikk av stabelen i Danmark for to år siden. Den andre nordiske konferansen om hjelpemidler ble avholdt i Gøteborg 11. og 12. mai 2005 med temaet «hjelpemidler til eldre med funksjonshinder».

Risikoen for å erverve en funksjonshindring stiger med økende alder og aldersgruppa over 70 år er de som bruker flest hjelpemidler. Nordisk samarbeid omkring eldre, funksjonshinder og hjelpemidler er viktig for å lære av hverandre og for å bygge nettverk, sa *Inge Ovesen*, direktør for Nordisk samarbeid om hjelpemidler - NSH. Det er to hjørnesteiner for dette arbeidet; universal design og formidling av kompensierende hjelpemidler. Utfordringer er økende antall av eldre og de store ulikehetene mellom kommunene i de nordiske landene.

Gunnar Fagerberg, som tidligere arbeidet i EU-kommisjonen, hevdet

*Hjælpemiddelinstittuttet Danmark, Hjälpmedelinstitutet Sverige, Trygde-etaten Norge, STAKES Finland, Tryggingastofunn Ríkisins Island, og Nordiska Samarbetsorganet för Handikappfrågor - NSH

at vi må strebe etter et samfunn uten «digitale klyftor» - et samfunn for alle, og han skisserte fokus for nye rammeprogram i EU.

Lena Borell, professor i ergoterapi i Sverige, påpekte at «kvarboende-prinsippet» også gjelder for eldre med funksjonshinder. Derfor trenger vi gode ideer om ny teknologi og nye tjenester. Hun viste til at fallulykker utgjorde den stor trussel mot eldre, og spesielt mot kvinner over 80 år som hadde 50 prosent større risiko for fall. 60 prosent av fallskadene skjer i hjemmet - flest på vei til toalettet om natten. I Sverige brukes 900 mill kroner til utbedring av boliger hvert år, men man har ikke forsket på hvorvidt disse utbedringene har effekt!

Åse Brandt, PhD fra Danmark presenterte instrumentet NAME, som måler effekt av mobilitets-hjelpemidler når det gjelder aktivitet og deltakelse. NAME ble utviklet i samarbeid med fem nordiske land og baseres på ICF (International Classification of Functions).

Hanne Vinkel, MPH, DK, redegjorde for sitt prosjekt der hun hadde undersøkt tilfredshet med hjelpemidlene hos en gruppe pasienter med hjerneslag. Ved utskrivelse fra sykehus hadde 116 (av 155 pasienter) gjennomsnittlig 4,4 hjelpemidler hver. 84 prosent av hjelpemidlene ble brukt regelmessig. De eldste pasientene var mest fornøyde. De minst brukte hjelpemidlene var

husholdningshjelpemidler fordi andre hadde overtatt oppgaven, pasienten hadde endret funksjonsnivå (forbedret/forverret), eller hadde funnet alternative måter å løse oppgaven på.

Lilly Jensen, MSc, DK, påpekte at om et hjelpemiddel skulle være *godt*, så måtte det være effektivt, funksjonelt, tilpasset miljøet, harmonisk, driftssikkert og holdbart. Det måtte stemme overens med pasientens funksjonsnivå, sosiale liv og fysiske omgivelser. Hjelpemidler skal på ingen måte *begrense* livskvaliteten for den gamle!

Design av hjelpemidler ble også berørt, og design for eldre har knapt startet, sa *Bodil Jönsson*, professor fra Lund i Sverige. Hun påpekte at eldre ikke ønsker å være noen særgruppe. Når det gjelder design, kunne man utgå fra det som skiller eldre fra yngre; nemlig deres erfaringer og deres forventninger. Eldre kan fortsatt lære, og få nye hjerneceller. For å sikre tilvekst må vi unngå stress, sørge for mosjon og tilbringe tid i vakre omgivelser.

Mer informasjon på www.nat-c.org

Neste Nordiske konferanse om hjelpemidler blir i Oslo, 14. og 15. mai 2007, og har fokus på «Hjelpemidler for økt deltakelse».

*Ergoterapeutspecialist MSC Torhild Holthe,
Nasjonalt kompetansesenter for
aldersdemens*

Øyvind Kirkevold

Use of restraints in Norwegian nursing homes, focusing on persons with dementia

Abstract

The aims of this thesis were to get an overview of the use of restraints and surveillance in institutions for the elderly, to describe the prevalence of various types of restraints and to analyse how patient and ward characteristics affect the use of restraint. Further, to describe the reason for the use of restraint, decisionmaking, and the documentation about it. A last aim was to describe the practice of mixing medication in the patients' food or beverages, to explore the reasons for such a practice, how it was documented, and to find out who decided that such an action should be taken.

Restraint was defined «as restriction of freedom of movement or normal access to the body by any manual method or by physical or mechanical devices and the holding of hands, legs or the head during assistance with ADL and during medical examination and treatment, the use of electronic devices for the surveillance of patients, or the mixing of drugs into food or beverages against the patient's will or knowledge».

In this thesis it is shown that patients in Norwegian nursing homes are subjected to different kinds of restraints. Nearly 37 per cent of the patients in RUs* and 45 per cent of the patients in SCUs* were subjected to any restraints during one week (Paper II). Limiting the patients freedom of movement by locking doors to the ward is mainly used in SCUs (Paper I). Use of mechanical restraints (e.g. bed rails and belts in chairs) is more frequent in RUs compared to SCUs. Non-mechanical restraints, such as

bringing patient back when they leave the ward or locking them into a room, is more often used in SCUs compared with RUs (Paper III).

Both mechanical restraint and non-mechanical restraint are significantly more used in patients with dementia, aggressive behaviour and non-aggressive agitation. The use of force or pressure in medical examination, in treatment and in ADL is also associated with patient characteristics (Paper III).

Eleven per cent of the patients in RUs and 17 per cent of the patients in SCUs received drugs mixed in their food or beverages at least once during seven days (Paper V). In most of the cases, drugs were routinely mixed in the food or beverages. The practice was documented in patients records in 40 per cent of cases. Patients who got drugs covertly more often received antiepileptics, antipsychotics, and anxiolytics compared with patients who were given their drugs openly.

The decision to use restraints is most often taken by the nurse in charge and is seldom documented in the patient's record (Paper IV). The reasons given for the use of restraint is in most situations to protect the patient himself or other persons (patients or staff), or to perform necessary care or treatment. Non-compliance is the major reason for the use of force or pressure in medical examination or treatment (Paper IV).

Doctoral dissertation
Published by University of Oslo,
Faculty of Medicine 2005
ISBN 82-8080-145-6

For more information, contact the author, e-mail:
oyvind.kirkevold@nordemens.no

*RU: Regular Units

*SCU: special Care Units (for persons with dementia)

The Finnish Association for the Dementia Care

The Association was founded in 1990, and has since gained recognition as an expert organisation in the area of dementia care. The new care models developed by the Association's experts are based on profound research and extensive professional experience.

Support for home care of demented patients is the Association's focus area. The care model combines resources from the community care and the institutional care systems: the patients are mainly diagnosed within the basic health care system, support for home care is provided by dementia family care co-ordinators, and the special care unit provides home care support service.

The Association members are professionals working in the Finnish social and health care system.

What we do

Professional Training

- * Theme seminars
- * Specialist Education Programme at the University of Helsinki
- * Training courses tailored for the specific needs of professional teams

- * Consultation for service providers

Consultation Help Line

- * Dementia Information Help Line by e-mail and telephone for social and health care professionals

Publications

- * Dementia News - a quarterly journal for professionals
- * Information leaflets, guides and books
- * Internet: www.dementiahoitoyhdistys.fi

Regional co-ordinators

- * 30 professionals throughout the country serve our partners and members as regional co-ordinators

Influence

- * Annual Dementia Care Award
- * Stakeholder relations and lobbying to promote the development of enhanced dementia care

The Finnish Association for the Dementia Care

Arkadiankatu 19 c, FIN-00100 Helsinki, Finland
Phone +358 9 454 28 48
Fax +358 9 454 28 450
E-mail
dementia@dementiahoitoyhdistys.fi

Galina Passare

Drug Use and Side Effects in the elderly. Findings from the Kungsholmen Project

Abstract

The aim of this thesis was to find occurrence of drug side effects in the elderly by studying the association between changes in clinical parameters and prevalence of self-reported symptoms and the use of drugs in an elderly population.

The studies were performed in the Kungsholmen project, a longitudinal population based study of aging and dementia in Stockholm. Data from baseline (1987-89), 1st follow-up (1991-93), 2nd follow-up (1994-96), and 3rd follow-up (1997-98) were used. The first two articles describe cross-sectional studies examining the prevalence of low blood pressure (Paper I) and sodium and potassium disturbances (Paper II) with respect to medication (baseline, n=1748 and 1558). The third paper examined the association between drug use and hyperglycemia, as measured by increased HbA1c levels (2nd follow-up, n=578). The fourth article is a longitudinal (6 years follow-up) study of age-related impairment of renal function in connection to drug use (baseline to 3rd follow-up, n=242). The fifth article examines the use of antidepressants and anxiolytics in relation to self reported somatic and psychiatric symptoms (3rd follow-up, n=419). The most important results are summarized below.

Study I: The use of potassium-sparing diuretics, dopaminergic

antiparkinsonian drugs and neuroleptics were significantly associated with low systolic blood pressure and dopaminergic antiparkinsonian drugs with low diastolic blood pressure.

Study II: The occurrence of hyponatraemia was associated with the use of carbamazepine, laxatives (enema), diuretics and ACE-inhibitors and hypernatraemia with osmotically active laxatives. Hypokalaemia was associated with thiazide-related and combination diuretics and hypercalcaemia with potassium-sparing diuretics, β -blockers, cytostatic drugs and tricyclic antidepressants.

Study III: Use of loop diuretics was significantly associated with high HbA1c levels in both women and men. Eighteen percent of users had high levels compared with 8 percent in non-users.

Study IV: The prevalence of renal impairment, defined as estimated creatinine clearance (C_e) < 50 ml/min, was 33 percent at baseline and 93 percent in 3rd follow-up. The use of drugs that should be avoided or be prescribed in reduced doses in mild or moderate renal insufficiency increased over time, with few exceptions. Doses decreased for digoxin, spironolactone and allopurinol, but increased for drugs against peptic ulcer, ACE-inhibitors and citalopram.

Study V: Elderly treated with antidepressants showed a high total score on the Comprehensive Psychopathological Rating Scale (CPRS) (23.6±10.9) and score for depressive symptoms (6.4±7.2). The scores were even higher for users of anxiolytics (26.3±23.2) and 7.6±14.4). The use of antidepressants was significantly associated with several somatic symptoms such as vertigo/dizziness, tendency to fall, involuntary urination, and shortness of breath. The use of anxiolytic drugs was associated with vertigo/dizziness and shortness of breath.

Conclusions: Side effect of drugs occur frequently in an elderly population and with many drugs that are generally not considered in clinical practice.

There is a continuous age-related loss of renal function. However, apparently physicians often do not adjust the treatment according to this very important age-related physiological change, which in turn increases the risk of side effects.

Our results also indicate ineffective and inappropriate treatment of depression as well as side effects of anxiolytic and antidepressant therapy in the elderly.

Doctoral dissertation
Published by Karolinska University
Press, Stockholm, Sweden
ISBN 91-7140-365-5

Aktuelle konferanser

18th Nordic Congress of
Gerontology
**Innovations for an Ageing
Society**
May 28.-31, **2006**, Jyväskylä,
Finland
Information: 18nkg@congreszon.fi
www.18nkg.com

4th International Bologna Meeting
on **Affective, Behavioral and
Cognitive Disorders in the Elderly**
June 15.-17, **2006**, Bologna, Italy
Information:
abcde@aosp.bo.it
www.gegcongressi.com/abcde

11th 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

Diana De Ronchi

Education and dementing disorders.

The role of schooling in dementia and cognitive impairment

Abstract

This doctoral thesis aimed to investigate the complex relationship between education, dementias, and cognitive impairment. Two different databases were used; the Faenza and the AIDS Projects. The *Faenza Project* is a longitudinal study on ageing and dementia, targeting 7,930 inhabitants of Faenza (including the village of Granarolo), Italy, aged 61 years and older in 1991. The study population derives from an area which has been one of the wealthiest in Italy since the beginning of the 1950s, but with a high percentage of nonducated subjects. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition revised diagnostic criteria were used for the clinical diagnosis of dementia, while a person was classified as affected by cognitive impairment, no dementia if he/she scored two or more standard deviations lower than the mean score of the corrected Mini-Mental State Examination calculated among the nondemented people. The *AIDS Project* is a longitudinal study on HIV-1-related cognitive impairment. The study sample included 282 consecutive subjects examined at the Division of Infectious Diseases, University of Bologna, Italy. HIV cognitive impairment was defined as poor performance on at least two of the seven neuropsychological tests included in the neuropsychological battery. Poor performance in a test was considered as a score of two or more standard deviations lower than the mean of the seronegative group in the corresponding risk behavior strata (injecting drug users, hemophiliacs, and other risk behaviors). Data were analyzed with logistic regression models. The major findings from the five

research papers included in this thesis are summarized below.

Study I. In the subpopulation of Granarolo, the relationship between Alzheimer's disease (AD) and other dementias with education was examined. Having no education was associated with dementia independent of all other putative risk factors (OR 4.7; 95 percent CI=2.3-9.6). This association was stronger among younger old persons, and decreased with increasing age. Similar findings were found for AD and Vascular dementia, separately.

Study II. We examined the relationship between HIV-1-related cognitive impairment and education, controlling also for risk behaviors and clinical status. Low education was a strong risk factor for cognitive impairment in HIV-1-seropositive persons: adjusted OR in subjects with less than six years of education was 18.9 (95 percent CI=3.7-97.6), and 1.3 (95 percent CI=0.5-3.2) in subjects with five to eight years of education, when compared to subjects with nine+ years of schooling.

Study III. The effect of education on both cognitive impairment and dementia was investigated in the Faenza cohort. Very low education was a major determinant of both dementia and cognitive impairment. No education was associated with an increased risk of both CIND (OR 16.7; CI=11.2-25.0) and dementia (OR 10.9; 95 percent CI=7.0-16.7) with a dose-response relationship.

Study IV. We found that stroke does not completely explain the association between low education and dementia or cognitive impairment. The effect of stroke on dementia was stronger among the higher educated subjects (four+

years of schooling, RR 6.5; 95 percent CI=4.9-8.2) as well as among the younger old. These findings support the hypothesis that having a stroke nullifies the beneficial effect of high education and younger age against dementia and cognitive impairment.

Study V. Low education and low occupation-based socioeconomic status (SES) were both independent risk factors for dementia and cognitive impairment. Subjects with low education and low SES had the highest risk of dementia (OR 5.1; 95 percent CI=3.5-7.3) and cognitive impairment (OR 5.2; 95 percent CI=3.6-7.6). These findings suggest that low occupation-based SES is not a mediator for the association between low education and dementia or cognitive impairment.

In summary, mental activity stimulated by education during childhood, could be a possible mechanism explaining how high education protects against cognitive decline and dementia. The cognitive reserve hypothesis could provide the biological plausibility for this theory. The additive dementia risk observed in subjects with both low education and low SES implies that exposure acting at adult life might increase the risk due to education related exposure in childhood. However, the protective effect of high SES during adult life might balance the risk given by a low education.

Doctoral dissertation
Published by Karolinska University
Press, Stockholm, Sweden 2005
ISBN 91-7140-349-3

B

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