

ÆldreForum 2009

Årsberetning





ÆldreForum er et uafhængigt råd under Socialministeriet, der skal følge og vurdere ældres vilkår i samfundet på alle ældrelivets områder. Rådet skal desuden bidrage til at synliggøre ældres ressourcer og til at nuancere billedet af ældre og det at blive ældre.

ÆldreForum udsender løbende en række publikationer med information, inspiration og debatskabende stof om ældretilværelsen, initierer forskning og arrangerer konferencer m.m.

Rådet inddrager forskere, myndigheder, fagpersoner, organisationer, kommuner og ældreråd m.fl. i rådsarbejdet.

Rådets medlemmer deltager i konferencer og møder i hele landet, hvor ældres forhold debatteres eller overvejes.

Bagest i publikationen findes en oversigt over ÆldreForums udgivelser, der kan rekvireres vederlagsfrit.

AldreForum 2009 Årsberetning

Omslag:

Kongens Nytorv

Motivet er et udsnit af Kongens Nytorv med Komediehuset og Gjethuset, malet af J. Rach og H.H. Eegberg, 1949.

Den grå bygning til højre i billedet var det første Kongelige Teater, opført 1748 af hofbygmester Nicolai Eigtved.

Bygningen til venstre er Gjethuset, som var kongeligt støberi. På Gjethusets grund ligger det nuværende Kongelige Teaters gamle scene.

Tak til Nationalmuseet for tilladelse til at gengive motivet.

Udgivet af ÆldreForum, april 2010

Design: DanChristensenDesign MDD

Tryk: tryk team svendborg a/s

Trykt ISBN: 978-87-90651-41-1

Elektronisk ISBN: 978-87-90651-42-8

Trykt ISSN: 1903-4156

Elektronisk ISSN: 1903-4164

Gengivelse af artikler med forfatternavn, eller længere uddrag heraf i blade, tidsskrifter, bøger o.lign. kræver tilladelse fra både forfatter og ÆldreForum. Øvrige artikler, herunder artikler skrevet af ÆldreForum, kan frit gengives i sin helhed med kildeangivelse.

Indhold

5	Forord
8	Beretning
8	Møder, medlemmer m.m.
10	Initiativer
10	Udgivelser
12	Andre initiativer, samarbejde og arrangementer
15	Drøftelser ved ÆldreForums møder
15	Ældre indvandrere og flygtninge
24	Ældres seksualitet – tabuer, myter & viden
28	Studiebesøg i Aabenraa Kommune
36	Projekt SIKS – Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge
40	Ny forskning
44	Artikler om nye internationale forskningsresultater
45	Den samlede virkning af sunde livsvaner og risiko for førstegangs slagtilfælde blandt 20.040 mænd og kvinder i alderen 40-79 år, fulgt igennem 11,5 år
47	Akut påbegyndt blodpropopløsning ved slagtilfælde hos ældre
49	Begrænsning af saltindtagelse i kosten forebygger nu med stor sikkerhed forekomst af slagtilfælde og hjerte-karsygdomme
50	Akutte blodige tarmbetændelser, som især rammer ældre og børn hårdest

51	Relativ D-vitaminmangel hos ældre og hyppigheden af faldskader
54	Etik og omsorg for dementen
56	Passiv rygning og svækkede forstandsfunktioner
59	Jordens tiltagende befolkningstal – danske og globale perspektiver
61	Omsorg for den aldrende patient: fra indsigt til handling
62	Klummer
62	Livserfaring som social kapital
63	Fox-pop
64	Bilag
64	Bilag 1: Vedtægter for ÆldreForum
66	Bilag 2: Forretningsorden for ÆldreForum
68	Bilag 3: ÆldreForums medlemmer og sekretariat
70	Ældreforums udgivelser

Forord

Det er velgørende atter at skulle indlede ÆldreForums årsberetning for 2009 med den overordnede konstatering, at beretningsåret har budt på stor travlhed, da dette må tolkes som en afspejling af mange løbende udfordringer. Blandt disse er følgerne af kommunalreformen, der appellerer til nytænkning inden for ældresektoren, og samme udfordringer blev atter skabt af dansk og international ældreforskning, og de mange nye diagnose- og behandlingsmuligheder, som herved er opstået.

Da året yderligere medførte en økonomisk krisesituation stimulerede denne ÆldreForums indsats på områder, som er mere idéafhængige end økonomiafhængige. Det mest typiske eksempel herpå var udgivelsen af det store *Idékatalog – inspiration til fysiske og mentale aktiviteter for ældre i plejeboliger samt andre skrøbelige ældre*, udformet i et tæt samarbejde imellem danske plejehjem, kommuner og ÆldreForum.

Som disposition for et forords begrænsede omfang benyttes opdelingen atter i år i de fire hovedgrupper, som blev anvendt i tidligere årsberetninger:

- A. Samarbejdet med danske politikere, ministerier, forvaltninger og organisationer.
- B. Internationalt samarbejde om ældrepolitik, -omsorg og -forskning.
- C. Information- og brobygning til international og dansk ældre- og aldringsforskningsresultater.
- D. Kontakt med danske ældres daglige virkelighed.

Grundlaget for ÆldreForums arbejde har også i 2009 været i overensstemmelse med formålsbeskrivelsen, og et syn på danske ældre som en kulturel og livserfaren ressource og ikke, trods alderens øgede behov for omsorg, som en gruppe af sociale ofre.

Forordets punktvisse gennemgang af beretningsårets virksomhed i grupperne A, B, C & D, skal alene opfattes som vejledende introduktioner til Sekretariatets gennemgang af hovedpunkterne i kapitelform.

I gruppe A har samarbejdet, som tidligere, været frugtbart med Socialministeriet, inklusive Kontoret for Ældre, samt Servicestyrelsen. Det samme gælder universiteterne i Aal-

borg, Aarhus, Odense og København, og danske offentlige forvaltninger og organisationer, med særlig tilknytning til ældreområdet. Formen har her i samarbejdet med forvaltningerne oftest været store offentlige møder i kommunerne, med deltagelse af politikere og embedspersoner.

I 2009 var ÆldreForums netværk af samarbejdende organisationer atter: Danske Ældreråd, Demenskoordinatorerne, Forebyggende hjemmebesøgere, Socialcheferne, PsykiatriFonden, Medicinsk-videnskabelige selskaber, og dansk lægemiddelindustri.

I gruppe B har samarbejdet især omfattet EU og europæisk forskeretik, et område, hvor Danmark er førende inden for videnskabsetikken og for forebyggelse af videnskabelig uredelighed, herunder ældreforskningen. Formanden var således indledende taler ved et større EU-møde i Prag, som lagde op til forberedelse af et EU-Direktiv som fælles europæisk initiativ til fremme af europæiske multicenterundersøgelers kvalitet. Dette arbejde videreføres i 2010. I EU har formanden også haft sæde i Tilsynsrådene for hvert af de to store EU-ram-

meprogrammer for forskning, som især omfatter ældre: PROMEMORIA for hjerneforskning, inklusive demens, og HEPADIP for metaboliske sygdomme som overvægt, sukkersyge, sygelig fedtstofomsætning og hjerte-karsygdomme.

Formanden er også fortsat medlem af den videnskabelige bestyrelse for Verdens største sundhedsvidenskabelige tidsskrift JAMA (*Journal of the American Medical Association*) og har her bidraget til, at et af hovedtemaerne i 2010 er *Aldring*.

I gruppe C indgår en løbende omtale af internationale og danske forskningsresultater af betydning for ældres sociale befindende og sundhed, publiceret i årsberetningerne, som i denne 2009-udgave. Desuden har Formanden deltaget i møder om bl.a. ældreforskningens vilkår, i London, Bruxelles, Vancouver, Göttingen (Tyskland) & Neapel.

Gruppe D omfatter de mange kontakter med ældre i lokalsamfundet. Foruden de fælles, offentlige møder, som er nævnt i gruppe A, har Formanden talt om særlige emner, inviteret af ælderråd, fx om "Humor" i Frederiksborg Rådhusal.

Som afslutning skal der rettes en varm tak til ÆldreForums mange samarbejdspartnere for deres samarbejdsvilje og praktiske bistand. En særlig tak skal der rettes til indlederne ved de fire tema-møder i 2009: “Ældre indvandrere & flygtninge” (Projektkonsulent Mette Bundgaard Mathiassen, tidligere Folkesundhed København, & Konsulent Kristian Dall, Århus Kommune), “Ældres seksualitet – tabuer, myter & viden” (Chefpsykolog, cand.psych. & cand.mag. Bo Møhl, Rigshospitalet), “Projektet SIKS – Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge” (Overlæge, dr.med. Carsten Hendriksen, medlem af ÆldreForum) samt “Ny forskning – Center for Sund Aldring – baggrund & initiativer” (Direktør, professor, ph.d. Lene Juel Rasmussen).

For gæstfrihed ved årets studiebesøg i Aabenraa Kommune rettes også en særlig tak til: Centerleder Käthe Elbech Rasmussen, Birkelund Pleje- og Ældrecenter, centerleder Birgitte Landgreen, Ældrecenter Grønnegård, samt centerleder Anna-Maria Larsen, Dagcentret Valdemarshus.

For bidraget til årets debatmøde med en gruppe plejehjemsledere takkes også særligt lektor, ph.d. Mette Andresen, University College, Sjælland.



Poul Riis
Formand for ÆldreForum
April 2010

Beretning

Møder, medlemmer m.m.

Møder m.m.

ÆldreForum afholdt i 2009 fem råds-møder, hvor følgende emner blev drøftet:

- ◆ Ældre indvandrere & flygtninge
- ◆ Ældres seksualitet – tabuer, myter & viden
- ◆ Projekt SIKS – Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge
- ◆ Ny forskning – Center for Sund Aldring – baggrund & initiativer

Møderne er omtalt i afsnittet *Drøftelser ved ÆldreForums møder*.

Desuden aflagde rådet studiebesøg i Aabenraa Kommune.

ÆldreForum har i en årrække af-lagt et årligt studiebesøg i en kom-mune for at følge kommunernes ini-tiativer for ældre, indsamle erfaringer om ældres forhold og muligheder i Danmark, drøfte kommunernes tilbud til ældre og særlige problemstillinger på ældreområdet m.m. Dialogen med kommunerne og de erfaringer, som rådet på denne måde indsamler, ind-går som en del af det fundament af viden, der danner grundlag for rådets arbejde. Omtale af besøgene i Ældre-Forums årsberetning kan samtidig in-spirere andre kommuner.

ÆldreForum vil gerne i denne sammenhæng benytte lejligheden til at takke for den positive modtagelse rådet møder, for det store forarbejde der lægges i besøgene, og for den kon-struktive dialog med kommunerne.

Dette års studiebesøg fandt sted i Aabenraa Kommune i juni måned 2009.

Studiebesøget er omtalt i afsnittet *Drøftelserne ved ÆldreForums møder*.

Endvidere holdt ÆldreForum et debatmøde med en gruppe plejehjemsledere.

Debatmødet er omtalt i afsnittet *Andre initiativer, samarbejde og arrangementer*.

Medlemmer

Rådet består af 13 medlemmer, hvoraf fem udpeges personligt af socialministeren, mens de øvrige medlemmer udpeges af ministeren efter indstilling af organisationer og ministerier.

Rådsmedlemmerne udpeges for en to årig periode, dog udpeges formanden for fire år.

Med virkning fra den 1. januar 2009 blev Knud Kingo Christensen udpeget som ny repræsentant for Ældremobiliseringen, og som ny repræsentant for Indenrigs- og Sundhedsministeriet indtrådte Katrine Schjøning.

Rådets øvrige medlemmer blev genudpeget for en 2-årig periode. Dog udløber formandens udpegning først den 1. juli 2012.

En samlet oversigt over ÆldreForums medlemmer findes i bilag 3.

Rådets vedtægter og forretningsorden er optrykt i bilag 1 og 2.

Initiativer

Udgivelser

En central del af rådets virke bestod også i 2009 i udgivelse af ældrecentre- ret informations-, inspirations- og debatstof, der blev udsendt til kommuner, plejehjem, uddannelsesinstitutioner for social- og sundhedspersonale, biblioteker, ældreråd samt ældreorganisationer m.fl.

Denne brede formidlings- og brobygningsindsats er gennem årene sket med beredvillig indsats fra og i samarbejde med en række myndigheder, faglige organisationer, forskere og andre fagpersoner m.fl.

En oversigt over alle rådets udgivelser findes bagest i beretningen.

Beretningsårets publikationer

Ældre og psykisk sygdom – forebyggelse, behandling og omsorg

Baggrunden for denne publikation var at øge opmærksomheden om og respekten for den del af ældrebefolkningen, der rammes af psykisk sygdom. Hovedparten af ældre er åndsfriske og fysisk vitale til langt op i årene, men for mange byder ældretilværelsen på særlige udfordringer. Tab af arbejdsidentitet, ægtefælle og venner – og samtidig større modtagelighed for psykisk og fysisk sygdom er nogle af de vilkår, der i særlig grad præger dette livsafsnit.

Hertil kommer, at ældre hyppigt har kropslige og psykiske sygdomme på samme tid, at de ofte indtager flere forskellige former for medicin, og at en række sygdomme hos ældre viser et andet billede end tilsvarende sygdomme hos yngre.

Særlig indsigt og viden er dermed en af forudsætningerne for en tilsvarende, professionel og ligeværdig behandling af psykisk syge ældre. Bogen bygger derfor på den nyeste viden

på feltet, og henvender sig samtidig til en bred målgruppe, spændende fra alle med et professionelt ansvar inden for social- og sundhedssektorerne til ældre selv og deres pårørende i vid forstand. Ikke mindst den sidste målgruppe er vigtig at inddrage, idet pårørende er det vigtigste første led i reaktionen på, måske vage og ukarakteristiske symptomer på fx begyndende demens eller depression, som bør føre til professionel kontakt.

Bogen blev udgivet i april 2009 i samarbejde med PsykiatriFonden

*ÆldreForums årsberetning
2008*

Årsberetningen omtalte ÆldreForums arbejde i 2008, hvor hovedoverskrifterne for rådets temamøder med bl.a. forskere, myndigheder, organisationer og praktikere var: *medicinering af ældre mennesker, velfærdsteknologi i ældreplejen, samt indsatsen for apopleksiramte*, der oftest er ældre mennesker.

Beretningsårets udgivelser og andre initiativer blev også omtalt, bl.a. forskningsprojektet ved Syddansk Universitet, *Velfærd for ældre – holdning og handling*, som blev afsluttet i foråret 2008, samt ÆldreForums studiebesøg i Herning Kommune.

Som inspiration for danske sundheds- og socialektorer omtaltes desuden en række nye internationale forskningsresultater med betydning også for ældre i Danmark.

På demensområdet omtaltes bl.a.

undersøgelser af virkningen af B-vitamintilskud og af *Ginkgo biloba*. Desuden omtaltes en undersøgelse, der – som led i oprydningen mellem “det vi tror”, og “det vi ved” om demensforebyggelse – havde skabt klarhed over “hjerteraspirins” tidligere formodede forebyggende effekt på alderdommens tab af forstandsfunktioner.

Som anden vigtig ny viden kan nævnes, at D-vitaminmangel, der er øget væsentligt både i Danmark og globalt, har vist sig at have betydning for langt flere sygdomme end tidligere antaget og samtidig er en overset diagnosemulighed.

I artiklen *Forebyggende information om overvægt “når man spiser ude”* omtaltes desuden et USA-initiativ, der som en forsøgsordning forpligter spisesteder i flere stater til at oplyse kaloriendholdet pr. portion i alle retter på menukortet.

Beretningen blev udgivet i maj 2009.

*Idékatalog
– inspiration til fysiske og mentale
aktiviteter for ældre i plejeboliger samt
andre skrøbelige ældre*

Beboere i plejeboliger kan som alle andre opnå store gevinster ved at holde sig både fysisk og mentalt i gang. Fysisk aktivitet giver trivsel og velvære, og er samtidig nødvendig for fx at forebygge yderligere immobilitet og afhængighed af hjælp. Selv lidt motion har også gavnlig virkning på

en række sygdomme, der er udbredt blandt ældre.

Hensigten med Idékataloget var derfor at inspirere personale i plejesektoren til at motivere og støtte beboere i plejehjem og -centre til at være mere aktive i hverdagen. Mange af aktiviteterne kan dog også anvendes af ældre i andre sammenhænge.

Bevægelse og fysisk aktivitet kan indgå helt naturligt i hverdagen bl.a. ved, at beboerne klarer daglige gøremål med mindst mulig hjælp fra personalet. At klare en større del af hverdagens opgaver selv stimulerer også hjernen, så den ikke "ruster".

Personalet kan også med meget enkle midler skabe yderligere aktivitet i hverdagen, og Idékataloget indeholder inspiration til sådanne aktiviteter. Pleje- og dagcentre fra hele landet har bidraget med forslag og idéer, som ud over fysisk og mental stimulering skaber liv, glæde og meningsfuldt samvær.

Cand. scient., ph.d. Lis Puggaard gennemgår desuden, hvordan svækkede ældre ved fysisk aktivitet både kan bevare, forbedre og udskyde tab af færdigheder, samt hvordan gangarealer, plejehjemshaver og andre områder, med enkle midler kan indrettes, så de fremmer beboernes lyst til at bevæge sig.

Idékataloget blev udgivet i september 2009.

Andre initiativer, samarbejde og arrangementer

ÆldreForum er i dialog og samarbejder med kommuner, institutioner, myndigheder og organisationer på mange forskellige områder og på forskellige måder, bl.a. ved at bidrage med inspiration til at løse forskellige opgaver.

Debat med plejehjemsledere

ÆldreForum samlede i slutningen af 2009 en gruppe plejehjemsledere til drøftelser om, hvordan idealer og intentioner om respektfuld pleje af, og omsorg for ældre forenes med dagligdagens, ofte travle virkelighed og udfordringer. Hensigten var at undersøge interessen og mulighederne – og samtidig fungere som katalysator – for oprettelse af et netværk eller debatforum, hvor plejehjemsledere kan hente inspiration og udveksle erfaringer om indholdet og tilrettelæggelsen af indsatsen i plejehjem og -boliger samt om den daglige ledelse m.m.

Ved det første møde blev plejehjemsbeboeres autonomi (selvbestemmelse) i hverdagen drøftet med afsæt i et netop afsluttet ph.d.-projekt ¹. Projektet, der er den første undersøgelse i Danmark af sammenhængen mellem fysisk svækkede, ældre pleje-

hjemmsboeres fysiske formåen samt deres egen oplevelse af autonomi og velbefindende, giver desuden anvisninger på, hvordan deres selvbestemmelse kan fremmes.

Undersøgelsen viste bl.a. en klar sammenhæng mellem autonomi og trivsel, hvor autonomi for denne gruppe bestod i selv at træffe beslutninger og få sine ønsker opfyldt, fx ønsker om selv at kunne spise, klæde sig på eller gå på toilettet. Det fremgik også, at flere af deltagerne i forbindelse med udførelsen af undersøgelsestestene blev overraskede over, at de rent faktisk formåede mere, end de selv troede.

Dette rejser spørgsmålet, om svækkede plejehjemsboere – i omsorgens navn – ofte får hjælp på en måde, der hindrer dem i at opdage, hvad de rent faktisk selv formår, og at deres mentale og fysiske ressourcer dermed “ruster”?

Undersøgelsen viste således klart, at der er behov for at øge opmærksomheden om den enkelte beboers indhold i dagligdagen, og projektets resultater kan dermed både inspirere og forbedre praksis i den daglige indsats i plejehjem og -boliger.

Ved mødet drøftede og udvekslede plejehjemslederne erfaringer om flere andre temaer, som vedrører den praktiske hverdag, bl.a. visitering af beboere; udvikling, styrkelse og uddannelse af personale, som også vil betyde et kvalitetsløft i det daglige arbejde; frivilliges indsats og medvirken

samt lovgivningsbarrierer m.m.

For at hjælpe oprettelsen af et debatforum i gang fortsættes møderækken i ÆldreForums regi i 2010.

Forskning

Projektet *Bedre balance*, som er et samarbejdsprojekt mellem Bispebjerg Hospital og Københavns Kommune, søger gennem et samarbejde mellem hjemmepleje, sundheds- & træningscentre samt en geriatrisk hospitalsafdeling at igangsætte en systematisk forebyggende indsats med fokus på faldforebyggelse og fastholdelse af borgerens motivation. Hensigten er desuden at opnå en sammenhængende, forebyggende indsats for ældre mennesker ved at styrke koordineringen på tværs af både fag og sektorer.

Projektet inkluderer to randomiserede, kontrollerede undersøgelser af faldforebyggelses-interventioner, der dels består af intervention ved en hjemmesygeplejerske, dels af en såkaldt *coaching*, dvs. et målrettet samtaleforløb, der støtter borgeren i at afklare og nå opstillede mål.

I projektforløbet åbnede der sig en uforudset mulighed for, at en dybtgående kvalitativ analyse ville kunne bidrage med ny viden om, hvilke anvisninger der i det praktiske arbejde virker, eller ikke virker, motiverende ved forebyggelse af faldulykker. Der opstod derfor et akut behov for finansieringsstøtte til at gå videre med denne del af projektet.

Da ÆldreForum fandt det overordentlig værdifuldt, at der udvikles viden om, hvordan sundhedspersonale kan motivere ældre hjemmeboende borgere med nedsat funktionsevne til at udføre relevante sundhedsfremmende aktiviteter, bidrog rådet sammen med andre institutioner med økonomisk støtte til færdiggørelse af denne vigtige udløber af det oprindelige projekt.

*Helt Alene
– dokumentarserie i DR 2*

En dokumentarserie om menneskeskæbner bag dødsannoncer, der indrykkes af det offentlige med ordlyden: ”Eventuelle pårørende bedes henvende sig til” er produceret med økonomisk støtte fra bl.a. ÆldreForum og Socialministeriet.

Sigtet med udsendelsesrækken, der

bestod af fire udsendelser, som blev sendt på DR 2 i januar 2009, var at øge opmærksomheden og skabe debat om vort medmenneskelige ansvar for *Næsten*, og om hvordan vi alle kan blive bedre til at få øje på mennesker iblandt os, der har brug for en medmenneskelig håndsækning.

*Deltagelse i konferencer
og debattmøder m.m.*

Herudover har formanden og rådets medlemmer deltaget som oplægsholdere og debatdeltagere ved konferencer, debattmøder m.m., arrangeret af bl.a. kommuner, ældreråd og organisationer og har desuden deltaget i drøftelser om løsning af forskellige opgaver.

Endvidere har formanden bidraget med debatindlæg i nyhedsmedier og fagblade m.m.

-
1. Ph.d.-afhandlingens titel er: *The effect of individually tailored programmes on perceived autonomy in physically disabled older nursing home residents*. Eksemplarer kan rekvireres hos lektor, ph.d. Mette Andresen, University College, Sjælland, mailadresse: mea@ucsj.dk

Se desuden: Andresen M, Runge U, Hoff U, Puggaard L. *Perceived autonomy and activity choices among physically disabled older people in nursing home settings: a randomized trial*. BMC Geriatrics 2008, 8:32 doi:10.1186/1471-2318-8-32.

Andresen M, Puggaard L. *Autonomy among physically frail older people in nursing home settings: a study protocol for an intervention study*. J Aging Health 2009; 21:1133
DOI: 10.1177/0898264309348197

Drøftelser ved ÆldreForums møder

Ældre indvandrere og flygtninge

Baggrunden for at ÆldreForum tog dette emne op og indbød et par kommunale repræsentanter til at orientere om initiativer for ældre med ikke-vestlig baggrund er, at denne gruppe ældre i Danmark forventes at stige markant i de kommende 10 år, især i de større byer. På landsplan forventes en stigning på 75 pct., mens antallet af ældre etniske danskere på 65 år og derover til sammenligning 'kun' forventes at stige med ca. 30 pct. I nogle af de større kommuner skønnes antallet af ældre på 65 år og derover med ikke-vestlig baggrund at stige med op til 90 pct. frem til 2017.

Ældre fra ikke-vestlige lande har i deres hjemlande ofte haft livsvilkår, som kan medføre særlige helbredsproblemer, bl.a. opstår livsstilssygdomme oftere i en yngre alder, ligesom tidligere nedslidning og aldring ofte ses. Ægteskaber mellem nærtbeslægtede, der bl.a. kan medføre øget forekomst af arvelige sygdomme forekommer også.

Dårligere økonomiske vilkår, sparsomme eller manglende danskkundskaber kombineret med brud i de traditionelle familiemønstre, når voksne børn helt eller delvis tilpasser sig danske normer, bl.a. med begge ægtefæller på arbejdsmarkedet, gør denne gruppe ældre særlig sårbar.

Derfor skønnes der i de kommende år behov for lokale initiativer, målrettet herboende ældre fra ikke-vestlige lande. Nogle kommuner – især større kommuner med mange ikke-etniske danskere – har gennem de senere år iværksat initiativer for denne gruppe og dermed indhøstet en række erfaringer, mens andre kommuner endnu ikke er rustet til opgaven.

Et af initiativerne på området er projektet *Etnisk mangfoldighed i ældreplejen*, der i 2006 blev iværksat i Københavns Kommune med det formål at udvikle kommunens ældrepleje til dels at modsvare behovene hos kommunens ældre med ikke-vestlig baggrund, dels at fremme dialogen med denne gruppe borgere og deres pårørende. Projektet blev afsluttet i 2008.

Baggrunden for projektet var, at der i kommunens ældrepleje fremover

vil være behov for mere viden om og bedre indsigt i de sproglige, kulturelle og religiøse forskelle blandt kommunens stigende andel af borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Mange medarbejdere vil således være usikre over for denne nye gruppes behov og ønsker. Samtidig har disse ældre ofte begrænset viden om og forståelse for den hjælp, som dansk ældrepleje kan tilbyde.

Andelen af medarbejdere på plejehjem og i hjemmeplejen med ikke-vestlig baggrund er også stigende, hvilket både stiller krav til medarbejdere og ledelse i de enkelte institutioner om at kunne rumme mangfoldighed, og samtidig realisere disse medarbejders potentiale.

Projektet havde således en dobbelt udfordring: At matche behovene hos en stigende gruppe ældre med anden etnisk baggrund, og at håndtere en stadig mere differentieret medarbejdergruppe med forskellige opfattelser af "god" ældrepleje.

På baggrund af en række undersøgelser er der iværksat et kompetenceudviklingsforløb for medarbejdere i ældreplejen og samtidig gennemført rekrutteringsinitiativer blandt "ledige hænder" hos personer med anden baggrund end dansk.

Desuden er der iværksat en informationsindsats over for ældre indvandrere og flygtninge om kommunens tilbud til ældre, da denne gruppe generelt ikke benytter tilbuddene i samme omfang som ældre danskere. Un-

dersøgelser viser, at årsagen ikke er en bedre sundhedstilstand, men derimod manglende viden om, hvad bl.a. hjemmepleje og plejehjem kan tilbyde.

Projektet og dets resultater har efterfølgende medført, at der politisk er bevilget penge til ensomhedsforebyggende initiativer, sproggrupper, mindre foreningsdannelser, samt til frivillige aktiviteter for og med borgere med anden etnisk baggrund end dansk. Der er endvidere igangsat nye initiativer på det boligsociale område samt i forhold til socialt samvær, motion og sundhed. Derudover har kommunen igangsat et større informationsarbejde i hele kommunen over for ældre flygtninge og indvandrere, som bl.a. omfatter udvikling af løsningsmodeller i forhold til sprogbarrierer, fx udformning af tolkepolitik, sprogbank, pegebøger m.m.

Projektets undersøgelser og resultater

Projektet består af en række delundersøgelser: En statistisk beskrivelse af de fem største sproggrupper i kommunen (eksjugoslavisk, arabisk, tyrkisk, urdu og farsi), et litteratur- og erfaringsstudie som omfattede bl.a. Norden og Holland, en kvantitativ og en kvalitativ undersøgelse (hhv. spørgeskema og interview) blandt ældre flygtninge og indvandrere – igen blandt de fem største sproggrupper – om forestillinger, ønsker og forventninger til ældreplejen samt fokusgruppe-interviews med pårørende om samme temaer.

De cirka 300 spørgeskemabesvarelser viste, at følgende er vigtigt for ældre flygtninge og indvandrere:

- ◆ At der serveres sund og varieret (genkendelig) mad: 88 pct.
- ◆ At der tages hensyn til den ældres ønsker mht. mad: 84 pct.
- ◆ At medarbejderne har en sundhedsfaglig uddannelse: 83 pct.
- ◆ Mulighed for at få serveret mad tilberedt ud fra religiøse forskrifter & traditioner: 78 pct.
- ◆ Mulighed for at se tv-kanaler fra eget oprindelsessted: 75 pct.
- ◆ At plejehjemmet tilbyder forskellige aktiviteter: 74 pct.
- ◆ Mulighed for "privat" bolig på plejehjem: 72 pct.
- ◆ At der er andre ældre med samme etniske baggrund som en selv: 70 pct.
- ◆ At der er mulighed for selv at lave mad: 68 pct.
- ◆ At spise sammen med andre beboere: 66 pct.
- ◆ Mulighed for at medbringe egne møbler: 63 pct.
- ◆ Mulighed for at indrette særlige rum, hvor man kan praktisere religiøse vaner: 60 pct.
- ◆ At medarbejdergruppen er sammensat af forskellige etniske befolkningsgrupper: 59 pct.

- ◆ At der er andre ældre med etnisk dansk baggrund: 54 pct.
- ◆ At der er mulighed for adskilte aktiviteter for hhv. mænd og kvinder: 52 pct.

Nogle af svarene har overrasket, bl.a. at medarbejdernes uddannelsesbaggrund har betydning, og at ønsket om privat bolig og mulighed for at medbringe egne møbler på plejehjem er så udbredt – hvilket afspejler manglende kendskab til danske plejehjem. Samtidig er ønskerne om mulighed for at indrette særlige rum til praktisering af religiøse vaner og om en etnisk differentieret medarbejdergruppe ikke så højt prioriteret som forventet.

De overordnede resultater fra projektets delundersøgelser kan sammenfattes til følgende pointer, der ikke afviger nævneværdigt fra danske ældres ønsker og forventninger til hjemmepleje og plejecentre:

- ◆ Basale behov såsom genkendelig mad og professionel pleje vægtes højt
- ◆ Det er vigtigt at bevare selvstændighed og personlig identitet
- ◆ Socialt samvær er vigtigt, samt et varieret udbud af aktiviteter
- ◆ Kulturelt fællesskab sættes højt, men det gør fællesskab på tværs af kulturer også
- ◆ Det vægtes højt, at personalet kan kommunikere interkulturelt

Kompetenceudvikling af medarbejdere og ledelse

Med afsæt i undersøgelsesresultaterne blev der iværksat kompetenceudvikling af social- og sundhedshjælpere samt -assistenter fra hjemmeplejen og fra to afdelinger i kommunens plejehjem. Visitorer og forebyggende medarbejdere fik undervisning i interkulturel kommunikation og konflikthåndtering for at bedre relationen mellem kommunens bestiller- og udførerfunktioner på ældreområdet. Desuden blev ledere undervist i mangfoldighedsledelse, dvs. evnen til at rumme og udnytte de religiøse, politiske eller etniske forskelle i medarbejdergruppen, med henblik på at behandle alle lige – og samtidig have for øje, at dette ikke er ensbetydende med, at alle er ens.

En såkaldt narrativ, dvs. fortællende metode, hvor deltagerne blev konfronteret med "egne", dvs. personalets, og ældre flygtninges og indvandreres fortællinger om mødet med hinanden, blev anvendt. Samtidig var det et væsentligt element i kurserne, at medarbejderne blev indprentet, at der ikke eksisterer enkle "opskrifter" på, hvordan ældre fra bestemte kulturer skal mødes, men at det væsentligste er, at der altid ydes individuel tilpasset hjælp og pleje – uanset kulturel baggrund.

Generelle udfordringer og mulige løsninger

Projektet har synliggjort en række generelle udfordringer ved mødet mellem borgere og medarbejdere.

Fra en borgersynsvinkel er det først og fremmest sprogbarrieren, dvs. om man kan kommunikere med den person, der skal hjælpe. Dernæst den interkulturelle forståelse, dvs. forstår hjælperne den enkeltes baggrund. Sidst men ikke mindst er der stort behov for både at bedre kendskab til ældreplejens tilbud og for at tilpasse tilbuddene til de ældres behov – herunder klargøring af egenomsorgs-princippet, som indebærer, at ældre flygtninge og indvandrere indprentes, at de skal bidrage i det omfang, de kan, fx selv sætte støvsugeren på plads, selv om hjælperen er til stede.

Medarbejderne oplevede også sprogbarrieren som et stort problem, især i situationer hvor de ikke kan forstå den person, de skal hjælpe. Der har bl.a. været eksempler på, at små børn har fungeret som tolke for døende mennesker, fordi det ikke var muligt at finde andre til at oversætte. Desuden viste der sig behov at arbejde med den interkulturelle forståelse – både mellem borger og medarbejder, og indbyrdes mellem medarbejdere med forskellig etnisk baggrund og forskellige funktioner.

Danske medarbejdere kritiserer fx ofte kolleger med anden etnisk baggrund for manglende forståelse for egenomsorgsprincippet, fordi de ofte

– ud fra en hjemlig kulturel sædvanne – hjælper med ting, som de ældre selv magter, og som de derfor efter danske regelsæt ikke skal have hjælp til. Samtidig er det også her vigtigt at skabe forståelse for, at medarbejdere tager individuelle hensyn – som måske kan være andre end hos en ældre dansk borger.

Af projektet kan der udledes nogle generelle erfaringer og løsningsmuligheder, som andre kommuner kan drage nytte af:

- ◆ *Sprogbarrierer*: Det er meget vigtigt, at kommunen udformer en tolkepolitik med klare retningslinjer for, i hvilke situationer der kan eller skal anvendes tolk. Udvikling af sprogbanker, som i fx Malmø, hvor personalets forskellige baggrunde og kompetencer udnyttes ved, at medarbejdere stiller deres sproglige kompetencer til rådighed, således at de kan tilkaldes af kolleger med kort varsel.

Udarbejdelse – som det er sket i Vejle – af pegebøger med billeder og korte sætninger på forskellige modersmål om hverdagssituationer.

- ◆ *Interkulturel forståelse og kommunikation*: Der skal skabes forståelse hos både ledelse og medarbejdere for, at disse processer tager tid, og at “færdige opskrifter” ikke findes.
- ◆ *Kendskab til ældreplejens tilbud* kan øges ved at henlægge sociale aktiviteter til lokaler i kommunens plejehjem.

Desuden information på forskellige sprog om kommunens tilbud, bl.a. på dvd'er, hvor billedmateriale kan bidrage til forståelse af, hvad det vil sige at bo på plejehjem eller modtage hjælp i hjemmet.

Anvendelse af nøglepersoner i lokalområdet, som de ældre har tillid til, er også vigtigt i kommunikationen om dette, ligesom der ifølge projektet er plads til forbedring af kommunikationen mellem bestiller, udfører og modtager af hjælp (dvs. BUM-princippet).

I en overgangsfase kan det eventuelt være hensigtsmæssigt at koble borgere og medarbejdere fra samme sprogstamme, hvilket også sker mange steder i det omfang, det er muligt. Men denne enkle løsning rummer også nogle problemer, idet beboerne i nogle boligområder er så indbyrdes forbundne, at det kan være vanskeligt at finde hjælpere uden en eller anden form for relation til plejemodtagerne. En udpeget hjælper kan fx vise sig at være en fjern slægtning eller tilhøre en del af familiens vennekreds. Og at modtage hjælp til fx intimpleje fra en sådan hjælper vil af mange opleves som indtrængen i privatsfæren.

Et vigtigt led i opbyggelsen af et tillidsforhold er en fast tilknyttet hjælper, et ideal der tilstræbes mange steder, men som sjældent kan gennemføres i praksis. Men da personalet ofte organiseres i hold, vil den næstbedste løsning – at tilknytte en min-

dre kreds af medarbejdere til hver person – hyppigt kunne lade sig gøre.

Et vigtigt redskab i et sådant hold – der ofte kan udnyttes bedre, end det er tilfældet – er en *logbog* om de(n) “fælles” ældre. En sådan kan både forbedre kommunikationen mellem hjælpere og modtagere af hjælp, og mellem hjælpere indbyrdes, og dermed bidrage til at udvikle en fælles viden om de enkelte borgere.

Men “det gode møde” må altid begynde med et forsøg på at forstå den enkelte persons sociale og personlige baggrund og derfra opbygge et fortrolighedsrum, dvs. med Kierkegaards formulering: *at møde den anden der, hvor han eller hun er – og begynde der.*

Man støder jævnligt på den opfattelse, at borgere med anden etnisk baggrund end dansk i højere grad drager omsorg for hinanden, end vi gør på vore breddegrader. Men mange ældre flygtninge og indvandrere sidder tilbage med en erkendelse af, at sådan er det i hjemlandet, men ikke i Danmark, hvor voksne børn og deres ægtefæller er på arbejdsmarkedet. Og for nogle kan det være en svær erkendelse, at de er nødt til at tage imod hjælp fra det offentlige. Omvendt plages mange pårørende af dårlig samvittighed over for deres ældre familiemedlemmer og efterspørger derfor tilbud om sociale aktiviteter, som giver mulighed for samvær med andre ældre.

Det gode møde mellem medarbejdere i ældreplejen samt ældre indvandrere og flygtninge

Magistratsafdelingen for Sundhed og Omsorg i Århus Kommune gennemførte i 2007-2008 en kvalitativ interviewundersøgelse i samarbejde med Stiftsudvalget for Islam og Kristendom under Århus Stift. Baggrunden for samarbejdet var en fælles interesse i mere viden om, hvilken betydning religion og kultur har for god pleje af og omsorg for flygtninge og indvandrere. I alt 35 medarbejdere, ældre flygtninge og indvandrere samt pårørende blev interviewet.

Bag ønsket om at afdække betydningen af kultur og religion lå en forestilling om, at der i kraft af de to parter forskellige baggrunde måtte være en række barrierer for det gode møde, som undersøgelsen kunne indkredse, og dermed løse. Flere medarbejdere havde således denne opfattelse, før de fik erfaringer med pleje af ældre flygtninge og indvandrere, men opdagede, at sådan forholdt det sig ikke. Som en medarbejder udtrykte det: *”Det er ikke fuldstændig som at komme hos en dansk familie, men man bliver modtaget på samme måde”*. Nogle aspekter ved arbejdet hos denne gruppe ældre er således anderledes, men de opleves som værende lige så villige til at åbne deres hjem og glade for at modtage hjælp som ældre med dansk baggrund.

En af undersøgelsens hovedkonklu-

sioner er således, at forskelle i kultur og religion kun har begrænset betydning for relationen mellem medarbejdere og borgere. I de fleste interview blev religion og kultur slet ikke nævnt som en omstændighed, der havde betydning for, om relationen var vellykket eller ej, medmindre der eksplicit blev spurgt om det. Derimod viste det sig, at medarbejdernes faglige kompetencer og personlighed har stor betydning for relationen.

Temaer fra undersøgelsen illustrerede, hvordan mødet mellem personale og ældre med anden kulturel og religiøs baggrund kan adskille sig fra mødet med en dansk familie:

Religion og tro

Nogle opfatter religion snævert som ritualer og regler, mens andre opfatter religion bredt som fx forestillinger om mening med tilværelsen, liv, død, "rigtigt" og "forkert". Men uanset opfattelser og religiøs baggrund viste interviewene, at når der opstår mindre misforståelser, er både medarbejdere og ældre med fremmed baggrund generelt meget tilgivende over for hinanden og tillægger ikke hinanden forkerte motiver.

Eksempelvis ville en ældre mand ikke give hånd til en kvindelig medarbejder, men manden forklarede samtidig, at årsagen hverken var modvilje eller mangel på respekt, men derimod hans tro, og dette accepterede medarbejderen.

Et andet eksempel var en kvinde, der til personalets undren vaskede sig mange gange om dagen. Forklaringen var, at kvinden bad flere gange om dagen, og at dette krævede forudgående vask. Uden denne forklaring kunne personalet have tolket den gentagne vask som en "forglemmelse", der kunne lede tanken hen på begyndende demens.

Undersøgelsen viste imidlertid også, at kommunikation om religion og tro i relation til eksistentielle og åndelige forhold kan bidrage til gode relationer mellem medarbejder og den ældre. Fx ved at man hver især fortæller om sin egen religion og tro eller taler om hjemmets eventuelle religiøse udsmykning med citater fra koranen eller billeder fra pilgrimsrejser o.lign. For mange medarbejdere er det også berigende at opleve den glæde og begejstring, der tit omgærder religiøse fester hos familier med fremmed baggrund.

Personalets køn og baggrund

Hjælperens køn og baggrund kan være en hindring i arbejdet, men ofte skaber omstændighederne fleksible og pragmatiske løsninger. En ældre muslimsk kvinde havde fx bedt om kun at få hjælp af kvinder til insulininjiceringer, fordi det ifølge hendes tro var forbudt (*haram*) at vise sig for en mand. På et tidspunkt, hvor der kun var en mandlig medarbejder til rådighed

hed, blev problemet løst ved injicering i benet, i stedet for som normalt i maveskindet. Et andet eksempel var en familie, der ligeledes havde frabedt sig mandlige hjælpere. Hjemmeplejen forsøgte at imødekomme ønsket, men i weekender var der kun mandlige hjælpere til rådighed, hvilket familien da også accepterede.

Eksempler på mænd, der nødtigt modtager hjælp til personlig pleje fra kvindelige medarbejdere, findes også. Og den pragmatiske løsning kan i sådanne tilfælde være fx at anskue medarbejderen som en søster eller datter, der gør relationen socialt acceptabel.

Undersøgelsen viste endvidere, at brug af medarbejdere med anden etnisk baggrund i ældreplejen ikke er uden problemer. Nogle familier frabeder sig ligefrem medarbejdere og tolke fra samme oprindelsesland som de selv af frygt for, at naboer og bekendte skal få indblik i familiens private forhold.

Sygdoms- og kropsopfattelse

Personalet oplever generelt ældre flygtninge og indvandrere som mere klagende end ældre danskere, og at de samtidig giver diffuse svar på, hvor det fx gør ondt. Det giver anledning til frustrationer hos personalet, fordi det at forstå og tolke symptomer korrekt ofte fylder meget i den faglige selvforståelse. Og flere har gjort sig overvejelser om, hvorvidt klagerne i nogle

tilfælde snarere er udtryk for eksistentiel smerte som ensomhed, savn og sorg, som det kan være nemmere at omskrive til fysisk smerte.

Personalet har også svært ved at trænge igennem med forebyggende og sundhedsfremmende anbefalinger og aktiviteter. Generelt er det vanskeligt at ændre ældre flygtninge og indvandreres kost- og motionsvaner, til trods for at mange af dem lider af livsstilsrelaterede sygdomme som diabetes, dårligt kredsløb og smerter i bevægeapparatet – og samtidig er klar over sammenhængen mellem usund levevis og sygdom.

Flere medarbejdere anser den manglende egenomsorg som et udslag af kulturelle normer for, hvordan man opfører sig som hhv. ældre mand og kvinde, fx har man som ældre ret til at sætte sig i sofaen og blive opvartet af døtre og svigerdøtre. Andre opfatter det som konsekvenser af tidligere traumatiske oplevelser (mistede familiemedlemmer, dramatisk flugt fra hjemlandet o.lign.), som kan gøre det svært at finde overskud til at ændre kostvaner og dyrke motion.

Et samfund der er svært at forstå

Undersøgelsen viste også, at mange ældre flygtninge og indvandrere har svært ved at forstå det offentlige danske systems opbygning, fx hvorfor pleje- og omsorgspersonalet ikke kan skaffe medicin og hjælpemidler eller

bevilge mere hjælp. Mange har også svært ved at forstå, at størrelsen af visse økonomiske ydelser, som fx folkepension, afhænger af opholdsgrundlag og -længde.

Sprog og kommunikation

I undersøgelsen kom det også frem, at det vigtigste for gode relationer mellem medarbejdere og ældre flygtninge og indvandrere er almenmenneskelige værdier som nysgerrighed, empati, fleksibilitet og tydelighed (dvs. at medarbejdere forklarer, hvorfor tingene foregår, som de gør).

En anden konklusion er, at der ofte opstår store sprogvanskeligheder i kommunikationen mellem ældre og hjælpere. Det ser ud til, at personalet kun i begrænset omfang anvender uddannede tolke, og at kommunikationen hyppigt i stedet går via yngre familiemedlemmer. Oftest kommunikeres der dog direkte ved hjælp af kropssprog og mimik, og hverken de pårørende eller de ældre selv gav udtryk for behov for mere tolkning.

I undersøgelsen har det desværre ikke været muligt at belyse de sociale forskelle i gruppen af ældre flygtninge og indvandrere, som ofte fejlagtigt betragtes som en ensartet gruppe. Deltagerne blev fundet via hjemmesygeplejerskerne, som givetvis udvalgte de ældre, der var mest indstillet på at medvirke. Det er således nærliggende at tro, at de mest traditionsbundne

ældre indvandrere og flygtninge, som er meget optaget af regler og forskrifter i deres religiøse baggrund, ikke er repræsenteret i undersøgelsen.

I den efterfølgende debat i Ældre-Forum blev den manglende forståelse for betydningen af kost og motion og dermed vanskeligheder med at skabe motivation for adfærdsændringer på disse områder, blandt ældre med anden etnisk baggrund, særligt fremhævet.

Nogle har givetvis ikke viden om, hvad de rent faktisk kan opnå ved at ændre kost og motionsvaner – selv i en høj alder. Men det bør ikke glemmes, at der i Danmark for ikke så færdelig mange år siden heller ikke var megen viden om betydningen af at bevæge sig hele livet.

Som en anden årsag blev det nævnt, at det i nogle kulturer er kultyme, at moderen og evt. unge døtre varter op i hjemmene, men når en svigerdatter kommer ind i familien, har moderen en forventning om, at hendes tid til at blive opvartet er kommet. Der er mange følelser, og også stolthed forbundet med dette mønster, og det fx at skulle motionere er næppe foreneligt med sådanne kultur-mønstre. Den form for viden er nyttig for personalet at have med sig, når de skal tale om kost og motion.

En anden tydelig forskel er forventninger til de opgaver, som medarbejdere i bl.a. hjemmeplejen kan løse, fx hjælp til at formulere en ansøgning. Det er således ikke usædvanligt,

at ældre med anden etnisk baggrund end dansk lægger korrespondance med offentlige myndigheder frem på spisebordet med forventning om, at hjemmehjælperen hjælper med svar. Da mange af disse ældre har meget lidt kontakt med danskere, forsøger de naturligt nok at finde udveje for at hente hjælp, hvor den findes. Og det vil typisk være hos hjemmeplejen.

Det blev i debatten også nævnt, at det hos nogle indvandrere og flygtninge kan være vanskeligt at skabe forståelse for det fordelingsetiske princip, som kendetegner vort velfærdssamfund. Prioriteringer er nødvendige, og vi hverken kan eller skal opfylde alle ønsker. Vi skal ikke vige tilbage fra klart at tilkendegive, hvilke grundregler og principper vort velfærdssamfund er bygget på. Derimod bør vi være mere fleksible inden for det afsatte råderum, og samtidig være tydelige i vores kommunikation om muligheder og begrænsninger. Nogle kommuner har fx pjecer på flere sprog, som bl.a. beskriver hjemmeplejens opgaver.

Ældres seksualitet – tabuer, myter & viden

Et emne, der med mellemrum dukker op i medierne, og som indikerer, at der er behov for både saglig oplysning og for at bryde tabuer, er ældres seksualitet. Myter, fordomme, berørings-

angst og manglende viden – hos ældre selv, hos pårørende og hos professionelle i sundheds- og plejesektorerne – bør ikke stå i vejen for, at denne del af tilværelsen kan udfoldes, også sent i livet.

Som oplæg til drøftelser af mulige initiativer indbød rådet ekspertise på området.

Ældres seksualitet – myter og realiteter

Tidligere var indstillingen ofte til ældres seksualitet, selv blandt sundhedsprofessionelle, at der var tale om noget "unaturligt". Heldigvis står det ikke længere helt så slemt til. Men der er fortsat berøringsangst og myter blandt mange professionelle om, at ældre er asekuelle. Paratheden til at høre om ældres seksuelle problemer er derfor ofte ikke stor, og der er også eksempler på, at både praktiserende læger og gynækologer bliver forlegne og undvigende, når ældre præsenterer deres problemer.

Myterne skyldes bl.a., at der med alderen sker en række fysiologiske ændringer, som har betydning for seksualiteten. Fx falder niveauet for både det mandlige (testosteron) og det kvindelige (østrogen) kønshormon, der medfører, at ældre mennesker generelt reagerer langsommere på seksuel stimulation. For mænds vedkommende kan der desuden opstå rejsningsproblemer, og for kvinders vedkommende slimhindeændringer, som

vanskeliggør eller hindrer samleje.

Hvis disse ændringer opleves som problematiske, vil der som oftest være professionel hjælp at hente. Nogle problemer kan også løses ved, at man i et parforhold selv finder frem til nye og mere hensigtsmæssige samværsformer. Men det kræver åbenhed i et parforhold. Og for professionelle behandlere kan det være en ganske stor opgave at få etableret en sådan åbenhed.

Seksuel dysfunktion

Undersøgelser viser, at alder i sig selv ikke er en risikofaktor for seksuel dysfunktion.

Derimod kan omgivelsernes syn – fx voksne børns – på ældres seksualitet føre til dysfunktion. Også den fysiske indretning af boliger, fx plejehjem og -centre, kan påvirke seksualiteten ved at signalere, at seksualitet enten er ikke-eksisterende eller uønsket. Selv om plejeboligen i princippet er et privat hjem, medfører strømmen af hjælpere hyppigt, at hjemmet opleves som et halvoffentligt rum. Og da de fleste finder, at seksualitet er et dybt privat anliggende, er resultatet ofte, at intimt samliv ophører.

Seksuel dysfunktion kan også være en følge af sygdom. Fx kan type 2-diabetes medføre smerter ved samleje hos kvinder, og mænd med hjerte-karsygdomme kan miste rejsningsevnen på grund af medicinering. En del patienter, der har haft hjerteanfald, opgiver

fx seksuelt samvær, enten pga. af egen eller partnerens frygt for nye anfald. Og ved demens kan de sygdomsramte personer blive “mindre selvkritiske” eller mistolke situationer, og derved belaste deres omgivelser.

Medicinering i forbindelse med aldersbetingede sygdomme medfører i det hele taget hyppigt seksuelle problemer. Eksempelvis har både antidepressiva, hjertemedicin, medicin mod forhøjet blodtryk samt klassiske gigtpreparater forskellige seksuelle bivirkninger i form af nedsat lyst og rejsnings- eller orgasmeproblemer. Hvis der skabes åbenhed, vil lægen kunne tale med sin patient om, hvordan seksuallivet fungerede før og efter medicineringen. Og en sådan samtale giver mulighed for, at evt. problemer kan afhjælpes, fx ved skift af præparat eller en dosisreduktion.

Psykosociale faktorer

Mange ældre bliver usikre på, om de fortsat er seksuelt attraktive, når kroppen ændrer sig, og bagdele og bryster bliver slappe, maven vokser og håret bliver tyndere. Og signaler udefra med negative myter og tabuer om ældres seksualitet, styrker normalt ikke selvtilliden. Ældre, der fortsat lever deres seksualitet ud, kan fx risikere at blive stemplet som latterlige eller sexgale og føle sig som afvigere, fordi de også selv begynder at tolke deres seksuelle følelser som unormale.

Først inden for de seneste år, er der

dukket enkelte positive rollemodeller op, der viser ældre som seksuelt aktive – og dermed også attraktive.

Vendingen ”*use it or lose it*” gælder også på dette område. Hvis den seksuelle lyst tilbageholdes, fortrænges eller benægtes, henfalder den seksuelle formåen. Den asexuelle ældre kan dermed blive en social rolle, som ældre let presses ind i. For nogle kan rollen være en befrielse, mens manglende seksuel aktivitet hos andre kan true deres identitet som mand eller kvinde, ligesom den undertrykte lyst eller trang kan føre til en egentlig depression.

Seksuel aktivitet

En amerikansk undersøgelse fra 1994 viste imidlertid, at mænd over 65 år og mænd i aldersgruppen 18-26 år stort set havde lige stor seksuel aktivitet, mens kvindernes aktivitet faldt en smule med alderen. I et formiddagsblad førte undersøgelsens resultater til overskriften: *Olde boller bare bedre* – måske et varsel om en begyndende ændret holdning til ældres seksualitet?

Seksuelle problemer hos personer over 70 år

I en dansk undersøgelse fra 1986 angav ca. 11 pct. af kvinderne over 70 år at have seksuelle problemer, hyppigst i form af smerter ved samleje og nedsat lyst. Nedsat lyst kan have mange

grunde, men skyldfølelse over for en afdød ægtefælle – også kaldet *widower's problem* – er velkendt som begrundelse for afholdenhed. Ulempen er, at kvinden kan få svært ved at fungere i et nyt forhold, hvis seksualiteten først henfalder.

Også smerter ved samleje eller pludselige smerter i forbindelse med orgasme er hyppigt forekommende problemer, som imidlertid kan afhjælpes ved østrogenbehandling.

De nævnte problemer opstår ikke først ved 70 års alderen, men indtræder løbende. Og at kun 11 pct. rapporterede om problemer, kan skyldes, at nogle ikke ser asexualitet som et problem.

Det har i øvrigt vist sig, at et ægteskabs varighed, snarere end alderen, er skyld i faldende seksuel aktivitet.

52 pct. af mændene i en undersøgelse fra 1999 oplyste at have ”et seksuelt problem”, hyppigst i form af rejsningsbesvær, som optrådte hos ca. 40 pct. af de 70-årige. Nedsat lyst og smerter ved ejakulation var andre hyppige problemer.

Smerter i forbindelse med samleje kan have mange årsager: fx *fysiologiske forandringer*, herunder tyndere kvindelige slimhinder, som lettere irriteres eller beskadiges; *psykologiske faktorer* som præstationsangst, skam- eller skyldfølelse og par-konflikter; men også *menopause* og *sygdomme*, fx diabetes og stofskiftesygdomme, kan ligesom visse *medicinske præparater*, fx såkaldte SSRI præparater (serotoningenopta-

gelseshæmmere, "lykkepiller") mod angst og depression, samt visse former for gigtmedicin, forårsage smerter ved samleje.

Behandlersamtale om seksuelle problemer

Det er vigtigt, at professionelle behandlere er bevidste om at "tillade" samtale om seksualitet. En sådan samtale kan fx åbnes ved at oplyse, at ordineret medicin kan give problemer med orgasme, ved at spørge om patienten har oplevet problemer, eller ved at give konkrete anvisninger på afhjælpning af problemer.

Faktorer der disponerer for et godt seksualliv

Oplevelsen af at have et tilfredsstillende seksuelt liv tidligere i livet, samt et højt aktivitetsniveau i ungdom og voksenalder disponerer for et godt seksualliv højt op i årene.

Andre forhold er et godt heldbred, oplevelsen af at have et meningsfyldt liv, fx gode venner og et tilfredsstillende arbejde, et godt ægteskab, god uddannelse og fysiske rammer, der sikrer et privatliv.

En amerikansk undersøgelse blandt 90-102-årige viste endvidere, at ældre, der er seksuelt aktive, også er mentalt mere aktive – hvilket tyder på en positiv sammenhæng.

Kærlighed og seksualitet

Kærlighed og seksualitet har både en biologisk og en social tidsramme. For elskelse, kærlighed, forældreskab og venskab er eksempler på de mange former, kærligheden kan antage.

Hvor ungdommens seksualitet kan ses i forventnings- og øjebliksperspektiv, antager kærligheden i alderdommen et erindrings – og varighedsperspektiv. Og hvor løsrivelsen mellem seksualitet og kærlighed er total, er der tale om erotik i et ultrakort perspektiv.

Der findes eksempler på ældre, som lever i et livslangt parforhold med usvækket kærlighed og seksualitet. Alderdommens tab i form af død og svær, legemlig eller mental sygdom kan imidlertid også påvirke dette aspekt af livet, ligesom antallet af skilsmisser blandt ældre er stigende. Men hvis den fysiske side af seksualiteten må skrues ned, fx pga. sygdom eller følger efter operation, kan der i stedet skrues op for den psykologiske side.

Udover behovet for at fjerne tabubering og personlig angst hos ældre selv, hos pårørende til ældre og hos professionelle i sundheds- og plejesektorerne, bør pleje- og omsorgspersonale være særlig opmærksomme på at give grobund for kærligheden og dens mange former på plejehjem og -centre. Personale her bør fx være opmærksom på, at følelser stadig har betydning for beboerne, og medtænke

dette i forskellige sammenhænge, fx ved sammensætning af beboerne til måltider, arrangementer med dans, som skaber fysisk kontakt, eller hyggelige middage med lys og blomster. Mange har sølv- eller guldbrillupstøjet hængende i klædeskabet, og festtøjet kan bidrage til særlige stunder, der fremmer både erindring, kontakt og samtale mellem beboerne.

Studiebesøg i Aabenraa Kommune

ÆldreForum aflagde som i de foregående år også i beretningsåret besøg i en kommune for at se eksempler på, hvordan ældreområdet gribes an i landets kommuner. Dette års besøg gjaldt Birkelund Pleje- og Ældrecenter i Aabenraa Kommune, hvor rådet fik en generel information om kommunens ældreområde, geografi, demografi, samt tilbud og muligheder for kommunens ældre borgere.

Den nuværende Aabenraa Kommune blev ved strukturreformen dannet ved sammenlægning af kommunerne Aabenraa, Bov, Lundtoft, Rødekro og Tinglev, hvoraf Aabenraa var den største. I dag er den nye Aabenraa Kommune arealmæssigt set et af landets største kommuner med et indbyggertal på godt 60.000.

Tiden efter sammenlægningen er overvejende gået med at udvikle fæl-

les normeringer og standarder samt gennemføre harmoniseringer på tværs af de tidligere fem kommuner, som hver især forvaltede ældreområdet meget forskelligt. Kommunernes kendskab til hinanden forud for sammenlægningen var desuden begrænset, og der var væsentlige forskelle i kultur og mentalitet i de nu sammenlagte kommuner. Disse forskelle ses fortsat i den nye storkommune, men mest mellem land- og bybefolkning.

Harmoniseringerne er sket ud fra laveste fællesnævner, forstået på den måde, at "de rige kommuner har givet til de fattige". De store ændringer i forbindelse med sammenlægningen har desuden medført en del udskiftning af ledende medarbejdere på ældreområdet i den nye storkommune.

Selv om det har været to lange og ressourcekrævende år, har det også været en meget lærerig proces at få etableret et godt samarbejde på tværs af tidligere grænser, og det opleves som positivt at være blevet flere på ældreområdet, bl.a. åbner det mulighed for at tænke mere visionært. Ældreområdet forventes således fortsat at udvikle og forandre sig på flere områder i de kommende år, bl.a. organisatorisk.

Ældreområdet – plejeboliger, personalegrupper og rekruttering af personale

Ældreområdet er opdelt i fire geografiske områder: Område Syd ved

den dansk-tyske grænse, område *Midt* som er geografisk stort, men tyndt befolket, *Centrum* som bl.a. omfatter Aabenraa by, samt område *Nord*, der befolkningsmæssigt er et vækstområde.

Kommunen har godt 6.000 ansatte, hvoraf cirka 1.700 er beskæftiget på ældreområdet. Der er 13 plejehjem og -centre, som alle er relativt små. De mindste har kun 17 beboere, mens de største har 40 beboere. Samlet råder kommunen over 401 plejeboliger og 24 pladser til midlertidigt ophold, fx til aflastning, udredning og ophold i forlængelse af hospitalsindlæggelse o. lign.

Med kun 8 ledere til de 13 plejehjem må nogle institutioner dele ledelse, hvilket på længere sigt anses for uholdbart. Derfor er der behov for at se på organiseringen, så der skabes mulighed for, at ledelsen er fysisk til stede på alle plejehjem.

Rekruttering af uddannet eller uuddannet personale er ikke påvirket af sammenlægningen. Og umiddelbart er der, til forskel fra mange andre kommuner, ikke mangel på personale, selv om der er tradition for, at de fleste søger job tæt på bopælen, og kun et fåtal gerne kører længere.

Birkelundcentret foretrækker uddannet personale og har derfor intet uuddannet personale i faste stillinger.

Pleje af demente personer

I hvert af de fem områder er der demenskoordinatorer, og kommunen er i gang med at oprette såkaldte demensteam i hjemmeplejen.

Kommunen anvender ikke skærmede enheder til demente beboere, idet plejepersonalet betragtes som "skærmen". Baggrunden er, at det grundlæggende handler om at møde den enkelte demensramte, hvor han eller hun er, og tage afsæt derfra. Det er en længere proces, som indebærer megen kontakt med både den ramte selv og de pårørende, for at lære personen at kende, få et godt indblik i livshistorien, og forløbet frem til indflytningen på plejehjem. Det er afgørende, at personalet får skabt tryghed og tillid om den demente og i forhold til de andre beboere. For man vælger som bekendt sjældent selv sine naboer, heller ikke på plejehjem.

På kommunens plejehjem er der også en mindre gruppe demensramte under 60 år, som ofte har familie og mindre børn. På længere sigt skal der imidlertid tænkes i andre botilbud og muligheder, som tilgodeser disse beboeres behov bedre. I kommunen ses generelt en stigning i antallet af flere både yngre og ældre, der rammes af såkaldt *frontallapsdemens* og som følger heraf har en udadreagerende adfærd, som kræver særlige kompetencer hos personalet at håndtere.

Tilbud til ægtefælle og pårørende

Som udgangspunkt tilbyder kommunen ikke fælles bolig til demente borgere og deres ægtefæller. Erfaringen er, at den raske ægtefælle ofte er nedslidt efter ægtefællens belastende sygdomsforløb, hvor den raske ægtefælle hyppigt har stået meget alene med ansvar og omsorg for den demensramte, og derfor har mere gavn af en bolig ved siden af den dementes. Samtidig er det holdningen, at når den demente flytter på plejehjem, og den raske ægtefælle dermed har sagt stop, skal dette respekteres og accepteres. Til gengæld skal den raske ægtefælle mødes af et empatisk personale, der lytter, hjælper og aflaster, både for at forebygge yderligere nedslidning og for at give nye kræfter og energi til samvær med den demente ægtefælle.

Denne praksis affødte diskussion. På den ene side gav flere rådsmedlemmer udtryk for, at nogle ægtepar ønsker at forblive sammen og ser en adskillelse som et alvorligt indgreb. Der er således eksempler på, at en rask ægtefælle ikke har haft andre muligheder end at overnatte på sofaen i den dementes plejebolig i længere tid. I de tilfælde, hvor ønsket er at forblive sammen, bør der være mulighed for at tilbyde en egnet fælles bolig.

På den anden side har den raske ægtefælle – uanset troskabsløfte – ret til “egent liv”. Og da den raske ægtefælle ofte lever længst og dermed ri-

sikerer at måtte forblive i plejeboligen efter den demente ægtefælles død, fordi den tidligere fælles bolig som regel er opgivet, bør der udvises stor fleksibilitet i sådanne tilfælde.

Demens er stadig en tabubelagt sygdom, og netop ægtefælle-problematikken er svær at håndtere. Mange pårørende har skyldfølelse, når de nødsages til at træffe beslutning om at flytte en demensramt på plejehjem, og for en “fraflyttet” ægtefælle kan det være en særlig vanskelig situation. Der er derfor behov for større åbenhed og debat om dette for at øge omgivelsernes forståelse og accept.

Kommunen har også et værestedstilbud for demensramte, hvor formålet bl.a. er at give pårørende mulighed for at klare indkøb og gå til frisør m.m. – eller blot et pusterum. Aflastningen af pårørende kan bidrage til at udskyde indflytning på plejehjem. Og det har samtidig vist sig, at demente, der benytter tilbuddet, som regel er bevidste om, at deres sygdom slider på deres nære omgivelser, som derfor har brug for “alene-tid” til at lade op.

I et dagcentertilbud for demente beboere i plejecenteret, hjemmeboende demente og deres pårørende, opbygger både demente, beboere og personale kendskab til hinanden, hvilket letter indflytningsfasen, når den tid kommer. Dagcentret har både åben og visiteret adgang, og tilbuddet er kendt i nærområdet, så de fleste ved, at der er mulighed for at komme og lære hinanden og stedet at kende i eget tempo.

Overvågning af demente beboere

En såkaldt personsikringsbrik, som bevidst ikke kaldes ”demensbrik”, etableres i særlige tilfælde med samtykke fra demente eller deres pårørende. Alarmsystemet giver signal på personalets telefon, hvis en dement er på vej ud. Personalet forhindrer bortgangen ved at aflede opmærksomheden, fx ved at foreslå en tur i køkkenhaven.

Birkelundcentret har i øjeblikket en beboer, som efter eget ønske er udstyret med et GPS-system, der giver personalet besked om hans færden og dermed mulighed for at spore ham uden for plejehjemmets område. Beboeren er en tidligere meget aktiv idrætsmand, som fortsat har stort behov for daglig fysisk udfoldelse og derfor ikke kan nøjes med daglige kortere gåture med en medarbejder. Beboeren ser mange sportsudsendelser i fjernsynet og tror ofte, at han selv deltager i sportsarrangementer, hvorefter han forlader Birkelund for at motionere. Han er i så god fysisk form, at personalet ikke kan indhente ham, når han drager af sted, og ved almindelige gåture kniber det også med at følge hans tempo.

To-sprogede beboere

Tidligere var der tysktalende beboere på kommunens plejehjem, men det sker efterhånden sjældent, at beboere slår over i tysk, og det er derfor ikke

et generelt problem i dagligdagen. Omkring Tinglev er der dog stadig en del tysktalende og -sindede ældre, som kun taler og forstår lidt dansk. Her klarer man som regel eventuelle sprogproblemer med hjælp fra en tysktalende kollega.

I øvrigt er forskellen på danske og tyske plejehjem stor. Tyske plejehjem er således overvejende indrettet og præget af rutiner og tænkning, som kendetegner sygehuse, ligesom personalenormeringen er meget lav sammenlignet med danske forhold.

Birkelund Pleje- og Ældrecenter

Centret, der i daglig tale kaldes Birkelund, blev bygget i år 2000 og ligger i landlige omgivelser i det lille bysamfund Kollund. Efter en mindre tilbygning i 2008 rummer centret 32 boliger, som er placeret i 4 ”huse” med 8 boliger i hver. Hvert hus indeholder fælles opholdsstue, køkken og bryggers. Både fra de enkelte boliger og fra opholdsstuerne er der adgang til terrasser, og omkring husene er der bl.a. små urtehaven og blomsterbede, som passes af beboerne.

Den månedlige husleje, incl. el & vand m.m., er 4.500 kr. De valgfrie ydelser udgør 2.800 kr. for fuld forplejning samt 690 kr. for vask samt rengørings- og toiletartikler. Desuden betales der ved indflytning et indskud på kr. 12.600, som der evt. kan ydes tilskud til.

Plejecentret har ikke længere selv indflydelse på visitationen til plejeboligerne, som nu foregår centralt i kommunen, og i øvrigt opleves meget stram.

Personalet gør en stor indsats for at lære de enkelte beboere og deres livshistorie at kende, og der udarbejdes trivselsplan for beboerne, således at hjælpen og plejen løbende tilpasses beboernes behov.

Der findes ikke opgørelser over, hvor længe beboerne bor på centret, men opholdstiden er skønsmæssigt 1½-2 år.

Birkelund er nabo til 24 ældreboliger, som man gerne hjælper – som naboer almindeligvis gør. Omkring halvdelen af beboerne i nabobebyggelsen har deres daglige gang på Birkelund, typisk for at spise i centrets café, eller for at benytte dagcentret og fysioterapien. Ældreboligernes beboere inviteres også til forskellige arrangementer på Birkelund.

Fem af ældreboligerne er til ægtepar, men der har ikke været søgning til dem de senere år.

Traditioner ved dødsfald

Der er ikke faste rutiner og traditioner i forbindelse med dødsfald, da planlægningen altid sker efter de pårørendes og den afdødes ønsker. Pårørende kan fx deltage i istandgørelse og påklædning af den afdøde. Som oftest er det et ønske fra afdøde og pårørende,

at der synges, når en afdød bæres ud af Birkelund. Afsked og udsyngning sker i den afdødes bolig eller i fællesarealet, som ryddes til lejligheden. Den afdøde bæres altid ud ad hoveddøren, og ofte spredes der blomster på vejen uden for eller evt. ved det tidligere hjem. Det er vigtigt, at alle beboere oplever, at man kommer fra Birkelund på en værdig måde. Og personalet orienterer altid de øvrige beboere om dødsfaldet.

Medicinering

De fleste beboere får kun få lægemidler, og i øjeblikket har ingen fx behov for sovemedicin. Embedslægetilsynet bidrager meget positivt til at skærpe plejepersonalets opmærksomhed over for medicineringen.

Birkelund har et godt samarbejde med de praktiserende læger i området, og lægerne ved, at henvendelser fra centret er velbegrundede. Som et særligt tilbud til beboerne har Birkelund en aftale med et af områdets lægehuse, som indebærer et ugentligt besøg af en af lægerne her fra, som sammen med personalet gennemgår "journaler" og evt. tilser beboere. Det betyder, at læger, personale og beboere indbyrdes har et godt kendskab til hinanden. På de øvrige plejehjem benytter beboerne deres egen praktiserende læge.

Urtehaven og Biker-træf

Alle beboere tilbydes individuelle aktiviteter, og alle beboere er dagligt udendørs på centrets arealer. Bl.a. er centrets urtehaven og blomsterbede mål for gåture, og samtidig er flere beboere glade for at arbejde i haverne. Der er mulighed for *Petanque*-spil på en særlig udendørs bane. Specielt med tanke på de mandlige beboere er der etableret et værksted. I det åbne dagcenter kan beboerne møde andre ældre, og der arrangeres ture og udflugter med centrets egen bus, *Birkebussen*.

I weekenden forud for ÆldreForums besøg var der *Biker-træf* på centret, da nogle af centrets medarbejdere er motorcyklister. Det var en stor oplevelse for beboerne, særligt for dem der tidligere selv har kørt motorcykel. Bl.a. var en ældre, svækket og meget skrøbelig kvindelig beboer ude at køre i sidevogn. Hun vendte tilbage med et stort smil og røde kinder – og heldigvis også alle lemmer i behold.

At frigøre sig fra moderrollen

For personalet kan det i dagligdagen være svært at frigøre sig fra moderrollen i relationen til beboerne, men særligt fra ledelsens side forsøger man at være meget opmærksom på dette. Personalet skal skabe et værdigt og udviklende forhold til de enkelte be-

boere, også selv om det kan være udfordrende for personalets omsorgs- og hjælpe-gen at skulle “sidde på hænderne”. Ledelsens holdning er, at det er vigtigt at se på det enkelte menneske og så i øvrigt tilgive sig selv og andre, når der begås fejl. Det er menneskeligt at fejle, og der sker uundgåeligt fejl, når man har med mennesker at gøre. Arbejdet med mennesker er, som det nu engang er – med gode og dårlige dage.

Dagcentret Valdemarshus

Valdemarshus, der ligger i Padborg, er et åbent dagcenter, oprettet efter Servicelovens § 79, der giver kommunerne mulighed for at iværksætte eller yde støtte til generelle tilbud med aktiverende og forebyggende sigte for folke- og førtidspensionister samt efterlønsmodtagere.

Dagcentrets formål er at styrke trivsel, sundhed og det sociale netværk gennem tilbud om deltagelse i forskellige aktiviteter og derved samtidig forebygge ensomhed og isolation. Valdemarshus ønsker således at være kendt i lokalområdet som stedet, hvor ældre kan komme og deltage i et uforpligtende og aktivt samvær. Personalet motiverer og aktiverer, men der opfordres samtidig til hjælp til selv-hjælp.

Brugerne af dagcentret kan komme og gå efter lyst, formåen og ressourcer. Mens nogle alene kommer for at deltage i en aktivitet, kommer andre for-

trinsvis for samværets skyld. Det skønnes, at omkring 100 borgere dagligt benytter centrets tilbud.

Målgruppen er fortrinsvis ældre borgere, men også yngre førtidspensionister benytter stedet. De fleste sørger selv for transport, og centret har kontrakt med en lokal vognmand, som henter og bringer dem, der har svært ved at anvende offentlige transportmidler. Egenbetalingen på 30 kr. tur/retur svarer til prisen for at køre med bus, og Valdemarhus betaler differencen mellem egenbetaling og den reelle udgift til vognmanden. Da centret kun har 1½ lønnet medarbejder ansat, må meget svækkede borgere undertiden afvises af ressourcemæssige årsager, fx hvis de har behov for megen støtte til toiletbesøg.

Centret er brugerstyret, hvilket i praksis betyder, at brugergruppen er med til at planlægge aktiviteterne i centret. Der er også selvstyrende aktiviteter, bl.a. en højtlæsningsgruppe og et sangkor, som turnerer og spiller til arrangementer uden for centret, ofte mod betaling, hvilket kommer centret til gode. Det samme gælder salg af forskellige produkter, som fremstilles på centret – ofte med opmærksomhed på, hvad der er ”oppe i tiden”.

Der arrangeres årligt en dilettantforestilling, som forberedes og planlægges i op til et halvt år, før den vises for byens borgere. Det er en stor kulturel og social oplevelse for deltagerne, der samtidig får vist omverdenen, at også dét kan lade sig gøre i en høj alder.

Et andet eksempel på dagscentrets aktiviteter er deltagelse i den kommende sommerfest i Kruså, der varer en uge, hvor Valdemarhus er blevet bedt om at stå for en række af arrangementerne, bl.a. et café-telt, underholdning, musik, bankospil og rengøring.

Med kun 1½ lønnet medarbejder er centret afhængig af de 50-60 frivillige, som yder en stor indsats. Opgaverne for de frivillige kan bl.a. bestå i at dække bord og hjælpe med at skubbe kørestole på udflugter. Det erkendes, at det indimellem kan være en udfordring at samarbejde med så mange frivillige. Bl.a. er det vigtigt at være opmærksom på den enkelte frivilliges grænser og formåen, da nogle selv tror, at de kan mere, end de egentlig magter og derfor skal have justeret opgaverne. Personalet må også ofte træde til for at løse konflikter mellem de frivillige.

Det er en udfordring for centret at tiltrække frivillige fra den yngre ældre generation, som ofte er travlt optaget af job, familie og fritidsliv m.m.

De fleste af kommunens andre dagcentre kræver visitation, og der er derfor ønsket om at få etableret flere åbne aktivitetstilbud som Valdemarhus.

Eden-filosofien i Aabenraa Kommune

Den amerikanske plejehjemslæge Bill Thomas udformede *Eden-filosofien*,

da han så, at beboerne i en typisk ældreinstitution var ensomme, kedede sig og udviste ”hjælpeløshed”, dvs. ikke indgik i give- og modtagerrelationer. Thomas kaldte disse tre adfærdsmønstre for ”de tre omsorgsplager”.

Eden-filosofien bygger på 10 principper, der gør op med omsorgsplagerne, og i stedet skaber boliger, hvor mennesker vokser og trives. Plejehjem skal være fællesskaber, hvor beboerens selvbestemmelse er styrket, og livet er værd at leve. Frem for at være institutioner, hvor pleje og omsorg m.m. foregår efter personale-definerede rutiner, skal dagligdagen tage afsæt i hverdagslivet.

Da man i Aabenraa Kommune genkendte de tre omsorgsplager blandt beboerne, besluttede man at introducere *Eden*-filosofien på alle kommunens plejecentre. Fx registrerede man, at ingen beboere døde i en seks måneders periode, hvor man havde håndværkere på Birkelund. Personalet tilskrev dette, at det daglige postyr havde brudt beboernes ked-somhed.

I dag er plejecentrene ved løbende at omlægge livet på centrene efter de ti principper – tillempet lokale forhold. Plejecentrene skal omdannes til fællesskaber, der styrker beboernes selvbestemmelse, og gør op med omsorgsplagerne.

I alt er 100 medarbejdere uddannet i *Eden*-filosofien, således at hvert plejecenter er repræsenteret. Kursusdeltagerne skal derefter sprede deres

nye viden til kollegerne. Personalet undervises af to personer, som er certificerede undervisere på området. Projektet, der løber over 2 år, er finansieret af Socialministeriet.

Undervisningsforløbet består af 2 x 3 undervisningsdage, hvor deltagerne i den mellemliggende periode kan afprøve teorien i praksis. Som en del af forløbet er der dannet netværksgrupper, som udveksler erfaringer. Også Assens og Herlev kommuner deltager i projektet.

Erfaringer

Implementeringen af *Eden*-filosofien sker ikke på én gang, men er en proces, hvor ledere og medarbejdere løbende arbejder med at følge de 10 principper og fokusere på hverdagslivet.

Efter ledelsens opfattelse frigør tankesættet ressourcer og overskud hos medarbejderne. Tidligere var arbejdet skemalagt, men det luger man stille og roligt ud i, så der nu arbejdes mere selvstændigt.

Samtidig med, at personalerutinerne reduceres, oplever personalet, at der er blevet meget mere plads til spontanitet i hverdagen og dermed også bedre muligheder for at opfylde beboernes ønsker og behov – og ked-somheden er på retur. Ingen siger mere ”Det er tirsdag fru Hansen; du skal i bad”. I stedet finder man ud af, hvem der har lyst til og behov for at bade. Og personalet kan fx beslutte at

springe rengøringen over for i stedet at køre en tur med beboeren.

Medarbejderne er også mere bevidste om at imødekomme beboernes interesser og ønsker. Ofte kan beboerne ikke fortælle, hvad de vil, men det øgede samvær har som en ekstra gevinst, at personalet bedre kan skyde sig ind på, hvad den enkelte kan og har lyst til. Ind imellem skal der hentes hjælp uden for institutionen til at opfylde beboernes ønsker. Fx udspringer traditionen med det omtalte årlige *Biker*-træf af en beboers ønske om en motorcykeltur. En medarbejder kontaktede derfor *Biker*-klubben for at høre om mulighederne, og alle beboere, der har lyst, kan nu få en årlig tur i sidevogn.

Nærvær i form af varm og uafbrudt kontakt er et godt middel til at bryde ensomhed og knytte bånd.

Når personalet tidligere udførte en opgave for en beboer, koncentrerede medarbejderen sig om *opgaven*, og ikke om også at være nærværende i samværet med beboeren. I dag lægger personalet vægt på kvalitet i dette samvær, som ikke nødvendigvis skal være fyldt med aktivitet. Fx tager medarbejderne deres børn med på arbejde, og taler – naturligvis inden for visse grænser – også med beboerne om deres eget privatliv. Begge dele skaber godt kontakt og samtaleemner.

Det nye hverdagsliv har gjort beboerne gladere, mere aktive og også mere afslappede. Den tidligere ”hjælpeleshed” er ikke længere så udbredt,

og beboerne er blevet bedre til at give og modtage. Fx har en kvindelig beboer involveret sig ved at holde en døende medbeboer i hånden. Og andre beboere drager omsorg for Birkelunds to huskatte og kaniner.

Ledelsen har registreret, at personalets hænder rækker længere i dag, hvor medarbejderne i højere grad bruger sig selv. De skal ikke længere bruge tid på detaljerede planer og følge procedurer, men er i stedet en del af nærværet og samværet. Og hvor medarbejderne tidligere fx sagde, at der var ting, de ikke kunne nå, er sådanne indvendinger nu forsvundet – de høres ganske enkelt ikke længere.

Også ledernes opgaver er ændret. *Eden*-filosofien lægger vægt på at beslutningsprocesserne i størst muligt omfang lægges ud til beboere og medarbejdere. Og hvor medarbejdere tidligere fx kunne spørge lederen, hvem der skulle følge en beboer til læge, om der var bestilt en taxa, eller om lederen havde styr på og overblik over dit og dat, løser medarbejderne nu ofte sådanne ting på egen hånd.

Projekt SIKS – Sammenhængende Indsats for Kronisk Syge

Hver 3. voksne dansker lever med en kronisk sygdom. Fx lider ca. 200.000 af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), ca. 150.000 lever med en iskæmisk hjertesygdom, 70-100.000 har hjertesvigt og ca. 200.000 har diabetes.

Selv om der bliver færre nye tilfælde, falder antallet af personer, der skal leve med en kronisk sygdom ikke tilsvarende, fordi bedre behandlings-tilbud for en række livsstilssygdomme medfører længere levetid. For at sikre personer med en kronisk sygdom en kvalificeret og sammenhængende indsats, er der derfor behov for at udvikle indsatsen.

Og i projekt SIKS samarbejder Københavns Kommunes Sundhedscenter Østerbro, Bispebjerg Hospital og områdets praktiserende læger om netop at etablere en sammenhængende indsats for rehabilitering af kronisk syge borgere.

Model for Kronisk Sygdom

Model for Kronisk Sygdom (*The Chronic Care Model*) opstiller 6 principper, der skal være opfyldt for at kunne tilbyde kronisk syge borgere en sammenhængende behandlings- og rehabiliteringsindsats på tværs af sektorer og faggrupper. Modellen anvendes over hele verden, og målet er at udvikle en sammenhængende indsats, hvor informerede, aktive patienter med forståelse for egen sygdom møder et velforberedt behandler-team i et udbytterigt samarbejde.

Modellens 6 principper fokuserer på områder, der hver især kan virke som barrierer, hvis de ikke understøtter målet. Fx skal både lovgivning og sundhedsaftaler mellem regioner og

kommuner, sundhedspersonalets kommunikation, samt tilrettelæggelse af arbejdet m.m., understøtte en tværgående og sammenhængende indsats. Og ikke mindre vigtigt er hensigten, at borgerne selv oplever en sammenhæng.

I projekt SIKS, som bygger på ovennævnte model, skal egen læge sikre tidlig diagnostik og behandling, Sundhedscenter Østerbro varetager den kommunale rehabilitering, og Bispebjerg sygehus foretager specialiseret udredning og behandling, samt kortvarig rehabilitering.

Projektet tager i første omgang sigte på borgere med KOL, iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt, diabetes 2, metabolisk syndrom (samlebetegnelse for fedme, defineret ved taljemål, samt forskellige risikofaktorer som bl.a. forhøjet blodtryk og kolesterol), samt fald- og balanceproblemer blandt ældre.

Organisering af samarbejdet i SIKS

Tværsektorielle arbejdsgrupper for de fire sygdomsområder

Der blev fra begyndelsen nedsat en arbejdsgruppe for hver af de fire sygdomsgrupper, som indgår i SIKS. Hver arbejdsgruppe havde deltagelse fra praktiserende læger, kommunens lokalområde, hospitalet, kommunens sundhedsforvaltning og projektledelsen. Arbejdsgrupperne har bidraget

til at sikre projektets kvalitet ved at diskutere og godkende de redskaber m.m., der blev udviklet i projektet, og som skal medvirke til at sikre faglig kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.

Ikke mindst de praktiserende lægers deltagelse i arbejdsgrupperne helt fra starten har været en forudsætning for projektets succes.

*Redskaber
til at understøtte kvalificerede,
sammenhængende forløb*

Forløbsbeskrivelser, der er et af disse redskaber, beskriver rehabiliteringstilbuddet i hhv. hospitalsregi og kommunalt regi, samt henvisningskriterier til de to tilbud. *Forløbsbeskrivelserne* fungerer både som vejledninger til de praktiserende læger og som kliniske retningslinier for hospitalets medarbejdere.

Da Københavns Kommune har besluttet at arbejde evidensbaseret i rehabiliteringsarbejdet, er *forløbsbeskrivelserne* i vid udstrækning evidensbaserede, og de lægger dermed op til et ensartet vurderingsgrundlag for visitationen. Kvaliteten af tilbuddene til borgerne er således uafhængige af, om borgeren visiteres til rehabilitering i Sundhedscenter Østerbro eller på sygehus.

Forløbsbeskrivelserne indeholder et *stratificeringsværktøj* til vurdering af, om det ud fra sygdomstilstanden er mest hensigtsmæssigt, at borgeren

rehabiliteres i det kommunale system eller på sygehus. Dette værktøj skal således sikre det rigtige tilbud til den rigtige borger på det rigtige tidspunkt.

Andre redskaber er fælles informationsmateriale til borger/patient samt indikatorer til kvalitetsudvikling.

Et andet element i SIKS har været kompetenceudvikling for personale i kommune, hospital og almen praksis. Videndelingsmøder har givet et væsentligt bidrag til kompetenceudviklingen: Tre gange om året mødes personalet på tværs af sektorer og udveksler erfaringer og underviser hinanden.

Videndelingsmøderne har bl.a. medført, at sygehuslægerne accepterer, at det kommunale rehabiliteringstilbud er fagligt forsvarligt. Og for sygehuslægerne har det været en gavnlig oplevelse at erfare, at de kommunale rehabiliteringsmedarbejdere ikke lægger ud med skrækscenarier over for borgerne, men sagligt tager udgangspunkt i det, der ikke forandres i deres hverdag, og hvordan hverdagen kan tilpasses herefter.

Resultater

SIKS har betydet, at det tværkommunale samarbejde er bedret væsentligt – og kan blive endnu bedre. Af resultater kan fx nævnes, at:

- ◆ De tværsektorielle arbejdsgrupper fungerede fint, og der er bl.a. skabt forståelse for konceptet “tværsektorielt samarbejde”. Også vi-

dendelingen på tværs af sektorerne fungerer meget fint.

- ◆ Rehabiliteringen fungerer i begge sektorer.
- ◆ 85 pct. af de alment praktiserende læger har benyttet et sundhedscenter, selv om der ikke er læger i de københavnske sundhedscentre. Den praktiserende læge er således tovholder for den enkelte patient/borger.
- ◆ Sundhedscenter Østerbro var det første sundhedscenter for personer med kronisk sygdom, og Københavns Kommune oprettede de næste centre for kronisk syge borgere i 2007 og 2008.
- ◆ Kommunalreformen gav kommunerne en større del af ansvaret for rehabilitering, end det var forventet, da SIKS blev gennemført. Samarbejdet mellem aktørerne i SIKS tilpasses nu lovgivningen.
- ◆ Modellen fra projekt SIKS indgår i Region Hovedstadens Sundhedsaftaler.

Udfordringer

Der er stadig områder, hvor overgangen fra det ene system til det andet ikke fungerer godt nok. I praksis har det sværeste vist sig at være overlevering af informationer ved overgangen fra sygehus til det kommunale sundhedscenter. Det adskiller sig dog ikke fra andre steder, hvor informationer går

tabt, når de overleveres mellem bestiller (sygehus) og udfører (kommune).

Udviklingen af fælles, tværsektorielle evalueringsmetoder/moniteringsredskaber er påbegyndt, men p.t. er sundhedscentre foran sygehusene. Det er meningen, at disse redskaber skal vise, om patienter også på længere sigt har gavn af indsatsen.

Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet, at der nu skal indføres *forløbsprogrammer* i det danske sundhedsvæsen. Forløbsprogrammer beskriver den samlede tværfaglige, tværsektorielle og koordinerende indsats for en given kronisk sygdom, fra diagnosticering over behandling, rehabilitering og indtil død. Programmerne skal sikre anvendelse af evidensbaserede anbefalinger for den sundhedsfaglige indsats, og giver en præcis beskrivelse af opgavefordeling, koordinering og kommunikation mellem de involverede parter.

Forløbsbeskrivelserne, der er udarbejdet i SIKS, er forløbere for de kommende *forløbsprogrammer*. Der er udarbejdet *forløbsprogrammer* for KOL og diabetes, og de næste programmer er på vej.

Forskning som en del af SIKS

En række forskningsprojekter er tilknyttet SIKS, herunder projektet *Bedre balance og forebyggelse af fald*. ÆldreForum har ydet tilskud til en kvalitativ analyse, som indgår i dette projekt.

I den efterfølgende debat i Ældre-

Forum blev det fremhævet, at forholdene hyppigt er utålelige for personer med kroniske sygdomme, men at SIKS er et gedigent bidrag til ændring af disse vilkår.

Også familie og pårørende er tænkt ind. Drejer rehabiliteringsindsatsen sig fx om kost, inddrages ægtefællen, hvis patienten/borgeren ikke selv er vant til at lave mad.

Det er håbet, at SIKS-projektet vil kunne inspirere kommuner og sygehusvæsen uden for København og Region Hovedstaden.

Den tværsektorielle indsats for kronikere kan imidlertid støde på andre barrierer, som ikke indgår i SIKS-projektet. Der blev således sat spørgsmålstegn ved, om kommunerne, selv efter kommunalreformen, er store nok til at arbejde evidensbaseret med rehabilitering. En del kommuner er dog begyndt at samarbejde, da de har indset, at de ikke selv kan løse alt. Men al samtale om tværsektorielt samarbejde begynder i dag meget ofte med økonomi, mens borgeren/patienten skubbes i baggrunden. Og den udvikling er blevet mere og mere markant de senere år.

Varslingssystemer i forbindelse med udskrivelse er ofte problematiske, men her kan sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner være en hjælp. Næste generation af disse aftaler er på vej, og meget tyder på, at regioner og kommuner her er blevet bedre til at tale sammen.

Ny forskning

Center for Sund Aldring – baggrund & initiativer

Et nyt stort center – Center for Sund Aldring – blev oprettet ved Københavns Universitet i begyndelsen af 2009, bl.a. på grundlag af en bevilgning fra Nordea-fonden. Centeret er et tværfagligt forskningsmiljø, som skal generere ny viden om, hvordan flere mennesker kan få et sundt liv og en sund alderdom. For at få indblik i dette nye initiativ indbød rådet centerledelsen til at orientere om centerets overvejelser og initiativer.

Hvad er aldring?

Centrets forskning tager bl.a. afsæt i spørgsmålene: Hvad er aldring? Hvad sker der i aldringsprocessen? Og hvorfor ældes vi?

Aldringsprocessen indebærer en række fysiologiske ændringer: Udseendet ændres, håret bliver gråt, huden rynker, og syn og hørelse forringes. Også aftagende muskelmasse, tab af knoglevæv, nedsat hjerte- og lungefunktion, åreforkalkning og slidgigt hører aldringsprocessen til. Til de mere alvorlige sider af aldringsprocessen ses hyppigt visse sygdomme som kræft, sukkersyge, hjerte-kar-sygdomme samt Alzheimers og Parkinsons syge.

Aldring er en naturlig proces, der

begynder allerede ved fødslen – på enkelte områder endog før fødslen. Der eksisterer ingen almen kur mod biologisk aldring, men vi kan selv gøre en del for at påvirke aldringsprocessen.

Aldringsprocessen kan forsinkes ved at undgå for højt kalorieindtag og ved at spise frugt og grønt med farve, fx spinat, jordbær og blåbær, der indeholder såkaldte anti-oxideranter. Et moderat alkoholforbrug, ingen røg (røg skader hjernens elektriske aktivitet og får hjernens blodgennemstrømning til at falde), god nattesøvn og fysisk aktivitet har samme virkning. Og så skal man “passe” familie- og vennerelationer, fastholde sine rødder og arbejde abstrakt, fx ved at være kreativ.

Sund aldring er den naturlige aldring, hvor der skabes balance mellem de faktorer, der fremskynder og forsinker aldring. Ved usund aldring forrykkes denne balance. Centrets forskning bygger netop på tankegangen om sund og usund aldring, hvor der søges svar på følgende centrale spørgsmål:

- ◆ Hvordan sikres et sundt liv og sund aldring i *hele livsforløbet*?
- ◆ Hvordan forklares de biologiske aldringsprocesser?
- ◆ Hvordan kan aldersrelaterede sygdomme reduceres?
- ◆ Hvordan forbedres egen-forvaltningen af helbredet, så vi hver især opnår flere sunde og gode år?

Forskningen er inddelt i 5 programmer, som hver ser på fire temaer: fra

molekyler og celler via individ til samfund. Hvert forskerteam har således både biomedicinske, sociale og psykologiske vinkler på sund aldring. På længere sigt vil andre perspektiver formentlig også blive inddraget.

Forskningsprogrammer:

Program 1:

Neurobiologisk og molekylær aldring.

En bedre forståelse af de molekylære aldringsændringer forventes at kunne bidrage til forebyggelse af aldersrelaterede sygdomme som Alzheimers og Parkinsons. Fx ved vi, at *gener* har betydning for aldringen, idet personer med visse defekte gener ældes hurtigere. Også *hjernens* DNA-reparation har stor betydning for aldringen: når mitokondrierne, (cellernes mikroorganismer, som producerer cellernes energi), ikke fungerer optimalt, falder hjernens energiniveau, og cellerne skader sig selv. Hvis forskerne derfor kan finde markører for disse processer, kan der sættes ind over for sådanne processer.

Program 2:

Molekyler og celler

Programmet har fokus på muskel- og bindevæv samt stofskifte, betydningen af fysisk inaktivitet for type 2-diabetes, fedme, muskelsvækkelse, nedsat kognitiv funktion og Alzheimers sygdom undersøges bl.a.

*Program 3:
Kroppen og livet.*

Her undersøges den individuelle aldring i livsløbsperspektiv, og der fokuseres bl.a. på markører for tidlig aldring, samt sociale, psykiske og biologiske aldringsprocesser.

Der er bevilget midler til at oprette en biobank, CABM, der skal bidrage til at afdække, om der findes indikatorer, som kan forklare tidlig aldring – fx betændelser, parodontose pga. ændret spytproduktion, oksidativt stress (dvs. belastende iltkrav fra cellerne), nedsat kognitiv funktion (dvs. forstandsfunktion) og muskelfunktion, fysisk funktionstab og træthed.

Der indbydes 18.500 personer til at levere data til biobanken; ikke alle forventes dog at ville medvirke. Deltagerne udsættes for fysiske tests, blodprøver, tandundersøgelse, kognitive tests samt et omfattende spørgeskema om sociale, helbredsmæssige, psykologiske og arbejdsmiljørelaterede faktorer.

*Program 4:
Samfund og kultur.*

Programmet fokuserer på forebyggende lægemidler til ældre og på sundhedspolitik. Forebyggende lægemidler kan forbedre funktionsevne og øge levetid med bedre livskvalitet, hvis de benyttes rigtigt. Og forskerne ser bl.a. på, om der er fornuftig balance mellem den forebyggende effekt – og

forebyggelsens omkostninger og bivirkninger, fx risikoen for en medikaliseret aldring, med afhængighed af medicin for at leve længere.

*Program 5:
Formidling og innovation*

Dette program skal bl.a. skabe viden om, hvordan sundhedsfremmende initiativer formidles og integreres i befolkningens hverdag, hvordan mennesker tilrettelægger deres liv med hjælp fra sundhedsfremmende produkter og teknikker, samt hvordan disse bidrager til at skabe forståelse af os selv som biologiske væsener.

**Eksempler på
tværfaglige projekter**

Ud over den forskning, der gennemføres inden for de enkelte programmer, etableres der forskningsprojekter på tværs af programmerne. I et projekt leverer biobanken CABM data, der relaterer sig til søvnvaner, og det undersøges derefter, hvordan disse spiller sammen med hjernens struktur og funktion (*neuroimaging*, dvs. billedskabende teknikker til belysning af hjernens strukturer), parodontose og spytproduktion, jf. program 1 og 3.

Et andet projekt undersøger, hvad der sker efter immobilisering af musklerne hos skrøbelige og ikke-skrøbelige 50-60-årige personer, jf. program 2 og 3. Et tredje projekt undersøger sammenhængen mellem træthed,

aldring og helbred, jf. program 1,3 og 5. Og flere samarbejdsprojekter er på vej.

Andre initiativer

Center for Sund Aldring modtager gerne tilbagemeldinger samt gode råd og idéer fra omverdenen, med henblik på at tilrettelægge forskningsprojekter, der også har interesse og kan anvendes uden for forskerkredse.

Fx har Centret sammen med initiativet *No Age* formuleret en projektidé om afdækning af, hvordan innovative løsninger kan muliggøre, at fri-ske ældre kan leve det liv, de ønsker og fastholde deres funktionsevne.

I forbindelse med gennemgangen af Centerets initiativer, rejste ÆldreForum spørgsmålet om behovet for et nyt begreb som afløser for 'aldring', som for mange har en både støvet og negativ klang, og samtidig skygger for det faktum, at aldring begynder tidligt i livet, og at også adfærd i de unge og yngre år har betydning for aldringsforløbet.

Unge og yngre aldersgrupper mister meget hurtigt interessen for og frasorterer desuden information, som drejer sig om 'aldring', fordi de opfatter denne videnskategori som uvedkommen-de, uinteressant og uden relevans for dem, hvad den absolut *ikke* er.

ÆldreForum pegede også på, at Centrets forskningsprogrammer, der hver især indeholder fire temaer: fra *molekyler* og *celler* via *individ* til *sam-*

fund, evt. kunne udvides ved at ind-drage *organer* som et femte tema for at mindske springet fra *celle* til *individ-niveau*, som forekommer meget stort.

Desuden opfordrede rådet Centret til at lægge stor vægt på formidlingsdelen, idet værdien af viden og in-formation som middel til adfærdsæn-dring, ofte er meget begrænset. Viden i sig selv er således sjældent tilstrækkeligt til at ændre adfærd. Mange både ryger og drikker fx fortsat, selv om de ved, at det er skadeligt – måske "*især for andre*", synes mange at tilføje for sig selv. Også faktorer som økono-mi og gruppepres m.m. spiller ind.

Artikler om nye internationale forskningsresultater

Ud over at redegøre for ÆldreForums eget virke, omtaler årsberetningen i lighed med tidligere år nye danske og internationale forskningsresultater, som enten har inspireret rådsarbejdet, eller som efter rådets opfattelse rummer perspektiver i dansk sammenhæng og dermed kan have interesse i bredere kredse.

Denne del af beretningen henvender sig med sin mere faglige form primært til professionelt personale i social- og sundhedssektorerne, men kan forhåbentlig også inspirere andre.

Artiklerne er alle forfattet af ÆldreForums formand, Povl Riis.

Den samlede virkning af sunde livsvaner og risiko for førstegangslagtilfælde blandt 20.040 mænd og kvinder i alderen 40-79 år, fulgt igennem 11,5 år

Fra lande med stærke forskningstraditioner og et højt oplysningsniveau dukker der i disse år mange videnskabelige resultater fra ældreforskning op, især omfattende forebyggelsesmuligheder ved store folkesygdomme. Et af de seneste eksempler er ny viden om, hvad et lands borgere selv kan gøre for at forebygge slagtilfælde (hjerneblodpropper og -blødninger)¹. Der er tale om et eksempel på, hvor store krav til tid, forskere, og ressourcer sådanne undersøgelser stiller, fordi livsstilsårsager virker over mange år, og forebyggelse dermed har samme tidsperspektiv.

Den store engelske folkeundersøgelse af midaldrende og ældre

Igennem årene 1993-97 gennemførtes indsamling af viden, med henblik på forekomst af kræft og andre sygdomme i Europa, omfattende 40-79-årige. Det engelske bidrag udgjorde 20.040 kvinder og mænd fra Norfolk, en gruppe som var repræsentativ for Storbritannien med hensyn til fx legemsmål, blodtryk og blodfedtstoffer. Ved indgang i undersøgelsen blev

deltagerne – efter deres informerede samtykke – spurgt om deres eventuelle sygehistorie, rygning, alkoholforbrug, brug af acetylsalicylsyre (Aspirin, Magnyl), samt legemlig aktivitet.

Efterundersøgelsen 11,5 år senere omfattede for denne del af undersøgelsen alle, som ikke havde haft hjer-teblodprop eller slagtilfælde, da de indgik i undersøgelsen 11,5 år før, og som kunne gennemgå en række medicinske undersøgelser de 11,5 år senere (vægt, højde, fedtstoffer i blodet, C-vitamin (som mål for frugtindtagelse) og svar på spørgsmålene om rygning, alkoholindtagelse, motion & arbejdsform, samt egen bedømmelse af frugtindtagelse, med en sammenfatning af enkelresultaterne til en risikoskala på 4 (sundest) til 0 (størst risikobelastning). I marts 2007 opgjordes forekomsten af slagtilfælde blandt deltagerne, efter de 11,5 år, og kobledes herefter til undergrupperne af livsvaner fra 4 til 0.

Resultater af forebyggelseffekten

Ved anvendelse af omfattende statistiske analyser blev resultaterne frigjort

for kendte risikofaktorer som blodtryk, kropsmasse-indeks (mål for overvægt og fedme), forhøjet kolesterol, diabetes m.fl.

Igennem de 11,5 år omfattende ca. 230.000 personår, og hos de 10.405 som gennemførte alle undersøgelserne, optrådte 599 slagtilfælde, hvoraf 28 pct. var dødelige.

De endelige resultater viste, at kvinder og mænd som fik "livsstils-karakteren" 0, dvs. levede mest usundt, havde en forekomst af slagtilfælde, som var 2,3 gange større end gruppen med den bedste "karakter" 4.

Konklusioner

Trods en ret sikker viden om forebyggelsesgevinster over for slagtilfælde ved at behandle forhøjet blodtryk og hjerteforkammerflimren, optræder slagtilfælde hos en stor gruppe mennesker uden disse to forebyggelsesmuligheder. Med andre ord står vi over for et antal livsstilsfaktorer, som den engelske undersøgelse har kastet afgørende lys over. Forfatterne konkluderer yderligere, at resultaterne må anses for relevante i et verdensperspektiv, dvs. for midaldrende og ældre, globale befolkningsgrupper.

Som en afspejling af den høje kvalitetsstandard, som fastholdes af *British Medical Journal's* redaktion, udstyres store, vigtige undersøgelser med en rubrik som nævner resultaternes videnskabelige begrænsninger. Her er det risikoen for "omvendt årsags-sammenhæng", dvs. at deltagere med et lettere slagtilfælde kunne have ændret deres motionsvaner i nedadgående retning efter et tilfælde i opfølgningsperioden. Denne resultatpåvirkning tog forfatterne dog hensyn til ved den statistiske talbehandling. Også udeladelse af de deltagere, som ikke kunne gennemføre de afsluttende medicinske undersøgelser har forfatterne kommenteret, og har argumenteret for, at denne udelukkelse højst har kunnet *svække* den påviste forebyggende effekt.

For danske midaldrende og ældre synes undersøgelsens konklusioner også klare:

En ikke-rygertilværelse (formentlig både aktiv og passiv), et kontrolleret alkoholforbrug, fysisk aktivitet, og frugt og grønsagsindtagelse, reducerer forekomsten af slagtilfælde i meget høj grad.

Litteratur:

1. Myint PK, Luben RN, Wareham NJ, Bingham SA, Khaw KT. Combined effect of health behaviours and risk of first ever stroke in 20.040 men and women over 11 years follow-up in Norfolk cohort of European Prospective Investigation of Cancer (EPIC Norfolk): prospective population study. *BMJ* 2009;338:639-42.

Akut påbegyndt blodpropopløsning ved slagtilfælde hos ældre

ÆldreForum har tidligere omtalt nye diagnose- og behandlingsmuligheder ved symptomer på akut hjerteblodprop og akut slagtilfælde (hjerneblodprop og -blødning hos ældre), med særlig vægt på betydningen af hurtig behandling. ÆldreForums synspunkter på ældreområdet indgik i kvalitetsreform-arbejdets indledende møde, og publiceredes herefter ¹. De to nævnte kredsløbssygdomme i hjerte og hjerne optræder som bekendt tiltagende hyppigere med alderen og med stigende dødelighed og invaliditetsfølger. Det gælder især for slagtilfældene, som med et gammelt diagnoseudtryk fortsat nu og da kaldes ”hjerneblødning”, selv om vi i dag ved, at ca. 85 pct. af slagtilfældene forårsages af hjernekar-blodpropper.

ÆldreForums bidrag ved kvalitetsreformarbejdets indledende møde handlede om behovet for en ny politik og struktur på det danske sundhedsvæsens indsats over for akutte sygdomme. Vigtigst blandt disse var hjerteblodpropper og slagtilfælde hos ældre, som bor i Danmarks geografiske yderområder, hvor transport- og tidsafstanden til nødvendigt diagnoseudstyr og akut behandlingsindsats (det såkaldte ”tidsvindue”) er afgørende for, om alle danskere, uanset per-

manent eller feriebestemt adresse, kan forvente samme adgang til ny, livsreddende eller invaliditetsforebyggende behandling ¹.

I beretningsåret 2009 offentliggjordes stadig nye og bekræftende videnskabelige undersøgelser af den nævnte behandlings positive virkninger – med *alteplase*, dvs. blodpropopløsende medikament, indsprøjtet i en blodåre inden der er gået 2-3(4) timer efter slagtilfældets opståen. Behandlingen må dog gerne sættes hurtigere ind, men i alle tilfælde forudgået af en akut billedoptagelse (CT-skanning) som har udelukket en stor blødning som slagtilfældets årsag.

Her skal der ikke gives en lægefaglig og detaljeret gennemgang af Verdenslitteraturen på området, men snarere en samfundsmæssig, nordisk perspektivering på baggrund af en nordisk behandlingsopgørelse ², med vægt på det norske lægetidsskrifts afvejning af muligheder og blokeringer i form af en ledende artikel ³.

Et nabolands synspunkter skønnes meget aktuelle for Danmark på et tidspunkt, hvor et vigtigt udredningsarbejde for en ny akutordning forberedes af danske sundhedsmyndigheder og -politikere.

Den norske ledende artikel tager

afsæt i Bergen-området specialcenter for slagtilfælde ², hvor de første 100 slagtilfældepatienters resultater nu er opgjort for perioden 1998-2005. I denne norske patientgruppe blev 30 pct. bedre to timer efter behandlingen, 49 pct. 24 timer efter, og 3 måneder efter 55 pct. (med forbehold for mangel på en kontrolgruppe, som ikke fik blodpropopløsende behandling, et ideelt forsøgsdesign, som det ikke fandtes etisk at inkludere).

Lederskribenten, Stein Harald Johnsen, er chef for Universitetssygehuset i Nord Norge og er dermed uafhængig af forfattergruppen fra opgørelsesartiklen. Inden fremtidens perspektivering skitseres, skal norske ældres nøgletal for slagtilfælde opsummeres: 40 nordmænd (M/K) får slagtilfælde hver dag, og denne sygdom er den 3. hyppigste dødsårsag og den hyppigste invaliditetsårsag hos ældre. Tallene fra Verdensopgørelser af blodpropopløsende behandlings effekt er, at for hver 1.000 behandlede vil 140 blive reddet fra død og invaliditet.

Men, Verden over får kun 5-10 pct. af slagtilfældepatienterne adgang til en sådan behandling i tide, dvs. inden for "vinduet" på 0 til 3-4 timer,

og denne store begrænsning inden for de højt udviklede lande gælder også i Norden, endda når der tages hensyn til de nordiske landes størrelses- og landskabsforskelle.

Stein Johnsen nævner de blokeringer, som Norge oplever, og som vi også må forholde os til i Danmark:

Endnu er ikke alle led i Sundhedsvæsenet tilstrækkelig bekendt med de nye akutte behandlingsmuligheder og deres værdi.

Ukendskabet gælder også befolkningen, som derved forledes til "at vente og se" – holdningen ved begyndende symptomer.

Spredt bosætning i yderområder, lange afstande til speciale-centre og manglende akutte transportmuligheder.

Forsinkelser i selve sundhedsvæsenet bidrager også.

I Danmark bør vi også inddrage forebyggelsen af slagtilfælde (bl.a. blodtryksforhøjelse, overvægt, rygning, sukkersyge m.fl.) til støtte for et nyordnet, akut beredskab, som gevinst for nuværende og kommende ældre danskere.

Litteratur:

1. Riis P. Skejby: 30.11.2006. Frit valg, brugerinddragelse og personligt ansvar. Indlæg ved Regeringens temamøde om en kvalitetsreform. ÆldreForum 2006 Årsberetning, Odense 2007;p.15-22.
2. Varge V, Waje-Andreassen U, Næss H, Lundstadsveen MT, Thomassen L. Trombolytisk behandling ved hjerneinfarkt. Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129:2214-7.
3. Johnsen SH. Raskere [hurtigere] trombolytisk behandling ved hjerneslag? Tidsskr Nor Lægeforen 2009;129:2213.

Begrænsning af saltindtagelse i kosten forebygger nu med stor sikkerhed forekomst af slagtilfælde og hjerte-karsygdomme

Det amerikanske lægefaglige tidsskrift, JAMA, *Journal of the American Medical Association* (i hvis videnskabelige bestyrelse denne artikels forfatter er medlem), publicerede i 2007 en oversigt over Verdens videnskabelige litteratur om salt, slagtilfælde og akutte hjerte-kartilfælde ¹.

Da problemstillingen var, og er, afgørende for folkesundhedens forebyggelsesmuligheder tog ÆldreForum emnet op i årsberetning 2007 ², som mulig inspiration for danske sundhedsmyndigheder ved stillingtagen til eventuelle danske forebyggelsesinitiativer, også for ældre.

Nu er den i de sidste par års tilkomne og omfattende videnskabelige verdenslitteratur udvidet betydeligt, så en ny status er blevet påkrævet. Den konkrete konsekvens er, at der sidst i beretningsåret for 2009 er publiceret en meta-analyse (dvs. en sammenfattende, global artikelanalyse, endende med en evidensbaseret konklusion) i *British Medical Journal* ³.

Forskere fra Neapel Universitet (Italien) og Verdenssundhedsorganisationens samarbejdscenter i Coventry (England) samlede alle videnskabelige artikler i Verdens videnskabsbaser om emnerne salt, slagtilfælde & hjerte-kartilfælde fra 1966 – 2008. I alt 13 store undersøgelser, omfattende 177.000 patienter fra 6 lande, indgik i meta-analysen.

De patienter, som havde et forbrug på 5 gram salt daglig eller mere, havde en relativ risiko for et slagtilfælde 23 pct. større end patienter med et lavt forbrug. For hjerte-karsygdomme var risikoen 17 pct. større hos patienter, som indtog mest salt. Nøje statistiske afvejninger af fejlkilder afslørede ingen usikkerheder, knyttet til resultatvurderingerne i meta-analysen. Derfor blev konklusionen af denne store undersøgelse, at “høj salt-indtagelse er forbundet med en signifikant større risiko for både slagtilfælde og det samlede antal af og alle former for hjerte-karsygdomme”.

Litteratur:

1. Havas S, Dickinson BD, Wilson M. The urgent need to reduce sodium consumption. JAMA 2007;298:1439-41.
2. ÆldreForum. Riis P. Salt i kosten – både livsnødvendigt og livstruende. Årsberetning 2007. København:2008;p.39-41.
3. Strazzullo P, D'Elia L, Kandala NB, Cappuccio FP. Salt intake, stroke, and cardiovascular disease: meta-analysis of prospective studies. BMJ 2009;339:1296.

Akutte blodige tarmbetændelser, som især rammer ældre og børn hårdest

Akut blodig diaré hos ældre og børn kan have adskillige årsager, spændende fra *Salmonella*-infektioner ("Roskildesyge") og til debuttilfælde af kroniske tarmbetændelser som blødende tyktarmsbetændelse (*colitis ulcerosa*) og Crohn's sygdom. De førstnævnte er ofte relativt fredelige, og de sidste fører hurtigt til akutte indlæggelser. Der er dog en særlig, akut betændelsesform, som i den videnskabelige verdenslitteratur påkalder sig mere og mere opmærksomhed, fordi den kan medføre dødelige komplikationer, og som derfor skal diagnosticeres tidligt hos både børn og ældre.

Det er infektion med Coli-bakterier af undergruppen *E.coli* O157, som i 90 pct. af tilfældene indledes med blodige diareer, og som ubehandlede kan medføre akut nyresvigt, med en dødelighed på 1 pct., især hos ældre. Men stilles diagnosen i tide, kan både dødsfald og smittespredning undgås.

Som bidrag til sundhedspersonales diagnostiske årvågenhed, og som hjælp til forebyggelsen, har et af Verdens førende sundhedsfaglige tidsskrifter taget emnet op i en ledende artikel ¹.

Bakterien *E.coli* O157 smitter via afføring fra kvæg og får, og ikke kun ved direkte afføringskontakt, men også via råmælksindtagelse, salat og andre grøntsager i rå form, samt upasteuriserede frugtsafter.

Forebyggelsen angår således både indbyggere og besøgende i landzoner, med aldersfordelingen ældre og børn dermed også ture til besøgslandbrug med kæledyrsafsnit. Nødvendigt kendskab til *E.coli* O157-risikoen bør derfor nå landboer, landbrugsfamilier, samt lærere (og bedsteforældre) som arrangerer – i øvrigt værdifulde – udflugter, hvor børn møder dyr i disses leveområder. Og sundhedsvæsenets diagnostiske frontlinje, de praktiserende læger, skal også inddrage *E.coli* O157 i de akutte diagnostiske muligheder.

For befolkningen som helhed, inklusive bedsteforældrene, er den beskrevne indsigt en kærkommen yderligere understregning af *håndvaskens nødvendighed før alle måltider*, med den oplagte pædagogiske situation: børnebørn og bedsteforældres fælles måltider i naturen.

Litteratur:

1. Locking M, Cowden J. *Escherichia coli* O157: Early clinical diagnosis and outbreak identification are essential to prevent serious sequelae and further transmission. *BMJ* 1009;339:817-8.

Relativ D-vitaminmangel hos ældre og hyppigheden af faldskader

I ÆldreForums årsberetninger for 2007 og 2008 har Verdenslitteraturens omtale af D-vitaminmangel hos ældre været nævnt, med en understregning af, at anbefalinger for dagligt tilskud af D-vitamin øjensynligt er for lave ¹⁺².

I beretningsåret 2009 er nu offentliggjort en stor oversigt over alle væsentlige videnskabelige undersøgelser i Verden, som belyser hvilke forebyggelsesgevinster, der er forbundet med en forsøgsmæssig, større indtagelse af D-vitaminpræparater hos ældre ³⁺⁴.

Den store, internationale informationssøgning blev udført af en schweizisk-amerikansk gruppe og undersøgelsen fik en titel, som oversat til dansk lyder "Faldforebyggelse med supplerende, aktive D-vitaminpræparater: en puljeanalyse af lodtrækningsbaserede, sammenlignende undersøgelser" ¹.

Undersøgelsens omfang

Kravet til de indgående undersøgelser var, at de ældre deltagere skulle være 65 år eller derover, og at gruppen, som havde fået D-vitamin tilskud, havde modtaget et D-vitaminaktivt eller sædvanligt D-vitaminpræparat i tilskud, som veldefinerede, aktive til-

skud i klart definerede doser, i forhold til en lodtrækningsvalgt ældregruppe, som ikke ifølge forsøgsplanen havde fået noget tilskud. Desuden skulle nøje registreringer af fald være foretaget i behandlingsperioden, som i visse forsøg var under, og i andre over, 12 måneder i søgningens 154 artikler, hvoraf i alt 15 videnskabelige forsøg dannede udgangsgruppen. Af disse 154 opfyldte de otte indgangskriterierne om behandlingstype og doser og var dobbeltblindede, dvs. hverken forskere eller deltagere vidste, hvem der fik D-vitamin, og hvem der fik vanlig behandling uden tilskud. De udvalgte undersøgelser skulle også indeholde tal for faldlæsioner, de deltagende ældres selvhjulpenhed og eventuelt institutionsophold, samt mulige kalktilskud under forsøget.

I alt indgik 2.426 ældre over 65 år, hvoraf 81 pct. var kvinder og hele gruppen havde en gennemsnitsalder på 80 år.

Statistiske metoder og resultater

Ved omfattende statistiske metoder bedømtes forholdet imellem på den ene side indgivne, daglige doser D-vitamin samt D-vitaminkoncentrati-

onen i blodet, og på den anden side køn og alder, behandlingsvarighed, og eventuelt supplerende kalktilskud, samt deltagernes selvhjulpenhed.

De anvendte D-vitaminpræparater varierede i indhold fra 200 til 1.000 internationale enheder (IU), og behandlingen i de enkelte forsøgsplaner fra 2 til 36 måneder. Blindpræparater (placebo) indgik i to af forsøgene.

De samlede resultater var:

Forebyggelse af fald hos ældre sås først ved en daglig dosis af supplerende 700 IU D-vitamintilskud. Målt som D-vitamin i blodet, (25(OH)D, var 60 nml/l eller mere nødvendig for faldforebyggelse (løbende målinger som ikke egner sig for anvendelse som retningslinjer for individuelle folkesundhedsmålinger).

Sammenligninger med andre, veltilrettelagte, videnskabelige undersøgelser af forebyggende D-vitamintilskud til ældre viste den foreliggende oversigt en mindsket risiko for fald på 22 pct.

Forskellen imellem sædvanligt anvendte D-vitaminpræparater og såkaldt aktive D-vitaminpræparater var ikke statistisk forskellige, dvs. den folkesundhedsmæssigt mest tilgængelige og økonomisk acceptable form er de, også i Danmark, vanlige D-vitamintilskud.

Til fortolkning af forsøgsresultater og offentlige forslag om forebyggelse af D-vitaminmangel hos ældre er det en nødvendig information til læseren, hvilken forbindelse, som består imellem målinger af D-vitaminindholdet i internationale enheder, IU, og i blodkoncentrationen af vitamin D i blodet, målt i nmol/l af 25(OH)D:

$$400 \text{ IU} = 10 \text{ mikrog } (\mu\text{g}) 25(\text{OH})\text{D}.$$

I et af de gængse lomme-opslagsværker i det danske sundhedsvæsen anbefales til mennesker over 60 år en daglig dosis på 10 µg svarende til 400 IU, dvs. en dosis langt under den internationale forsknings forebyggelsesforslag.

Den redaktionelle kommentar

Resultaterne er offentliggjort i et af Verdens mest indflydelsesrige og troværdige, sundhedsfaglige tidsskrifter, *British Medical Journal*, hvor chefredaktøren Fiona Godlee skriver: "Noget så simpelt som at D-vitamintilskud til ældre mindsker fald hos ældre, og at vitamin D forbedrer muskelstyrke samt knoglernes styrke, gennem en direkte virkning på muskel-modtagepunkterne, [er yderligere en beroligende videnskabelig information], som også påvirker ældres styrke, funktionsevne og balance".

Litteratur:

1. ÆldreForum. D-vitamins aktualitet som tilskud til kosten. Årsberetning 2007. Odense 37-8.
2. ÆldreForum. Svigtende påvisning af svær D-vitaminmangel 2008. Odense 46-8.
3. Bischoff-Ferrari HA, Dawson-Hughes B, Staehelin HB, Orav JE, Stuck AE, Theiler R, Wong JB, Egli A, Kiel DP, Henschkowski J. Fall prevention with supplemental and active forms of vitamin D: a meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ 2009; 339:843-6.
4. Godlee F. The science and art of medicine. Editor's choice/BMJ 2009; 339:815.

Under udarbejdelsen af Årsberetning 2009 tidligt i 2010 har to publikationer yderligere styrket dokumentationen for en faldforebyggende virkning af D-vitamin hos ældre, hvis 700-1000 internationale enheder D-vitamin daglig indgives sammen med et tilskud af kalk i en daglig dosis af 1 gram (= 1000 mg Calcium). Forebyggelsesgevinsten stiger herved fra 19 pct. til 27 pct. efter 12 måneder og til 39 pct. efter 20 måneder.

5. Sahota O. Reducing the risk of fractures with calcium and vitamin D: the combination is more effective than vitamin D alone (Editorial) BMJ 2010; 340:109-10.
6. Abrahamsen B. (Gentofte Hospital). Patient level pooled analysis of 68.500 patients from seven major vitamin D fracture trials in US and Europe. BMJ 2010; 340:139/65463.

Etik og omsorg for demente

Titlens sammenkobling af etikken og omsorgen for demente er lykkeligvis ikke ny for Danmark. Her har vi med forskellige vinkler beskæftiget os med etikken i denne sammenhæng: via Hukommelsesklinikken på Rigshospitalet, hjerneforskningen på danske universiteter, Det Nationale Center for denne forskning, Proteinlaboratoriets hjerneforskning, og Alzheimerforeningen som, trods navnet, har repræsenteret *alle* demensformer. Desuden har ÆldreForum tidligt beskæftiget sig med de pårørendes belastninger og vilkår, samt informeret om det europæiske demenssamarbejde.

På denne baggrund er det forsat vigtigt at følge den demografiske og sociale udvikling på områdets etik i andre europæiske lande. Og det giver endnu en gang en ledende artikel i et stort, verdensomspændende tidsskrift mulighed for ¹.

Verdensperspektivet for demens er, at der nu skønnes at være ”mere end 24 millioner mennesker med demens i Verden”, og at dette antal forventes at blive fordoblet hvert 20. år. I Europa er 25 pct. af Europa’s borgere på 85 år eller derover demente.

Den ledende artikel peger især på *Nuffield Council on Bioethics’* nyeste publikation, fra 1. oktober 2009, med titlen *Dementia:ethical issues* ². Rapporten lægger især vægt på menneskesynet (som vi har gjort i Danmark i en årrække): at demente, hvis de behandles med indsigt og medmenneskelighed kan have et godt liv i en væsentlig del af sygdommens forløb, fordi følelser og personlighedstræk bevares i længere tid efter den begyndende forstandsreduktion. I dette menneskesyn skal også de pårørende rummes. Heraf følger, at den demente derfor skal inddrages i vigtige beslutninger, og hvor dette ikke længere er muligt, skal være omfattet af *relationel autonomi*, dvs. at professionelle beslutninger skal inddrage de pårørende og de demente i fællesskab. Rapporten fremhæver også, at professionelle ikke bør overfokusere risikoforebyggelse i den dementes liv, men også skal skabe plads for demenspatientens trivsel.

Rapporten citeres også for sit udgangspunkt i fælleseuropæiske, immaterielle værdier: ligeværd, medmenneskelighed, og mangfoldighed – et godt signal til Verden uden for

Europa. Den fremhæver også værdien af velfærdsfuldmagter (*powers of attorney*), som en videreførelse af demenspatientens overordnede ønsker for den senere omsorg, samt at pårø-

rende skal opfattes som "dag-til-dag"-eksperter i hverdagens omsorg for de hjemmeboende demente.

Den ledende artikel er forsynet med en ajourført litteraturliste.

Litteratur:

1. Laakkonen ML, Pitkälä K. Ethical care in dementia requires respect for patient autonomy, partnership with families, and education. *BMJ* 2009;339:818-9.
2. Nuffield Council of Bioethics. Dementia: ethical issues.2009.www.nuffieldbioethics.org/dementia.

Passiv rygning og svækkede forstandsfunktioner

Trods rygeres og tobaksindustriens hårdnakkede modstand må det nu anses for videnskabelige kendsgerninger, at passiv rygning (på engelsk “anden-håndstrygning”) forårsager åreforkalkning i hjertet, lungekræft, og reduktion af livslængden. Tiltagende er yderligere sandsynligheden for kronisk lungesygdom som KOL (Rygerlunger), astma, og slagtilfælde ¹. Ud over disse afskrækkende bivirkninger, som rygere påfører ikke-rygere og eksrygere, er der nu også tiltagende mistanker om andre alvorlige skadevirkninger, og her iblandt den måske alleralvorligste: svækkelse af forstanden (eng.: “*cognitive impairment*”), dvs. det stadium som anses for et af forstadierne til egentlig demenssygdom.

Et yderligere skridt på vejen til fuld videnskabeligt vidnesbyrd om passiv rygningens hjerneskader i livets sidste tredjedel er offentliggjort i beretningsåret i en landsdækkende undersøgelse fra Storbritannien og USA ²⁺³.

Den engelsk-amerikanske undersøgelse

Deltagerne stammede fra den “Engelske Langtids Undersøgelse af Aldring”s 2002-gruppe, hvorfra der

blev udtrukket en repræsentativ undergruppe med alder over 50 år. Som et ekstra krav til deltagelse skulle de udvalgte deltagergruppe også have været deltagere i “Helbreds Oversigten for England”s undergrupper fra 1998, 1999 og 2001. I alt 11.234 deltog i begge landsdækkende undersøgelser og heraf valgtes 5.265 ikke-rygere, som accepterede at få målt koncentrationen af konitin (et spaltningsprodukt af nikotin) i en spytp prøve. Efter udelukkelse af deltagere, som bl.a. ikke gennemførte forstandsmålingerne, deltog 4.809 i den fulde undersøgelse.

Konitinmålingerne afspejlede udsættelse for tobaksrøg, jo større udsættelse, jo højere konitinværdier.

Forstandsfunktionsmålinger blev hos alle udført ved en række anerkendte test, hvis resultater sammenfattedes til ét mål. Svækket forstandsfunktion defineredes i undersøgelsen, hvis deltagerens sammenfattede mål faldt inden for de nederste 10 pct. af samtlige forstandsmål.

Ved omfattende statistiske analyser, og ved inklusion af kendte risikofaktorer for svækkelse af forstandsfunktionerne (alder, køn, etnisk tilhørsforhold, uddannelsesniveau, er-

hvervsudøvelse, indkomst, egen rygehistorie, alkoholforbrug, fedme, fysisk aktivitet, depression, kroniske legemlige sygdomme) kunne resultaterne til besvarelse af spørgsmålet "Skader passiv rygning forstanden?" isoleres.

Resultater

Deltagergruppen, bestående af ikke-rygere eller eks-rygere i mere end 10 år, afveg i livsstilsfaktorer ikke fra den gennemsnitlige engelske baggrundsbefolkning: 10 pct. motionerede ikke, et flertal var stærkt overvægtige, og det samme gjaldt forekomsten af depressioner eller af forhøjet blodtryk. De undersøgte ikke-rygere afveg heller ikke som gruppe fra den engelske ældreundersøgelses ikke-rygere.

Den undergruppe af ikke-rygere med højest konitinindhold i blodet havde i gennemsnit 44 pct. hyppigere svækkelse af forstandsfunktionerne end gruppen med lavt konitinindhold. De ældre, som aldrig havde røget, og som havde høje konitinresultater nåede endog op på et gennemsnit af 70 pct's hyppigere svækkelse. For passive rygere var der derimod ingen højere forekomst af hjerte-karsygdomme (selv om en sådan påvirkning hos de rygere, røgen stammer fra, med stor sikkerhed er fastslået ved andre undersøgelser af rygere).

Forfatterne påpeger med rette, at en svaghed ved undersøgelsen er, at konitinmålingerne kun afspejler påvirkning af tobaksrøg gennem nogle

få forudgående døgn. Men selv om tobaksrøgens negative indflydelse på hjernefunktionerne formentlig strækker sig over mange år, er det trods dette sandsynligt, at de anvendte tværsnitsmålinger af konitin alligevel afspejler fx en ægtefælles rygevaner langt tilbage i ikke-rygernes sociale liv, og dermed er mere troværdige end ikke-rygernes angivelse af egne eller deres miljøes sygehistorier (loyalitet belaster sommetider troværdigheden ved udspørgen om forhold, om hvilken svareren kender det moralsk foretrukne svar).

Trods de videnskabelige forbehold, som forfatterne i overensstemmelse med god forskningskvalitet selv fremfører, tør de godt konkludere, at *"udsættelse for passiv rygning sandsynligvis er forbundet med større hyppighed af svækkede forstandsfunktioner"*.

Perspektiver for engelsk- amerikanske og danske ældre

Som ekstra understregning af emnets store samfundsmæssige perspektiver har *"British Medical Journal"* ofret spalteplass på en redaktionel, uafhængig kommentar³. Synspunkterne heri styrker undersøgelsens store betydning:

Millioner af Jordens befolkning er fortsat ikke beskyttet mod passiv rygningens alvorlige skadevirkninger.

Undersøgelsen belyser sider af passiv rygningens skader, som endnu ikke har været dokumenteret.

Der er skabt en sandsynlig årsagsforbindelse imellem passiv rygning og demens via det nu sandsynliggjorte mellemtrin, alderssvækkede forstandsfunktioner, og egentlige demenssygdomme. I mellemtrinets ældregruppe vides det, at demens senere opstår 15 gange hyppigere end i baggrundbefolkningen uden disse svækkede forstandsfunktioner.

Rygerne selv har – foruden rygningens kendte skadevirkninger på helbredet – også supplerende skader eller skadegrader via passiv indtagelse af røgen fra kolleger eller andre rygende gæster.

For danske ældre er et vigtigt perspektiv, at når forstandssvækkelser (og demens?) formentlig opstår hyppigt efter mange års tobaksrøgsudsættelse i familien, måske over 3 generationer via børnenes biologiske miljø i moders liv og derefter – er bedsteforældregenerationen også en del af den sociale forebyggelse, ikke blot rettet mod astma og bronchitis hos børnene som vokser op i rygerhjem – men også de sene, alvorlige bivirkninger, som først sætter ind i børnenes voksen- og senvoksenliv.

Litteratur:

1. US Department of Health and Human Services. The health consequences of involuntary exposure to tobacco smoke: a report of the surgeon general. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention, 2006.
2. Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Naughton F, Matthews FE. Exposure to secondhand smoke and cognitive impairment in non-smokers: national cross sectional study with cotinine measurement. *BMJ* 2009;338: 632-4. Fuld version af same artikel på *BMJ* 2009; 338:6, b462 på bmj.com.
3. Elsner MD. Passive smoking and cognitive impairment (Editorial). *BMJ* 2009;338:609-10.

Jordens tiltagende befolkningstal – danske og globale perspektiver

I beretningsåret 2009 fremkom også nye tal for Jordens fremtidige befolkning, og i Danmark for fremtidens danske aldersfordeling, tal som både er afgørende for global vurdering af klimaproblemerne og for nationale planer for ældreomsorg og -pleje ¹⁺².

Direktøren for FN's Program for Menneskelige Bebyggelser Anna K. Tibaijuka ¹ oplyste, at Jordens befolkningstal, som i dag (2009) er ca. 6,7 milliarder, i 2050 vil være vokset til 9,19 milliarder indbyggere, hvoraf halvdelen bor i byområder. Og bortset fra de tilsvarende krav til energiforsyninger, vil også mangel på rent vand, på kalorier, og stigende krav til social- og sundhedstjenester blive store udfordringer. Især fødevaremanglen kommenteres af Anna Tibaijuka, der som udgangspunkt lægger afstand til den britiske økonom og præst Thomas R. Malthus' (1766-1834) befolkningsteoretiske hovedkonklusion, at "befolkninger altid vil have en tendens til at vokse hurtigere end fødevareressourcerne". I stedet mener hun, at de globale erfaringer i dag viser, at selv de forventede 9,19 milliarder vil kunne ernæres af Jordens produkter,

hvis en række samfundsblokeringer fjernes. Sådanne blokeringer anser hun at være dårlig planlægning, ledelse, og resulterende korruption og social ulighed ¹. Endda omfatter de anviste løsninger på fødevaremangel ikke de ovenfor nævnte øvrige problemer, som er knyttet til overbefolkning.

I Danmark er den kvantitative overbefolkningstrussel beskeden eller ikke-eksisterende. Derimod stiller de kommende årtiers aldersfordeling i befolkningen større udfordringer. Her har Syddansk Universitet i Odense, ledet af professor Kaare Christensen fra Institut for Sundhedstjenesteforskning, sammen med gæsteprofessor James Vaupel, foretaget en international demografisk analyse, omfattende 150 år og herved mulighed for at skue ud i Danmarks fremtid.

Den korte konklusion er enkel og tankevækkende: "Mere end hver anden nyfødte dansker kan nu forvente at blive mindst 100 år" ². Bag dette langtidsperspektiv, siger Kaare Christensen, ligger iagttagelsen, at middellevetiden nu forlænges med ca. 3 måneder pr. år, især fordi danske ældre

lever længere. Her stiller Kaare Christensen spørgsmålet, om de ekstra år for ældre bliver ”gode eller dårlige år?” og oplyser om svaret, at livskvaliteten vil fremgå af opfølgende undersøgelser af

årgangen, som blev født i 1915. Foreløbige resultater tyder dog på, ”at de ekstra år overvejende er gode”.

Litteratur:

1. Tibaijuka AK. Sådan kan vi leve med en global befolkning på 9 milliarder. www.europesworld.org/udland@kristeligt-dagblad.dk
2. Christensen K. Interview med Kaare Christensen. Syddansk Universitet: Ny viden 2009;10:4-5.

Omsorg for den aldrende patient: fra indsigt til handling

Verdens største sundhedsfaglige tidskrift, *Journal of the American Medical Association*, JAMA, indleder nu en ny artikelserie med ovennævnte titel, efter at aldring ved de årlige afstemninger i den videnskabelige, redaktionelle bestyrelse har fået en meget høj placering ved valget af redaktionelle topprioriteter.

Som indledning til denne serie har to geriatriiske forskere (C.S.L. & B.C.) sammen med en JAMA-redaktør (M.A.W.) introduceret serien med en global perspektivering af emnet ¹:

I løbet af dette århundrede vil den gennemsnitlige levealder i privilegerede befolkninger kunne nå 100 år, i hvert fald for kvinder. Yderligere vil antallet af 60+årige i Verdens befolkninger øges fra 10 pct. i 2005 til 22 pct. i 2050, og 85+årige stige mest i mange befolkninger.

Denne globale demografiske udvikling vil betyde, at "livets tiende tiår" vil blive "en ny frontlinje for sundhedsvæsener og samfund", "samfund" fordi der er en tæt kobling imellem

aldring og socialomsorg. Fx vil læger skulle anvende mere tid på den aldrende patientgruppe, hvor den anvendte tid til denne gruppe allerede nu udgør halvdelen af den totale lægetid for 65+årige, med en forøgelse allerede nu på ca. 1 pct. for hvert kalenderår.

Oversigten fremhæver også, at blandt andre lægers indsigt i alderdommens sygdomme er utilstrækkelig, da midalderens sygdomsbilleder og behandlingsmuligheder ikke blot kan overføres til meget ældre patienter. Så her ligger en udfordring for uddannelsen af sygeplejersker, læger og andre sundheds- og socialmedarbejdere.

Artikelseriens forventede temaer vil naturligvis delvis afspejle nordamerikanske forhold, men vil som udtryk for JAMA's globale redaktionelle politik også kunne inspirere geriater, socialmedarbejdere og politikere i mange andre lande. ÆldreForum vil kunne bidrage til yderligere global formidling af seriens generelle emner og løsningsforslag.

Litteratur:

1. Landefeld CS, Winker MA, Chernof B. Clinical care in the aging century – Announcing "Care of the aging patient: from evidence to action". JAMA 2009;302:2703-4.

Klummer

Livserfaring som social kapital

Hvis fag- og livserfaring
blev dækket af tidens ordbilleder,
ville det blive den nationale sum af *social kapital*.
Denne metafor henter sit ordvalg
fra tidens skattede, økonomiske term:
Kapital.
Men hvor kapital, som økonomisk begreb,
er accepteret som indlysende vækstfremmer
anses *ældre*, i stedet for en social kapital,
snarere som ofre og glemt formue,
hvis fulde værdi,
i sin IT-uafhængige form,
ellers ville tjene
både et rettigheds- og vækstfremmende formål
for Danmark.

Povl Riis

Fox-pop

En journalistisk stil-art kaldes *Vox-pop*,
som ved lidt ord-klipperi
har fået betydningen *Folkets stemme*.
Det er dog ikke folkets mangetungede ytringer,
derimod kun statistik med én stemmes udslag,
og endda den eneste personkilde.
Udtrykket burde derfor hedde *Fox-pop*, *Rævens stemme*,
fordi det ingen genklang rummer af den nuancerede virkelighed.

Povl Riis

Bilag

Bilag 1

Vedtægter for ÆldreForum

Formål og opgaver

§ 1. ÆldreForum skal følge ældres forhold i relation til samfundsudviklingen og skal på et velfunderet grundlag overordnet drøfte og vurdere ældres vilkår i Danmark.

ÆldreForum skal medvirke til at give et nuanceret og dækkende billede af ældregenerationen og det at blive ældre, samt til at synliggøre de ældres ressourcer for alle aldersgrupper.

ÆldreForum forudsættes at bidrage med inspiration til nuværende og kommende ældre ved deres tilrettelæggelse af ældretilværelsen, herunder pege på de muligheder, der eksisterer for at indrette sig individuelt og for at deltage aktivt i samfundet.

I sammenhæng hermed forudsættes ÆldreForum at bidrage til, at opmærksomheden om ældres forhold øges hos myndigheder og andre, når der planlægges lovgivning, tilbud mv.

§ 2. ÆldreForum skal i overensstemmelse med de formål, som er nævnt i § 1,

- ◆ følge udviklingen på ældreområdet, herunder udviklingen i de ældres behov, såvel på det sociale område som på bolig-, arbejdsmarkeds-, kultur-, fritids-, undervisnings-, trafik og sundhedsområdet samt andre relevante områder,
- ◆ vurdere den samlede indsats for ældre, som ydes af det offentlige, af private, af frivillige og af de ældre selv,
- ◆ bidrage med at indsamle erfaringer på ældreområdet, bl.a. fra de lokale ældreråd,
- ◆ bidrage til at synliggøre de ældres ressourcer og gøre opmærksom på eventuelle barrierer, der hindrer ældre i at udnytte egne ressourcer, og
- ◆ bidrage til at koordinere og formidle informationer og oplysninger om ældres vilkår og rettigheder,
- ◆ stille forslag om initiativer, herunder om koordinerende og forebyggende aktiviteter, der forbedrer forholdene for ældre.

*ÆldreForums medlemmer
og sekretariat*

§ 3. ÆldreForum er et uafhængigt råd, der er nedsat af socialministeren.

Stk. 2. ÆldreForum består af en formand, en næstformand og 11 medlemmer.

Stk. 3. Socialministeren udpeger personligt formanden og 4 medlemmer. Socialministeren udpeger endvidere: 2 medlemmer efter indstilling fra ældreorganisationerne, 1 medlem fra Sammenslutningen af Ældreråd i Danmark, 2 medlemmer efter indstilling fra Danske Regioner og KL og 3 repræsentanter efter indstilling fra henholdsvis Social-, Kultur- og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Stk. 4. ÆldreForum vælger selv en næstformand blandt de 4 personligt udpegede medlemmer.

§ 4. Formanden udpeges for en periode på 4 år og de øvrige medlemmer for en periode på 2 år. Socialministeren kan genudpege medlemmer.

Stk. 2. Udtræder et medlem af ÆldreForum inden en periodes udløb, udpeges et nyt medlem af socialministeren for den resterende del af perioden, jf. § 3, stk. 3.

§ 5. ÆldreForum fastsætter selv sin forretningsorden.

Stk. 2. ÆldreForum kan ad hoc inddrage repræsentanter fra andre ministerier og sagkyndige, når der er behov for at afklare eller undersøge særlige problemstillinger.

§ 6. ÆldreForum betjenes af et sekretariat, der varetager den daglige administration.

Økonomi og vederlag

§ 7. ÆldreForums virksomhed finansieres af statskassen. ÆldreForum kan dog søge udgifter til konkrete initiativer dækket ad anden vej.

Stk. 2. ÆldreForums virksomhed er omfattet af statens almindelige bevillings- og regnskabsregler.

§ 8. Formanden honoreres efter aftale med Socialministeriet. Der henvises til Finansministeriets cirkulære om særskilt vederlag mv. af 23. november 1998.

Stk. 2. De øvrige medlemmer honoreres ikke. Der henvises i øvrigt til statens regler om tjenesterejser. Udgifterne hertil afholdes inden for ÆldreForums budget.

Tavshedspligt

§ 9. ÆldreForums medlemmer har tavshedspligt efter de regler, der gælder for virke i offentlige hverv.

§ 10. Vedtægten træder i kraft, når den er godkendt af socialministeren, og har virkning fra den 1. januar 2007.

§ 11. Socialministeren kan efter høring af ÆldreForum træffe bestemmelse om ændring af vedtægten.

Vedtægten godkendes herved
København, den 1. marts 2007

Eva Kjer Hansen, socialminister

Charlotte Markussen, kontorchef

Forretningsorden for ÆldreForum

I medfør af § 5, stk. 1, i ÆldreForums vedtægter har ÆldreForum fastsat følgende forretningsorden:

Mødevirksomhed, afstemninger m.v.

§ 1. ÆldreForum vælger på sit 1. møde en næstformand. Næstformanden udpeges blandt de 4 af ÆldreForums medlemmer, der er udpeget personligt af socialministeren.

§ 2. ÆldreForum holder møde efter behov, men mindst 4 gange om året. Der skal desuden holdes møde, når mindst 3 af medlemmerne anmoder formanden herom.

Stk 2. Formanden indkalder til møder med mindst 14 dages varsel og med angivelse af dagsorden. I særlige tilfælde kan formanden indkalde med kortere varsel. ÆldreForums øvrige medlemmer kan foreslå emner medtaget på dagsordenen.

§ 3. Formanden – eller i dennes fravær næstformanden – leder mødet.

Stk 2. ÆldreForum er beslutningsdygtigt, når formanden – eller i dennes fravær næstformanden – og mindst halvdelen af de øvrige medlemmer er til stede.

Stk 3. ÆldreForum tilstræber enighed om sine beslutninger. Hvis der ikke opnås enighed, træffes beslutninger

ved almindelig stemmeflerhed. Medlemmerne kan kun afgive stemme ved personligt fremmøde.

I tilfælde af stemmelighed er formandens – eller i dennes fravær næstformandens – stemme afgørende. Et mindretal kan kræve sin afvigende mening tilført referatet fra mødet.

§ 4. ÆldreForums møder er ikke offentlige. Sekretariatet kan deltage i møderne.

§ 5. Der udarbejdes referat af ÆldreForums møder. Referatet udsendes til medlemmerne hurtigt efter mødet. Et referat betragtes som godkendt, hvis ingen af medlemmerne har fremsat indsigelser mod referatet senest 10 dage efter, at det er udsendt.

Indkaldelse af sagkyndige m.v.

§ 6. Formanden kan indkalde repræsentanter for ministerier, der ikke er fast repræsenteret i ÆldreForum, og sagkyndige, hvis der er behov for at få belyst særlige problemstillinger. Særligt indkaldte og sagkyndige kan kun fungere som rådgivere for ÆldreForum og kan ikke deltage i afstemninger på ÆldreForums møder. Særligt indkaldte kan desuden deltage i sekretariatets arbejdsopgaver.

Formandens særlige beføjelser

§ 7. Formanden kan nedsætte arbejdsgrupper bestående af medlemmer

af ÆldreForum og andre personer til afklaring af særlige spørgsmål.

§ 8. Formanden kan disponere på ÆldreForums vegne i sager, der ikke giver anledning til tvivl og i sager, der ikke tåler opsættelse.

Sekretariat

§ 9. ÆldreForum betjenes af et sekretariat.

Stk 2. Sekretariatslederen er sekretær for rådet og har det daglige administrative og økonomiske ansvar for, at der træffes dispositioner i overensstemmelse med de af ÆldreForum givne retningslinier.

Stk 3. Sekretariatslederen skal orientere medlemmerne efter behov om de midler, ÆldreForum kan disponere over.

Årsberetning

§ 10. ÆldreForum udarbejder hvert år en skriftlig beretning om sin virksomhed. Et referat af beretningen oversættes til engelsk.

Vedtaget på møde i ÆldreForum,
den 17. december 1996

Povl Riis, formand

Lotte Philipson, sekretariatsleder

Bilag 3

ÆldreForums medlemmer og sekretariat den 1. januar 2010

Medlemmer udpeget personligt af socialministeren:

Povl Riis,
professor, dr.med. (formand)

Jytte Lemche,
socialrådgiver (næstformand)

Birgit Meister,
journalist

Birthe Philip,
fhv. borgmester, Gentofte

Carsten Hendriksen,
lektor, overlæge, dr.med.

Ældreorganisationerne:

Knud Kingo Christensen,
Ældremobiliseringen

Per Thestrup,
Ældre Sagen

Kirsten Feld,
Danske Ældreråd

Kommunernes Landsforening:

Finn Stengel Petersen,
2. viceborgmester, Herning

Danske Regioner:

Svend Heiselberg,
Region Nordjylland

Ministerier:

Jakob Krogh,
kontorchef,
Socialministeriet

Katrine Schjønning,
kontorchef,
Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Rosa Cedermark,
ekspeditionssekretær,
Kulturministeriet

ÆldreForums sekretariat

Lotte Philipson,
sekretariatsleder

Abelone Løgstrup,
fuldmægtig

Liselotte Lundsryd,
fuldmægtig (deltidsansat)

Alice Hansen,
sekretær

ÆldreForums udgivelser

Publikationerne kan læses, downloades og rekvireres vederlagsfrit på www.aeldreform.dk
Udgåede publikationer kan i begrænset omfang rekvireres i fotokopieret udgave.



Ny viden & gamle
fordomme om ældre
Marts 1997.
13 sider.



Idékatalog
Fra Ældreråd til
Ældreråd
August 1997.
36 sider.



At bygge bro mellem
generationer
September 1997.
23 sider.



Ældreidræt
– vedligeholdelse af
kroppen, leg, munterhed
og socialt samvær.
December 1997.
20 sider.

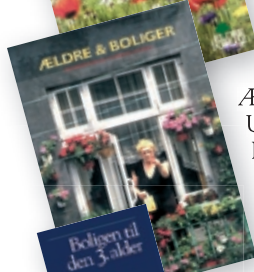


ÆldreForum
Årsberetning
1996/97
Marts 1998. 36
sider.

Age Forum
Annual Report
1996/97
Juli 1998. 37 sider.



Ældre og uddannelse
– kulturelt behov eller nyt
erhvervsgrundlag?
Juni 1998.
31 sider.



Ældre & Boliger
Udarbejdet af Ældre-
Forum og Ældreboligrå-
det.
December 1998.
35 sider.



Boligen til den 3. alder
Udarbejdet af ÆldreForum og
Ældreboligrådet.
April 1999.
9 sider.



Om sorg & omsorg
Inspiration til samarbejde
om hjælp til ældre efter-
ladte.
Februar 1999.
20 sider.

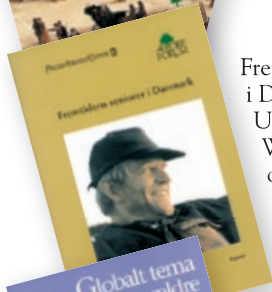


Ældre & sprog
– sprogets rolle i gene-
rationernes kulturelle
stafetløb.
April 1999.
20 sider.



ÆldreForum 1998
Årsberetning
Maj 1999. 48 sider.

AgeForum 1998
Annual Report
August 1999. 48 sider.



Fremtidens seniorer
i Danmark
Udgivet af Price-
WaterhouseCoopers
og ÆldreForum.
Oktober 1999.
40 sider.



Globalt tema om
ældre & aldring
Videnskabelig forskning:
Artikelloversigt.
Februar 2000.
71 sider.



Ældre efter år 2000
Fra forskning til senior-
politik. Rapport fra sym-
posium den 5. november
1999.
April 2000.
48 sider.



Ældres & yngres sprog
– bro eller barriere?
Maj 2000.
41 sider.



Ældre & demens,
depression & selvmord
August 1999.
64 sider.



Ældre & stofskiftesyg-
domme, apopleksi, afasi &
knogleskørhed
December 1999.
52 sider.



Ældre & syns- &
hørenedsættelser
Juni 2000.
64 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 1999
Juli 2000.
44 sider.



Ældre & søvn
December 2000.
20 sider.



ÆldreForum 2000
Årsberetning
Juni 2001.
48 sider.

AgeForum 1999-2000
Annual Report
July 2001.
80 sider.



Måltidet & ældre
i eget hjem
August 2001.
64 sider.



Ældre & sundhed
November 2001.
40 sider.



Ældreomsorg & -pleje
Inspiration for kommuner,
omsorgs- og plejepersona-
le m.fl. December 2001.
72 sider.



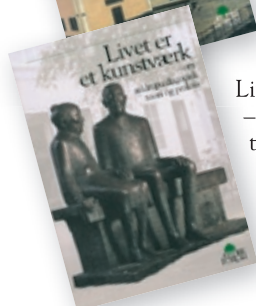
Fald – en trussel mod
ældres liv og førlighed
Rapport fra konference
den 6. november 2001,
arrangeret af Lægefor-
eningens Gerontolo-
giudvalg og ÆldreFo-
rum. Marts 2002.
52 sider.



Styrk kroppen og let
hverdagen – det er
aldrig for sent !
Video/DVD og
instruktionshæfte
med trænings-
program.
Juni 2002.
Længde: 30 minutter.



ÆldreForum
Årsberetning 2001
Juli 2002.
40 sider.



Livet er et kunstværk
– om ældrepädagogisk
teori og praksis
September 2002.
64 sider.

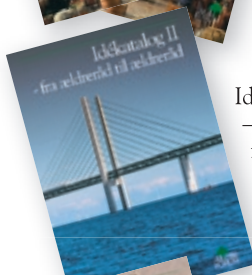


Ældrebilledet i medierne
Februar 2003.
48 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2002
Juni 2003.
52 sider.

AgeForum 2001-2002
Annual Report.
December 2003.
88 sider.



Idékatalog II
– fra ælderåd til ældre-
råd.
Juli 2003.
180 sider.



Ældre & fodsundhed
Oktober 2003.
48 sider.



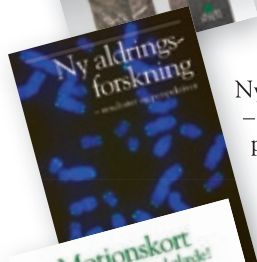
Flexibelt byggeri
til ældre
Fra fortid til nutid
– fra nutid til fremtid.
April 2004.
56 sider.



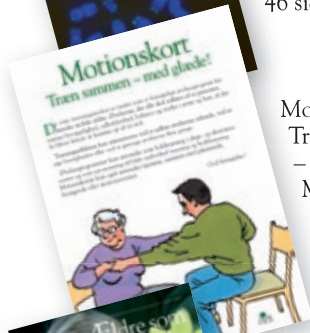
ÆldreForum
Årsberetning 2003
Juli 2004.
54 sider.



Ældre, pårørende & plejepersonale – inspiration til samarbejde.
September 2004.
72 sider.



Ny aldringsforskning – resultater og perspektiver.
December 2004.
46 sider.



Motionskort.
Træn sammen – med glæde!
Marts 2005.
4 sider.



Ældre som bedsteforældre – bedsteforældres rolle i børns udvikling og sociale indskoling.
April 2005.
80 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2004.
Juni 2005.
76 sider.

AgeForum
Annual Report 2003-2004 (netpublikation).
Oktober 2005. 83 sider



Ældre & forebyggende hjemmebesøg.
December 2005.
56 sider.



Older people and preventive home visits.
September 2006.
48 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2005.
Juni 2006.
80 sider.



Ældre & den frie frivillighed – inspiration til indsats af og for ældre.
August 2006.
60 sider.



Ældre & naturmedicin.
Januar 2007.
40 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2006.
Juni 2007.
76 sider.



Flere ældre på arbejdsmarkedet – inspiration til ledelse & medarbejdere.
September 2007.
52 sider.



Naturmedicin
Februar 2008.
16 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2009.
April 2010.
76 sider



Ældreomsorg
– holdninger, omgangstone
& etik
April 2008.
121 sider.



ÆldreForum
Årsberetning 2007.
Juni 2008.
73 sider.



Ældre og psykisk
sygdom – forebyggelse,
behandling og omsorg.
April 2009. 220 sider.
Udgivet i samarbejde med
PsykiatriFonden. Bogen
kan købes i PsykiatriFon-
den og i boghandelen, og
kan ikke downloades.



ÆldreForum
Årsberetning 2008.
Maj 2009.
88 sider



Idékatalog
– inspiration til
fysiske og mentale akti-
viteter for ældre i ple-
jeboliger samt andre
skrøbelige ældre.
September 2009.
144 sider

Forskningsprojekt:

Velfærd for ældre – holdning og handling



Ældre billedet i medierne gennem 50 år – En undersøgelse af ældre-stereotyper i dagbladene fra 1953 til 2003.
Oktober 2005.
256 sider.



Et godt liv som gammel.
April 2006.
210 sider.



Mediestormens magt – om mediestorme på ældreområdet og deres indflydelse på ældre-politikken.
April 2007.
202 sider.



Hjemmehjælpens historie. Idéer, holdninger, handlinger.
Maj 2008.
263 sider.



Fællesskab og ansvar. En kvalitativ undersøgelse af danskernes opfattelse af ansvar og pligt i forhold til alderdomsforsørgelse.
Maj 2008.
124 sider.



Plejehjemstilsyn. Politik på pressens præmisser.
Maj 2008.
215 sider.



Velfærd for ældre. Holdning og handling.
Maj 2008.
276 sider.

Forskningsprojektet er gennemført på Syddansk Universitet på initiativ af bl.a. ÆldreForum.



Edisonsvej 18, 1.sal
5000 Odense C

Tlf. 7242 3990

Fax 7242 3991

E-mail:

aef@aeldreforum.dk

Internet:

www.aeldreforum.dk



Trykt ISBN: 978-87-90651-41-1

Elektronisk ISBN: 978-87-90651-42-8

Trykt ISSN: 1903-4156

Elektronisk ISSN: 1903-4164