



Årgang 5 · nr 3 · Sept. 2001



# Alderens nye sider

NYHEDSBREV



*Japansk skrifttegn: 'Alderdom' – eller 'Alle de år efter fødslen'*

Videnscenter på Ældreområdet

# Kærlighed i de ældre år

*I den ældre alder er der andre sider af kærlighedslivet, der kommer tydeligere til udtryk end i de unge år, der måske er præget af hede forelskelser og præstationslyst. "Nu taler vi mere om kvalitet end om kvantitet", sagde et gammelt ægtepar om deres kærligheds- og sexliv. Et andet par supplerede: "Det er blevet anderledes – men bestemt ikke fattigere".*

**Af cand psyk. Karen Akhøj**

Autoriseret psykolog, forfatter

Kærlighed mellem mand og kvinde kender ikke til alder. Vi ser med fryd kærligheden blomstre op også mellem rigtig gamle mennesker.

Et smukt eksempel på dette har vi i beretningen om vor store stumfilmstjerne Asta Nielsens kærlighed til og ægteskab med den 18 år yngre kunsthandler Anders Christian Theede. Poul Malmkjær

skriver i sin interessante biografi "Asta": "Læser man brevene mellem hende og Chr. Theede, får man et henrivende indtryk af en gammel dame, der udmærket godt ved, at hun ikke længere er en ung pige, men som ikke kan lade være med at føle og reagere som en... Ligesom alderdommen med dens livserfaring kan have svært ved at tage de store tragiske dramaer i den unge kærlighed alvorligt, sådan kan ungdommen med dens mangel på samme erfaring have svært ved at godkende de gamles kærlighed. Men kærligheden skal tages alvorligt. At den fornemmes så naturlig i forplantningens lystige tid betyder ikke at den ikke er lige så dyb, lige så rig, lige så tragisk, når børnebørn ser på med store øjne. Sandheden er nemlig enkel: Bag alle rynker, bag det legemlige forfald, bag alderens ro, lever der stadig en ung mand eller en ung pige, der føler. Og følelserne er de samme. De kan modereres af kølig selverkendelse, af alt det, man kalder virkelighedens verden, af ren og skær mangel på mod – men slipper de løs, er de 18 år igen."

## Fordomme

Der eksisterer stadig en del fordomme om ældres seksualitet.

Kunne de fjernes, ville langt flere gamle mennesker have glæde også af den side af tilværelsen. Ganske vist sker der fysiologiske forandringer i såvel kvindens som mandens kønsorganer. "Men ved øget viden kunne usikre mennesker få mere mod til at være sig selv og befri sig fra konventionerne", skriver lægen Esther Møller i sin bog "Alderdom er ingen brøde" og hun fortsætter: "Mennesker

søger jo hele tiden glæde, trøst og befrielse hos hinanden, evner det ofte bedre, efterhånden som årene går". Også lægen Axel Engberg Pallesen har i sin bog "Et godt liv som gammel" et fint lille kapitel, der hedder "Dit kærlighedsliv". Psykologen Jørgen Bruun Pedersen har samlet en række forskningsresultater om seksualitet i bogen "Sex og alder" og psykologen Steen Hegeler har skrevet om "Ældre mænds seksuelle aktiviteter under optimale vilkår". Om ældre kvinder har psykologen Sanne Neergaard skrevet bogen "Lyst".

Fordomme og uvidenhed med hensyn til ældres seksualitet støder vi på mange steder. Følgende eksempel viser noget om dette: Christian på 16 år kommer meget hos sin morfar. De bygger et stort flot modelskib sammen og har det godt med hinanden.

Morfar følger med i, hvad der sker i

Christians skole og ved, at de nu har seksualundervisning på skemaet. Han spørger, hvordan var så det? Christian fortæller, at det var helt godt, og at læreren bl.a. havde fortalt "at gamle mennesker gør det også". Han skotter lidt forlegen til morfar, der så siger: "Ja det er rigtig nok – det sker ikke så tit som før, men det er mindst lige så godt!" Christian trækker vejret lettet og siger så: "Hvor det var lækkert – så behøver jeg ikke at ha' så travlt".

Her et citat af et af Asta Nielsens breve til Christian Theede:

*Elskede, elskede mand*

*Ja, idag har vi altså halvtårs bryllupsdag, sådan altså. Din dejlige chokoladehilsen er netop kommen.*

*Dine søde ord går mig idag som altid til hjertet, det hjerte, hvis hver eneste slag er for DIG.*

*Jeg sidder her tidlig morgen, venter Din opringning kl. 12, venter som en 18års forelsket pige trods blodprop i hjertet forårsaget af min forelskelse i Dig. Ja sådan er det, en SÅ stor forelskelse er ny for et 88-årigt hjerte.*

*Nu skal jeg ned med brevet her. Lev vel elskede, god bedring fremfor alt, jeg kysser dig OVERALT.*

*Din lille kone*

I nogle år redigerede jeg brevkassen "Spørg psykologen" i bladet "Helse". Det var ikke usædvanligt at modtage breve, der drejede sig om ældres kærlighedsliv.

Her er et af dem:

*Efter min mands død for et år siden har jeg fået en virkelig god ven, som jeg er kommet til at holde mere og mere af. Han har nu boet hos mig i nogle måneder. Han er 78 år og jeg er 81.*

*Han synes, at vi skal gifte os, og det vil jeg også inderlig gerne. Han vil ikke have en "samlever", men en rigtig kone. Han siger, at vi ikke skal blive ved med at leve i "utugt og vanære" og vil have orden i sagerne.*

*Han synes, at vi skal flytte sammen i hans udmærkede og meget praktiske bolig som mand og kone. Jeg føler mig meget tiltrukket af tanken og holder jo så meget af ham. Men mine børn, specielt min ældste datter, er meget imod vore planer. Hun synes, det er latterligt, at jeg går i giftet-anker i min høje alder. Jeg vil så nødigt miste mit ellers gode forhold til min datter.*

Her er essensen i mit svar:

*De hører til de – ikke helt sjældne – lykkelige mennesker, der i en høj alder oplever en dyb kærlighed.*

*Det er smukt, det er dejligt, og det giver livet en fylde og glæde, som kan være helt overraskende, også for en selv.*

*Mit råd til Dem er: Nyd ham, han er sikkert et dejligt menneske, og lad ingen andres egoisme, uforstand, intolerance eller misundelse ødelægge Deres og hans varme følelser for hinanden.*

*Det er meget almindeligt, at voksne børn har vanskeligt ved at forson sig med deres gamle forældres nye kærlighed. . .*

*De har ret til Deres eget liv og til at gifte Dem med den mand, De gerne vil dele det med.*

*I det lange løb vil Deres datter respektere Dem – og måske endda glæde sig over Deres lykke. Hun skal nok have lidt tid til at vænne sig til tanken: "Min gamle mor gifter sig igen!".*

*Jeg ønsker Dem mange gode år sammen.*



### Seksualitet

I bogen "Livet som gammel – tværfaglig lærebog i gerontologi" af Christine E. Swane m.fl. (red.) in press, har psykologen Bo Møhl et vægtigt og dejligt positivt kapitel, der hedder "Ældre og seksualitet".

Sådan lyder forordet: "Firs, frisk og fyrig kunne være overskriften på dette kapitel om seksualitet hos ældre. Seksualitet forsvinder ikke med alderen. Seksuelle problemer er ikke nødvendige følger af aldring, selvom de hyppigt ledsager fx sygdomme i de ældre år. Seksuelle problemer kan også løses i alderdommen. Det forudsætter imidlertid at professionelle i sundhedssektoren har en åben holdning til seksualitet hos ældre og vilje til at opfordre også ældre til at tale om deres seksualliv og forsøge at løse seksuelle problemer i alderdommen".

Senere i kapitlet kan vi bl.a. læse: "I dag er der behandlingsmuligheder for de fleste seksuelle problemer, se der er gode grunde til at tage temaet op ... Ubehandlet vil seksuelle dysfunktioner vare livet ud og betyde nedsat livskvalitet ... Den hyppigste grund til at opgive seksuel aktivitet er noget udefra kommende, der forhindrer den seksuelle udfoldelse (en manglende partner, omverdenens fordømmelse, dårlige muligheder for privatliv på plejehjem m.m.... Seksuelle følelser og aktivitet spiller en rolle for livskvalitet og oplevelse af, at livet har mening og værdi. Det er derfor vigtigt at prioritere seksualitet og kærlighed højt, også i de ældre år."

## De to køn

Der er stor forskel på de to køns seksualliv. Det gælder fra vugge til grav. Drengenes/mændenes seksuelle ytringer og interesser har været mere eller mindre kendte og accepterede. Men pigernes/kvindernes? Og især de ældre kvinders drømme, ønsker, fantasier og adfærd? Psykologen Sten Hegeler skriver i "Va sae jeg" (1998): "Kvinder fik først for 50 år siden ret til at have lidt kønsliv. Børn og gamle har ikke fået accepteret deres seksuelle følelser endnu."

For blot få år siden holdt jeg et foredrag på et plejecenter om "Gamle menneskers kærlighed og seksualitet". En af de ansatte chokerede mig lidt ved at spørge – før foredraget – om jeg ville komme ind på onani? "Jeg greb nemlig en af de gamle kvindelige beboere forleden dag i at ligge og onanere". Jeg håber, at mit foredrag var tilstrækkeligt til at få hende til at forstå, at onani er normalt, sundt og dejligt. Men fordomme og myter flourer, og der er nok lang vej endnu, før der bliver åbenhed og viden om ikke mindst gamle menneskers seksualitet.

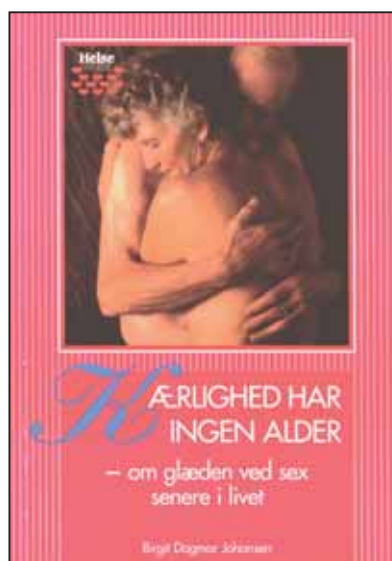
Et vigtigt skridt på vejen er en lille bog udgivet af Helse "Kærlighed har ingen alder" skrevet af sexologen Birgit Dagmar Johansen. "Mange kvinder har en ufuldstændig onaniteknik. De tror, at det er nok at stimulere klitoris" skriver forfatteren i afsnittet "Lær at onanere", der i øvrigt slutter med ordene: "Det er ikke forbudt for mænd at læse dette afsnit og lade sig inspirere."

Vor tids gamle kvinder kan have vanskeligt ved at forholde sig til – endsige tale om – deres egen seksualitet. Der er tavshed omkring fantasier og ønsker. Man er forlegen. Det vil sikkert ændre sig med den næste generations kvinder. De er – trods alt – vokset op med lidt mere åbenhed omkring det seksuelle, og de er sikkert også mere vidende – og frimodige. Men mange gamle kvinder er blufærdige og generte.

At ældre generelt er mere blufærdige om deres seksualitet end yngre kommer også frem i en helt speciel sammenhæng. Beskyttelse mod hiv-smitte. Lægen Jens Ole Nielsen fortæller om dette til journalisten Sanna Kjær Hansen i Ældre Sagens blad fra 2. April 2001: "De ældre og deres sexliv bliver overset – en del ældre hiv-smittes – symptomerne kan forveksles med alder eller kræftsygdomme." For nylig oplevede man en 80-årig mand med akut hiv-infektion. (I Danmark er knap 15% af de hiv-smittede over 50 år).

Dette er et alvorligt 'Memoto Mori', men det er lige så nødvendigt med et 'Carpe Diem':

I bogen "Det svundne er en drøm" siger Aksel Sandemose: "... dette er kærligheden: Intellektuelt møde med den, dit blod koger imod. Det er en konstellation, man sjældent forstår .. i den er underet sket."



## Litteratur:

Akhøj, Karen (1998): *At huske*. – 2. udg. København: Frydenlund.

Engberg Pallesen, Axel (1994): *Et godt liv som gammel*. København: Frydenlund.

Bruun Pedersen, Jørgen (1989): *Sex og alder : om seksualitetens udvikling i de ældre år*. København: Gyldendal.

Hegeler, Sten (1998): *Va sae jeg*. København: Holkenfeldt.

Hegeler, Sten (1982) *Ældre mænds seksuelle aktiviteter under optimale vilkår. I: Nordisk psykologi, nr.3, 1982.*

Johansen, Birgit Dagmar (1997): *Kærlighed har ingen alder*. København: Helse.

Malmkjær, Poul (2000): *Asta, mennesket og myten og filmstjernen*. København: Haase.

Neergaard, Sanne (1988): *Lyst : levet og oplevet af 37 gamle kvinder*. København: Borgen.

Rasmussen, Lisbeth (2001): *Modne mænd tænder på kærtegn. I: Helse, nr. 9, september, s. 30.*

Swane, Christine E. m.fl. red.: *Livet som gammel : tværfaglig lærebog i gerontologi*. In press.

# Sundhedens nye sider

*Tidligere var ældre præget af fysisk nedslidning, mens det i sidste halvdel af forrige århundrede var forkalkning og kredsløbssygdomme, 'rust', der prægede ældregenerationen. Her ved årtusindeskiftet er rusten på retur, og historisk set befinder vi os derfor i en ny epoke - 'efter-slid-og-rust'.*

## Af Henning Kirk

Seniorkonsulent, dr.med.

For 100 år siden talte ældrebefolkningen på 65 år og derover kun 150.000 mennesker - mod ca. 800.000 i dag. Generelt kan man sige at datidens ældre var 'ældre' end nutidens, forstået på den måde at funktionsevnen var ringere, folk var i almindelighed mere nedslidte. Omkring 1900 var voksenbefolkningen og de overlevende ældre præget af fysisk nedslidning, og de slidrelaterede sygdomme blev betragtet som normale aldersforandringer. 50 år senere var ældrebefolkningen mere end fordoblet, men den var fortsat præget af slid.

Omkring 1950 var blodprop i hjertet en ret sjælden sygdom. Hvis gamle mennesker døde pludseligt, uden forudgående sygdom, blev der ofte skrevet hjerneblødning på dødsattesten. Først i løbet af 1950'erne begyndte man mere systematisk at undersøge for blodprop i hjertet. Da var åreforkalkning blevet mere udbredt. Rygning, voksende indtagelse af fedt og kalorier - kombineret med stillesiddende arbejds- og fritidsvaner - førte til at 'slid' blev afløst af 'rust'.

Her 50 år senere ser vi for første gang i historien nye ældregenerationer som både har sluppet gamle dages vilkår med fysisk nedslidning og reduceret livsstilsfaktorer som tobak, fedt og fysisk inaktivitet. De nye ældre, som har haft mulighed for at 'leve sundt', udgør nu en markant stigende del af ældrebefolkningen. Og det er allerede ved at vise sig i gadebilledet: De mange meget mobile og socialt aktive danskere mellem 80 og 110 år - som ikke

blot klarer sig selv, men også udgør en ressource for familie og samfund. Det skal dog ikke skjules at det danske samfund stadig tæller et mindretal af midaldrende og ældre grupper som pga. et dårligt arbejdsmiljø har pådraget sig en række slid-problemer. Hvad der tidligere var et grundvilkår i alderdommen, er nu blevet et mindretalsproblem (hvilket ikke nødvendigvis er en fordel for nutidens nedslidte).

## Den mentale sundhed

God mental sundhed er ikke en automatisk følge af fysisk sundhed, men betingelserne bedres unægteligt, hvis fysikken er i orden. I dag kan forskningen vise at god fysisk kondition bedrer indlæringssevne og hukommelse, men derudover kan man gå ad to veje for at indkredse mental sundhed.

For det første kan man betragte hjernekapaciteten med alderen, de konkrete og målelige udtryk for kognition og intelligens. For det

andet kan man forsøge at indkredse det mere abstrakte og vanskeligt målbare fænomen 'livskvalitet', den subjektivt oplevede mentale sundhed.

I dag er der en tydelig bevidsthed blandt ældre om at det er sundt for hjernen at være aktiv. 'Hjernegymnastik' sidestilles - som også navnet siger - med fysisk træning og vedligeholdelse. Og forskningen kan bekræfte den almindelige opfattelse: det er godt at stimulere hjernen på flere forskellige måder. Det er godt at løse krydsogtværs, men det er endnu bedre hvis man yderlige-





re bruger sin hjerne ved f.eks. bridge, læsning, ved at lytte til radio eller se TV og, ikke mindst, ved aktivt samvær med andre mennesker. Aktiv stimulering er bedre end passiv stimulering.

Vi er tilbøjelige til at sammenligne hjernen med f.eks. muskler, når vi tænker på aldring. Det er naturligt at betragte muskler som organer der slides ved almindelig brug og derfor kun har en vis livskvote til rådighed. Biologisk forskning kan godt understøtte en sådan opfattelse, men det er straks vanskeligere, når man ser på hjernen. Faktisk er det svært at sige, hvad der egentlig forstås ved normal aldring af hjernen (i betydningen ikke sygelig aldring). For det viser sig at svigtende mentale færdigheder næsten obligatorisk beror på sygdomsforandringer og/eller manglende stimulation.

Der er næppe tvivl om vi med årene mister hjerneceller og også kommunikationslinier mellem cellerne. Men hjernens plasticitet - og nu også den påviste mulighed for dannelse af nye nerveceller - gør det vanskeligt at identificere og definere normal aldring i betydningen uundgåelige tab af mentale funktioner. Raske personer, der sørger for god stimulation af hjernen, vil have mange muligheder for at kompensere for uundgåelige biologiske forringelser.

### **Livskvaliteten og det gode liv**

Stimulation af hjernen hos en i øvrigt rask person er ikke tilstrækkelig forudsætning for at vedkommende oplever livskvalitet. Når vi går tættere på sjælelivet, svækkes måleinstrumenterne. Men den kvalitative forskning kan give nogle indkredsninger af hvad der har betydning for oplevelsen af livskvalitet.

Det der gør studier af livskvalitet vanskelig, er bl.a. vores bevidsthed om tiden. Det giver ingen mening kun at interessere sig for nuet - for det varer ikke så længe. Vi har, ligesom lavrestående pattedyr, en mere 'kropslig' bevidsthedsopfattelse i hjer-

nen, en 'her-og-nu-bevidsthed', men oven på denne opbygger og udvikler vi en langt mere kompleks bevidsthedsopfattelse, som også rummer fortid og fremtid. Hvis begrebet livskvalitet skal have mening, er det nødvendigt at definere det i relation til den kombinerede oplevelse af fortid og fremtid. Dvs. erkendelse af 'tidligere udgaver af en selv' (den autobiografiske bevidsthed eller hukommelse) og de personlige og bevidste fornemmelser for fremtidens muligheder (og problemer). En god livskvalitet kunne f.eks. defineres som 'helstøbt oplevelse af egen fortid, nutid og fremtid'. Men vi bevæger os virkelig på abstrakt grund, og begrænsningerne ligger selvfølgelig også i hvad sproget i det hele taget er i stand til at udtrykke.

Livskvalitet vil nok ofte forudsætte fravær af sygdom, lidelse og tab af funktionsevne - men ikke nødvendigvis. Med ovennævnte forsøg på indkredsning af nogle livskvalitetslementer lægges op til at et menneske sagtens kan opleve 'sundhed' i betydningen livskvalitet også i tilfælde af sygdom og handicap.

Bliver fremtidens ældrebefolkning så sundere? Ud fra objektive fysiske og psykiske kriterier: Klart ja. Men ud fra kvalitative kriterier, vurderet ud fra livskvalitet: Tjaah. Besvarelsen af dette spørgsmål kræver en del psykologiske, kulturelle, filosofiske og teologiske overvejelser. Så vi stopper her!

# »Ensomhed og dødsangst udløser mange indlæggelser på sygehus«

*Det er den akutte og gamle patient, som er helt afhængig af, at det offentlige sundheds- og sygehusvæsen kan tilbyde behandling af høj kvalitet, siger sundhedsminister Arne Rolighed.*

**Af Anne Brockenhuus-Schack**

Kommunikationsmedarbejder på videnscenteret

»Sundhedsfremme og generel forebyggelse kørte med meget løst hånd op gennem 80'erne. Det kom først på den politiske dagsorden for 10-15 år siden, og den nuværende regering lancerede i 1999 et egentligt folkesundhedsprogram, der som et af de 17 delmål har folkesundheden hos ældre. Samtidig behandles der i dag flere ældre på sygehusene og mere effektivt end tidligere. Det er hele tiden ny forskning, der fører til nye behandlingsmuligheder - ikke moral, etik eller holdninger, men viden. Videnskaber driver os afsted i sundhedssektoren og giver hele tiden nye landvindinger«.

Vi har sat sundhedsminister *Arne Rolighed* stævne for at tale om sygdomsforebyggelse og sundhedsfremme specielt for ældre samt om indsatsen rettet mod den ældre patient. Som mangeårig direktør for Århus Amts sygehusvæsen og efterfølgende direktør for Kræftens Bekæmpelse vil ministeren dog hellere tale om sygehusbehandling af den ældre aldersgruppe end om forebyggelse. Citatet, der er angivet ovenfor, er et svar på spørgsmålet om der eksisterer en slags 'aldersnihilisme' om at 'det nok ikke nytter noget', 'det er jo bare alderdom' eller 'Herre Gud, de skal jo dø af noget, de gamle', der gør, at vi ikke ser de store forebyggelses-kampagner specielt henvendt til ældregruppen. 'Aldersnihilismen' afvises af Arne Rolighed med et »det har jeg ikke selv oplevet, tværtimod«, hvorefter han henviser til sin tid som sygehusdirektør, da han indgik »stribevis af aftaler« mellem sygehusene og kommuner om bedre sundhedsforhold og samarbejde med det formål at holde de ældre sunde og raske i deres eget hjem. »Vi var de første med opsøgende hjemmebesøg hos ældre«.

*- Det virker alligevel som om Sundhedsministeriet - og amterne med for den sags skyld - stort set kun interesserer sig for de ældre, når de bliver patienter. For en række af de tiltag, der bl.a. er omhandlet i folkesundhedsprogrammet - lige bortset fra idræt og motion, faldforebyggelse samt forebyggende hel-*

*hedsundersøgelser, som der ikke findes i så mange amter og kommuner - vedrører andre ministerier. Hvad skyldes det?*

»Der er to faktorer, der er afgørende. Den ene er livsstil. Oplysning om bedre kost, mere motion, mindre tobak og alkohol henvender sig til alle aldersgrupper. De seneste undersøgelser viser jo bl.a., at det aldrig er for sent at kvitte smøgerne - heller ikke som 60- eller 65-årig. Men sundhedsfremme og behandlingsstrategier skal baseres på viden, så vi ikke farer ud i den blå luft. Konstaterer vi en sammenhæng mellem tobak og sundhed eller mellem ensomhed og sygdom skal vi ud og rådgive på baggrund heraf«.

## **Den onde spiral**

»Den anden faktor er, at ved en sygehusindlæggelse af ældre patienter eller ved udskrivningen bevæger du dig over i socialsektoren. Det er spørgsmålet om at få brudt den onde spiral med ensomhed og dødsangst, ældre mennesker kan udvikle, når de sidder alene i en lejlighed, når deres pårørende og bekendtskabskreds forsvinder lidt efter lidt, og når de måske har ringe kontakt med verden udenfor. I denne ensomhed udvikler de nogle symptomer, som de går til lægen med. I dialogen med lægen bekræftes de måske i, at der er noget galt, de får nogle piller, og er lidt mere syge næste gang, hvor de så indlægges. Ensomhed blandt ældre udløser flere sygehusbesøg end fysiske lidelser. Der er ikke megen videnskab i dette, men er et sæt af iagttagelser, vi har haft i branchen gennem de seneste 15 år. Dette samspil i patientrollen mellem det biologiske, psykiske og sociale skal nu undersøges nærmere af forskningsleder, dr. med. Per Fink fra Forskningsenheden for funktionelle lidelser ved Århus Universitets Hospital, og det forventer jeg meget af«.

Som initiativer til at bryde de ældres ensomhed ser ministeren på det kommunale område de systematiske hjemmebesøg hos ældre over 75 år samt social- og sundhedsforvaltningernes aktive-

### Gamle bliver også ældre

Dødeligheden falder for samtlige aldersgrupper - også for dem på 70 år derover, men faldet her er ikke så stort som for de øvrige aldersgrupper. Der hvor faldet er størst, er for gruppen 0-29 år, hvor faldet fra 1980-1998 er på 45 pct., efterfulgt af de 50-69-årige. For den ældste aldersgruppe er der tale om en stigning i dødeligheden fra 1980 til 1995 på 25 pct., hvorefter kurven begynder at falde.

Selv om dødsfald i Danmark i stadig højere grad forekommer blandt den ældre befolkning, lever vi danskere altså lænere for alle aldersgruppers vedkommende. Stigningen i middellevetiden er den største siden 1950'erne, og i de seneste fem år er den steget lige så meget som i de forudgående 21 år.

Faldet i antallet af døde har været mest udtalt blandt mændene, således at det absolutte antal døde mænd i 1998 svarede til antallet af døde mænd i midten af 1970'erne. For kvinderne svarede det absolutte antal døde i 1998 til niveauet i starten af 1990'erne. Samtidig er antallet i faldet af døde sket på trods af en stadig større befolkning i Danmark. Den såkaldt 'aldersstandardiserede dødelighed', der har udgangspunkt i 1995-befolkningen, er i perioden faldt med 15,2 pct. for mænd og 12,5 pct. for kvinder. Dette indvirker positivt på den danske middellevetid for mænd, der fra 1980 til 1998 steg med 2,5 år til 73,7 år. Blandt kvinderne har stigningen været på 1,3 år og var i 1998 på 78,6 år. Ifølge oplysninger fra Danmarks Statistik er denne udvikling fortsat, således at middellevetiden i 2000 var 74,3 år for mænd og 79,0 år for kvinder. Vækstraten er således fordoblet fra 1998 til 2000 for mændenes vedkommende, mens der er sket et lille fald for kvinderne.

Et fald i den relative dødelighed er ikke nødvendigvis forbundet med en stigning i middellevetiden. Dette skyldes, at middellevetiden foruden antallet af døde er påvirket af de dodes alder, dvs. at middellevetiden er stærkt påvirket af dødsfald blandt unge mennesker, oftest som følge af ulykker, selvmord og AIDS. Her er der i perioden konstateret et fald i såvel selvmord som tilfælde af AIDS-dødsfald. Den vækst, der er set i middellevetiden i de allersendste år, kan endnu ikke henføres til bestemte grupper, idet der kun foreligger data for dødsårsagerne frem til 1998.

Ifølge Sundhedsstyrelsens statistik over dødsårsager i 1998 var den største enkeltgruppe ondartede svulster. Den næststørste er hjertesygdomme. Mens den tredjehyppigste dødsårsag var apopleksi, åreforkalkning og "alderdomssvækkelse, inklusiv uspecificeret demens", som det hedder.

*Kilde: Sundhedsministeriet og Dødsårsagsregistret 1998 optrykt i 'Nye tal fra Sundhedsstyrelsen', årgang 5, nr. 6 2001.*

ringsarbejde for denne aldersgruppe med tilbud om kultur- og debatarrangementer, rejser mv. Men også i at understøtte det frivillige, sociale arbejde i Ældremobiliseringen og Ældre Sagen, der giver kontakt og støtte via besøgsvenner. »Det er ikke peddigrør, men meningsfulde aktiviteter der tilsammen vil betyde mere livskvalitet hos de ældre og forebygge at de bliver syge«.

På spørgsmålet om, hvad ministeriet eksempelvis gør for diabetes af type 2, forebyggelse af kroniske lidelser, almindelig nedslidning og aldersbetingede sygdomme vil Arne Rolighed ikke medgive, at de gamle er blevet glemt. Og i denne forbindelse understreger han betydningen af det arbejde, Forum for Motion, der i forsommeren blev nedsat under ministeriet, vil yde i form af information om, at vi alle skal holde os i gang. »Jo ældre vi bliver, jo mere sætter der sig ofte på sidebenene. Vi har for meget stillesiddende arbejde, og vi ved at der er en sammenhæng mellem fedme og for høj dødelighed. Vi ved også, at det bedste middel mod forhøjet blodtryk er en halv times motion om dagen. Så forummet skal appellere til befolkningen om at holde sig i gang og motionere mere. Det skulle gerne ske med glæde og velvære i et socialt samvær med andre. At gå en tur og få en god snak er da langt

sundere end at sidde her over en kop kaffe. Og i øvrigt er det vel også et godt signal, at vi har en gerontolog, lægen Henning Kirk, som formand for forummet!«

### De kroniske sygdomme

Et andet, forebyggende initiativ kan ventes om kort tid på demensområdet, hvor Arne Rolighed spiller ud sammen med socialminister Henrik Dam Kristensen. Som en del af regeringens aftale med amterne skal der afsættes 150 mio. kr. direkte til de ældre, medicinske patienter. Heraf går en del til palliativ behandling og hospices, mens en anden går til bl.a. at opfange dem, der er ved at blive demente. »Det drejer sig såvel om medicinsk behandling som forberedelse af især de pårørende til den kommende situation«. Et andet eksempel, han nævner, er indsatsen mod kronisk lungesygdom, hvor man ved at genoptræne og forebygge videreudvikling af sygdommen kan øge livskvaliteten. »Mere end 50 sygehuse er gået sammen i et netværk, hvor hovedtemaet er rehabilitering, genoptræning og vedligeholdelsestræning. Her taler vi ikke om helbredelse, idet sigtet er at bringe kvalitet til livet. Tager vi diabetes type 2, er motionens gavnlige

indflydelse også påvist her. En halv times spadseretur reducerer mere end 50-60 pct. af sygdomstilfældene».

»Også for gigten lysner det. Vi har været gennem flere års lægefaglig kamp mellem lægespecialerne om, hvorvidt det var fysioterne eller rheumatologerne, der skulle stå for behandlingen. Man blev først enige i 80'erne - det var rheumatologerne der vandt - men det betød, at vi er kommet bagefter med uddannelse og forskningsprogrammer på dette felt. Og vi er endnu ikke ved vejs ende. Vi har dog fået stor hjælp fra de nye lægemidler, der både er mere effektive og skånsomme end de gamle præparater«.

- *Middellevetiden er på fem år steget for danskerne. Det skyldes især forbedringer for de yngre aldersgrupper (se faktaboks, red.). Kan den tilsvarende positive effekt spores hos de 65-85-årige?*

»Ja, alle aldersgruppers dødelighed falder, men den er mest markant for aldersgruppen under 50 år - det største fald er for dem under 30 år og de 30-50-årige. Og forklaringen skal nok søges bredt. Vi skal se på effekten af socialpolitikken, arbejdsmarkedspolitikken osv. Vi har den laveste arbejdsløshed i 25 år, og det giver et signal om, at der er brug for alle - også de ældre. Vi har fokus på arbejdsmiljøet og samler op på nedslidningssygdommene og ser på om det skyldes ulykker, kemiske påvirkninger eller organisering af arbejdet«.

- *Nu er det jo de færreste af de 65-85-årige, der er i arbejde, og de seneste tal viser, at 12 pct. af danskerne ikke kan forvente at leve til de bliver 60 år. Ifølge FNs Human Development Report 2001 ligger Danmark nede på 15. pladsen for velfærd, hvori også er indregnet middellevetiden. Er det ikke beskæmmende?*

»Vi arbejder konsekvent med forandringer, ikke bare i sundhedspolitikken, men også i de øvrige politikker. Men det er i høj grad middellevetiden, der er skyld i vor dårlige placering - og den retter vi jo op på nu i en grad, som ikke er set siden 50'erne. En anden af FNs organisationer, Verdenssundhedsorganisationen WHO, har tidligere bragt debatten på glatis, da den hævdede, at Dan-

mark lå på en 34. plads inden for sundhedsvæsnets net. Gik man ned i tallene viste det sig, at sygehusvæsnets net - altså behandlingen - lå på en fjerde plads. Men på grund af vor usunde levevis røg vi ned på en 20. plads. Vi fik derefter yderligere 14 strafpoint, fordi vi med vor høje uddannelsesniveau skulle vide bedre! Den undersøgelse er så tynd i metodikken! Og den er blevet gennemheglet af eksperter både her og i udlandet, hvilket har ført til, at WHO nu har indbudt landene til en diskussion af, hvordan det fremtidigt skal gøres...«

### En tredjedel går til ældre

Ministeren anslår, at af de samlede sundhedsudgifter på 65-70 mia. kr. årligt, hvilket svarer til 6,7 pct. af bruttonationalproduktet, går ca. en tredjedel til ældre, selv om aldersgruppen over 66 år kun udgør knap 15 pct. af befolkningen. »Det er de ældre, der sidder hos de praktiserende læger og udløser konsultationshonorar og får medicin. De ældre besøger de praktiserende læger og indlægges 15-20 gange oftere end aldersgruppen 20-40 år. Derfor er en meget stor del af vort sundhedsvæsen rettet mod de ældre, hvilket er rimeligt nok, da det først er, når folk kommer op i årene, at skavankerne som forkalkning, slidgigt m.v. melder sig«.

- *I Sundhedsministeriets rapport 'Den ældre medicinske patient' er der en del opgørelser (se faktaboks, red.) Tallene er fra 1999. Er der noget, der tyder på, at der er sket væsentlige ændringer siden?*

»Der er sket en væsentlig ændring i håndteringen af den ældre patient og dennes patientforløb. Over det ganske land er der udbygget kvalificerede modtagelser med medicinske visitationsafsnit. Det betyder, at patienten indlægges et døgn, hvor lægerne forsøger at finde ud af, hvad vedkommende fejler. Mere end 30 pct. kan udskrives næste dag, måske med råd og medicinjustering. For de resterende knap 70 pct. udarbejdes der en egentlig behandlingsplan, hvilket forkorter liggetiden. Ikke blot betyder det et kvalitativt løft i diagnosticering og behandling, der er hermed også indbygget en buffer i systemet, som imødegår presset. Når det er



Arne Rolighed: »Hovedparten af de ældre er ikke dem, der skal på privathospital og have hjemmebar på sygestuen, og det er ikke dem, forsikringsselskaberne vil forsikre - det er derimod de ressourcestærke, de erhvervsaktive og dem, der er meget lidt syge, som Venstres Anders Fogh Rasmussen taler for«.

sagt vil jeg medgive, at belægningsprocenterne stadig er for høje, er så varierende fra sygehus til sygehus, at det sammen med den høje akutte indlæggelseprocent gør, at det er svært at driftsstyre det».

Ifølge førnævnte ministerielle rapport svarer den 'tunge' gruppe på sygehuse til 10-25.000 ældre, og Arne Rolighed medgiver, at den skæve aldersstruktur samt også i absolutte tal de flere ældre i fremtiden er en af sundhedsvæsnets helt store udfordringer. Ikke blot har den ældre aldersgruppe som nævnt det højeste sygehusforbrug, men allerede nu slår vanskelighederne igennem med at få tilstrækkelig stor rekruttering af personale til sygehuse.

### Fra kniv til piller

»Derfor er det nødvendigt at tænke i nye baner ved tilrettelæggelsen af arbejdet. Vi må bryde fagskel ned, der skal arbejdes i teams og inddrages andre personalegrupper end læger og sygeplejersker, ligesom organiseringen af arbejdet skal være bedre. Heldigvis støtter den teknologiske udvikling os, idet flere behandlinger kan gøres for færre penge. Behandlingerne går fra kniven til lægemidler. Tag f.eks. visse hjertebehandlinger, hvor patienterne tidligere var indlagt op til uger, men hvor den samme behandling nu klares på en medicinsk afdeling i løbet af en formiddag. Ikke blot er det en mere effektiv, men også en mere skånsom behandling. En anden stor udfordring i fremtiden vil være at have mere fokus på medicinhåndteringen. Her ligger der noget positivt i ændringen af apotekerloven, hvor apotekerne skal lave dosispakker«.

- *Fra forskellige undersøgelser ved vi, at de ældre ofte sjusker og eksperimenterer med medicinen med bivirkninger, forgiftninger og indlæggelser til følge...*

»Ja, men vi skal også se på kvaliteten af lægemidlerne. Virker de hver for sig og sammen? De skulle jo nødig gøre syge, men gerne raske. Her kan man forvente et initiativ fra min side«.

- *0,6 pct. af alle var indlagt 10 eller flere gange. Hvor stor*

*en andel heraf tegner de ældre sig for, og hvad skyldes det, at de ældre indlægges 10 pct. hyppigere nu end i 1991?*

»Den store aldersgruppe fra 0-69 år tegner sig for 80 pct. af flergangsindlæggelserne, mens de 70-79-årige udgør 15 pct. og de 80+-årige de resterende 5 pct. Ifølge Sundhedsstyrelsens opgørelser er den store patientgruppe både hvad angår sengedage og antallet af udskrivninger ældre i 70-75 års alderen. Det skyldes at der er færre af de allerældste. Men disse helt gamle er til gengæld 'dyre', idet de koster mest i det allersidste år af deres levetid. Med hensyn til øget indlæggeshyppighed skyldes det, at indlæggelserne bliver stadig kortere«.

### Akustuer

»Ikke alle behøver dog at blive indlagt. Der er spændende projekter i gang - bl.a. i Sønderjyllands og Århus Amter - med sygesenge på plejehjemmene og akutsygestuer. Så når de ældre henvender sig til sygehuset, går læge og sygeplejersker med patienten hjem og dér aftales det videre forløb. Eksempelvis i Århus Amt gives der op til syv gange vedligeholdelsestræning i hjemmet«.

- *I Århus Amt har man ud fra befolkningsprognosen beregnet, at med det stigende antal ældre vil amtet komme til at mangle 370 medicinske senge. Det kan amtet ikke bygge sig ud af, hævdes det. Hvad kan Århus Amt og de øvrige amter sætte i stedet?*

»Århus Amt bliver nødt til at fortsætte udbygningen af kapaciteten. I 1997-98 var jeg med til at yderligere 100 senge blev udbygget. Men som nævnt er der en tendens til i stigende grad at flytte behandling og pleje ud til den ældre. En anden løsning er yderligere at effektivisere behandlingen. Der er stor variation fra egn til egn. H:S-området vil f.eks. få brug for færre senge, fordi antallet af ældre falder«.

- *Alligevel er der planer om venteafdelinger som i 70-erne...*

»Venteafdelinger er ikke måden. Fra 1. juli har man skullet sikre, at nogen tog ordentligt fat i stafetten. Også i forbindelse med

### Den ældre, medicinske patient

Godt 43 pct. af samtlige sygehusudgifter til heldøgssengepladser var i 1999 knyttet til patienter over 65 år, og godt 7 pct. til patienter over 85 år. Omkring hver femte over 65 år var indlagt på sygehus en eller flere gange i løbet af året, og for de 85+-årige var det næsten hver tredje. De ældre over 65 år udgør knap 15 pct. af befolkningen men udløser knap en tredjedel af udskrivningerne og knap halvdelen af alle sengedage. En fjerdedel af de ældste medicinske patienter med længst liggetid havde et sygehusophold på seks-otte gange længere end den fjerdedel med den korteste liggetid. Af de indlagte i aldersgruppen over 80 år blev knap 91 pct. indlagt akut, mens akutandelen på kirurgiske afdelinger samme år udgjorde knap 67 pct. Indlæggelserne for såvel de 70-79-årige som de over 80-årige er ikke faldet fra 1991 til 1999, men derimod steget med 10 pct., hvilket er en dobbelt så høj stigning som for aldersgruppen 0-69 år.

*Kilde: 'Den ældre medicinske patient', Sundhedsministeriet, juni 2001*

den ældre, medicinske patient, så de ikke skal ligge og vente på hospitalet eller sendes hjem en fredag eftermiddag til et tomt køleskab og uden hjælp».

- *Omvendt fremhæves det ofte i debatten, at de ældre sendes for tidligt hjem. Eksempelvis den ældre, konfuse kvinde, der har problemer med balancen og falder i hjemmet. Tre gange på samme dag køres hun til skadestuen for lige så hurtigt at blive sendt hjem igen. Skal man blot vente på, at hun falder og får et hoftebrud med langvarig hospitalisering til følge?*

»Det er en lægefaglig afgørelse. I en tid, hvor behandlingspresset er stort, er det da forståeligt, at svingdøren kører lidt hurtigere. De ældre har det også bedst i vante omgivelser. Men selvfølgelig skal det være forsvarligt, så man ikke udskrives med slanger og drop, lige som genoptræningen skal sikres».

- *Når vi taler om genoptræning, hvordan er samarbejdet muligt mellem primær- og sekundærsektoren, når de to sektorer ikke taler samme sprog - idet amterne taler i ICDH-2/SKSTermer og kommunerne bruger 'Fælles sprog'?*

»Det har været udfordringen i 10-15 år. Faktisk er der etableret masser af eksempler, der viser, at man godt kan nå hinanden. I Århus Amt og Århus Kommune er der et fælles funktionsfelt, dels med senge for genoptræning, dels med at man går fælles ud til genoptræningen i hjemmet uden at slås om hvem, der gør hvad. I de seneste fem-syv år har amter og kommuner over hele landet skullet udarbejde sundhedsplaner, hvor de praktiserende læger, hospitalerne og kommunerne lokalt aftaler samarbejdet: Skal der tages en blodprøve sendes en laborant ud i hjemmet, frem for at de ældre skal ud på landevejene, det sikres at hjemmehjælpen kan tage over ved udskrivning osv. Det er med til at forrykke billedet af kassetænkning og sprogforvirring. Men jeg medgiver, at der fortsat eksisterer problemer. Kommunerne klager over lange ventelister, og amterne kræver de færdigbehandlede patienter hjemtaget af kommunerne».

### Og en kæphest

Vi er ved vejs ende. Dog vil ministeren afslutningsvis gerne røre en af sine kæphest:

»Ikke blot vil det øgede antal ældre betyde et utroligt pres på vor kapacitet, men det vil være en generation, som vil kræve mere end tidligere. Den situation imødegår vi i en etisk sags tjeneste ved at hjælpe ældre, der har slidt et helt liv. Og brugerne af sundhedsvæsnet er blevet gladere - over 90 pct. af dem er tilfredse. Tilliden er således i vækst og vi kan sikre tryghed i alderdommen. Også når de ældre bliver syge. For hovedparten af de ældre har *ikke* det smarte, frie sygehusvalg og kan *ikke* vælge modellen med pengene-følger-patienten, som Venstres Anders Fogh Rasmussen taler så meget om. Det er *ikke* dem, der skal på privathospital og have hjemmebar på sygestuen. Det er *ikke* dem, forsikringsselskaberne vil forsikre - den forsikring stopper ved de 60-65 år. Alligevel er der kommuner, der vil tegne forsikringer for borgerne. Men det er for de ressourcestærke, for de erhvervsaktive og for dem, der er meget lidt syge. De patienter,

vi her har talt om, er den ældre dame med brækket lårben, lungepatienten, kræftpatienten, den ældre med en blodprop eller som skal have justeret sin medicin eller høreapparat. Det er den akutte og gamle patient, der er helt afhængig af, at det offentlige sundheds- og sygehusvæsen kan tilbyde behandling af høj kvalitet», slutter ministeren.

### Tilfredse patienter

Mens sygehusene i 1998 fik et særdeles negativt skudsmål - 64 pct var negative og kun 34 pct. positive, var der to år efter sket en væsentlig forbedring, og i en ny undersøgelse fra i år, der er foretaget af Ugebrevet Mandag Morgen, viser at ikke færre end 61 pct. er positive, mens kun 28 pct. er negative.

Ser man på aldersfordelingen blandt de positive, ligger den for den 60-70+-årige på ca. en tredjedel, når det drejer sig om sygehusene. Det er væsentligt højere end tilfredsheden med hjemmehjælp og folkeskolen. Flere mænd er positive end kvinder, tilfredsheden falder med højere skoleuddannelse og er højest for midterpartierne.

Samtidig viser en anden undersøgelse, ligeledes fra Mandag Morgen, at hele 59 pct. af vælgerne hilser væksten i de private sygeforsikringer velkommen, mens kun 28 pct. bedømmer den som negativ. I den forbindelse understreges det, at det er bemærkelsesværdigt, at det positive syn på private sygeforsikringer ikke hænger sammen med et negativt syn på sygehusene.

Ikke overraskende er venstrefløjsvælgerne mest imod private sygeforsikringer, men det gælder ikke Socialdemokratiet, hvor over halvdelen er positive. Uddannelsesmæssigt finder man den største skepsis hos de bedreuddannede. Der er ingen opgørelse over fordelingen af holdninger på alder.

Kilde: Notat fra Mandag Morgen 25.6.2001.

# Raske 80-åriges ernæring

Af Christine E. Swane

Leder af Gerontologisk Institut



Generelt er ernæringsstatusen god hos raske, velfungerende 80-årige. En nyligt forsvaret ph.d.-afhandling bygger på en undersøgelse af en udvalgt gruppe af 80-årige.

Resultaterne af undersøgelsen viser dog at disse ældres kost er for fed og kulhydratfattig i forhold til

anbefalingerne. Og deres kost indeholder kun halvdelen af den anbefalede mængde frugt og grønt. De ældres D-vitaminindtagelse og sollyseksposering i sommerhalvåret er utilstrækkelig til at sikre tilstrækkeligt D-vitamin året rundt hos ca. fjerdedel. Mange bruger kosttilskud – hvilket ikke er nødvendigt, bortset fra D-vitamin-tilskud.

Levnedsmidler med et højt indhold af fedt, tilsat sukker og alkohol giver energi men uden at tilføre nævneværdige mængder af vitaminer og mineraler (næringsstoffer). De studerede ældres kost har et højt indhold af fedt, sukker og alkohol hvilket altså nedsætter næringsstoffætheden.

## Afhandlingens datagrundlag

Det understreges, at fundene ikke kan generaliseres til at gælde hele aldersgruppen, da de studerede er en selekteret gruppe, bestående af 234 raske, velfungerende, hjemmeboende 80-årige fra 1914-kohorten i Glostrup-undersøgelsen (69% af de adspurgte).

De 80-årige fik vurderet deres ernæringsstatus, der omfattede et kosthistorisk interview kombineret med en tre-dages kostregistrering, og deres kosttilskud, blodprøver og kropssammensætning blev registreret.

## Forebyggelse via kosten

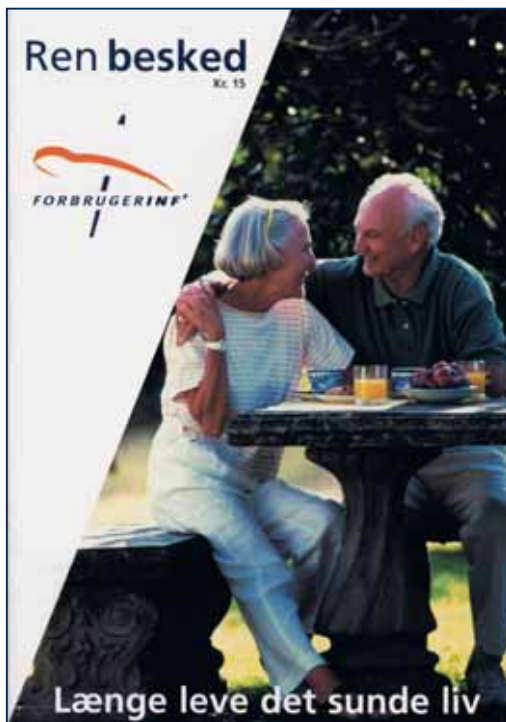
Kosten influerer – som andre dimensioner af vores livsstil – på vedligeholdelse af fysiske færdigheder og – med andre ord på forebyggelse af færdighedstab. De væsentligste forhold er (Pedersen 2001, s. 12):

- 1 *Primær forebyggelse* ved så tidligt i livet som muligt at spise den anbefalede kost til raske mennesker, dvs. en fedtfattig og kulhydratrig kost (Sandström m.fl. 1996).
- 2 *Sekundær forebyggelse* ved sygdomsforekomst, hvor kosten er en del af behandlingen, f.eks. en fedtfattig og kulhydratrig kost ved hjerte-karsygdomme.
- 3 *Tertiær forebyggelse* af yderligere funktionstab som konsekvens af akut eller kronisk sygdom/svækkelse med øget energibehov, hvor sikringen af energi- og proteinbehovet har højeste prioritet, og hvor anbefalingen er en fedtrig, proteinrig og kulhydratbegrænset kost (Pedersen & Ovesen 1999).

## At spise og bevæge sig til en vellykket aldring

De fundne sammenhænge tyder på at en øgning af det fysiske aktivitetsniveau som kan styrke muskelmassen, samt en øgning af energi- og mikronæringsstofindtagelse kan give bedre muligheder for at opnå og bevare en god funktionsevne i alderdommen. Og spørgsmålet om at kunne klare de dagligdags gøremål uafhængigt af andre menneskers hjælp, er for de fleste forbundet til det gerontologer kalder vellykket aldring.

Afhandlingen hedder 80-åriges ernæringsstatus – og relationen til fysisk funktionsevne og er skrevet af Agnes N. Pedersen. Den er udkommet i juni 2001 og kan rekvireres gratis i Fødevedredirektoratet, [anp@fdir.dk](mailto:anp@fdir.dk), tlf. 3395 6443.



## Litteratur:

Beck, Anne Marie & Mette Elsig & Shanta Maris Thacker red. (2000): *Offentlig måltidsservice til ældre – et inspirationsmateriale til kommuner og amter om ældre og ernæring*. København: Fødevedirektoratet

Bedre mad til ældre : handlingsplan for bedre mad til ældre (2001). København: Fødevareministeriet.

Bjørnsbo, K. S. (2001): *Ældres kost og måltidsvaner. I: Swane, C.E., A.L. Blaakilde & K.A. Kristensen (red.): Livet som gammel – tværfaglig lærebog i gerontologi*. København: Munksgaard Danmark, in press.

Bjørnsbo, K. S. (1997): *Changes in Food Patterns and Health in Europeans in their 8th decade*. PhD Thesis. Division of Human Nutrition and Epidemiology, Wageningen Agricultural University, The Netherlands.

Elsig, Mette red. (2001): *Forskellighed, frihed, fleksibilitet: få inspiration til bedre måltidsservice til ældre*. København: Fødevedirektoratet.

Ernst, Marie (2001): *At äta i trädgården*. Jönköping: Högskolan i Jönköping.

Kofod, Jens (2000): *Du er dem du spiser sammen med : et brugerperspektiv på den offentlige måltidsservice*. København: Fødevedirektoratet.

*Længe leve det sunde liv* (2000). København: Forbrugerservice.

*Mat för äldre : så mycket mer än bara näring* (1998). Stockholm: Sema. *Äldre i centrum*, årg.112, nr.3, s.4-25

*Måltidet & ældre i eget hjem* (2001). København: ÆldreForum.

Pedersen, A. N. & L. Ovesen, red. (1999): *Anbefalinger for den danske institutionskost. 2. udg. Fødevarerapport 1999:01*. København: Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. Veterinær- og Fødevedirektoratet.

Sandström B. m.fl. (1996): *Nordiska näringsrekommendationer*. Nordisk Ministerråd. København: Nord 28.

Schroll, M. & U. Hølund (1997): *Kostvurderinger af ældre. I: Månedsskrift for Praktisk Lægegerning 1997; 75: 877-85*.

Schroll M., A. N. Pedersen & M. Osler (1997) *Ernæring hos ældre. I: Astrup A. mfl. (red). Menneskets ernæring fra molekylærbiologi til sociologi*. København: Munksgaard.

Top Christensen, Boye & Karen Marie Bundgaard (1999): *En bid af ældres hverdagsliv*. Odense: Ergo- og Fysioterapeutskolen.

# Måltidets afgørende betydning

Af Ritt Bjerregaard

Fødevareminister

Det kan fra tid til anden virke, som om vi har glemt det i vores travle hverdag, men måltidet hører til blandt dagens vigtigste begivenheder. For når man samles om bordet for at nyde måltidet, er det ikke kun for at få stillet sulten og slukket tørsten, men også for at opleve det sociale samvær, der er vigtigt for en god hverdag. Det gælder ikke mindst for vore ældre. Vigtigheden af, at ældre mennesker i Danmark får gode oplevelser med mad og måltider, kan ikke fremhæves ofte nok. Et godt måltid mad kan gøre underværker for livskvaliteten, og det er derfor helt afgørende, at ældre får tilbudt mad af høj kvalitet og gode og hyggelige rammer for måltidet.

Maden skal smage godt og være sund og ernæringsrigtig. I Danmark er op mod hver femte af de ældre på plejehjem eller i hjemmeplejehjen underernærede – det understreger at regeringen har en vigtig opgave. Vi vil være med til at sikre, at ældre får et godt og sundt måltid mad, der giver både næring og nydelse. En god og enkel måde at forebygge underernæring på er at gøre måltidet til en imødeset og værdsat begivenhed. Det fortjener de ældre.

Der bruges hvert år 2 mia. kr. på offentlig mad til de ældre. Men at gøre en indsats for at forbedre maden for de ældre er i virkelig-

heden ikke et spørgsmål om at tilføre flere penge. Det er mere et spørgsmål om at forbedre kvaliteten af måltidet og oplevelsen omkring det. Derfor afsætter vi bl.a. 20 mio. kr. over de næste to år til at udvikle og afprøve nye idéer til hvordan, man kan lave offentlig mad til ældre. Samtidig bliver der udarbejdet et idékatalog, så vi kan få formidlet de gode eksempler ud over hele landet.

De ældre skal selv være med i de politiske beslutninger, der vedrører deres liv. Budskabet fra mange ældre har været, at de godt kunne tænke sig at få mere indflydelse på den mad, de får serveret og at de gerne vil have flere valgmuligheder. Det har regeringen lyttet til og derfor er vi kommet med udspillet om bedre mad til de ældre. Og de ældre skal selv være med til at forberede maden – i det omfang det er muligt. I fællesskab skal kartoflerne skrælles og hakkebøfferne steges.

Ikke alene skal kosten være sund – måltidet skal også foregå i behagelige rammer. Det betyder noget at have nogen at spise sammen med, og at måltidet forløber behageligt uden stress og jag. Der skal være tid til at spise maden og samtale henover bordene med venner og bekendte. Det er med til at gøre maden og måltidet til en god oplevelse.



# De meget gamle

*Gerontologisk Institut inviterer til konference 30. november 2001, Odense, SAS Radisson Hotel*

**Af Christine E. Swane**

Leder af Gerontologisk Institut

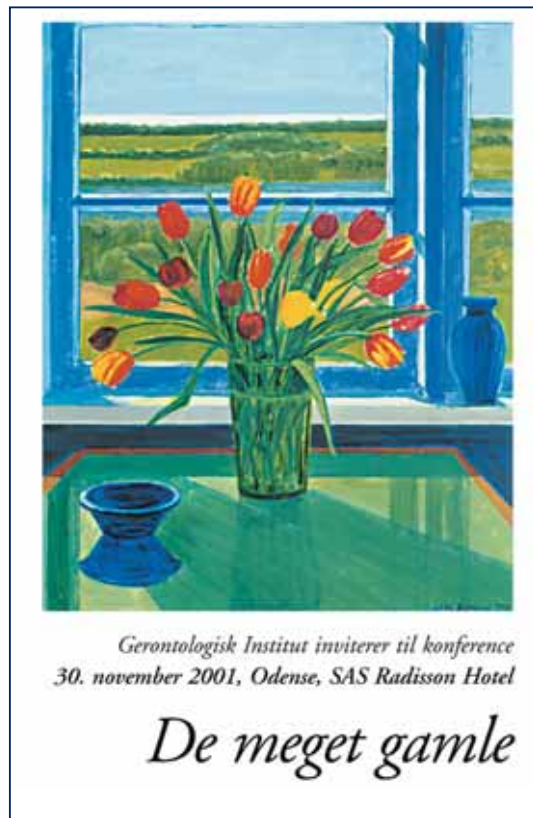
Samfundene 'aldres' i den vestlige verden. Det vil sige at vi bliver flere ældre mennesker, og at mange flere danskere i de kommende årtier vil opnå at blive meget gamle. Flere end i dag vil blive 90 år – og adskillige over 100 år. I 2001 er der 1000 personer i Danmark på 99 år og derover, og de allerældste udgør den hurtigst voksende aldersgruppe.

Fremtidens gamle mennesker bliver en heterogen gruppe. Der vil blive friske gamle – men også fortsat en, om end mindre gruppe af 'svækkede gamle' som er afhængige af samfundets tilbud, fordi den forlængede levetid også kommer til at omfatte flere kronisk syge og handicappede, f.eks. demenslidende.

Vil vi forstå alderdommens grundvilkår, for bl.a. at blive bedre i stand til at indrette lokalsamfundet og støtte og hjælpe gamle mennesker på en hensigtsmæssig måde, må vi lære mere om – og af – samfundets ældste, dem på 80, 90 og 100 år.

Gerontologisk Institut har samlet en række forskere som i de seneste år har studeret meget gamle mennesker. Konferencen giver indsigt i ny viden om de meget gamles psykiske og fysiske helbred, deres udbytte af fysisk træning, deres funktionsevne og mestringsevne, aktiviteter og hverdagsliv.

Konferencens målgruppe er personer der beskæftiger sig med ældrebefolkningen gennem politik, planlægning og i det daglige arbejde. Program kan ses på hjemmesiden [www.geroinst.dk](http://www.geroinst.dk) under arrangementer – eller rekvireres hos Gerontologisk Institut per e-mail [doris@geroinst.dk](mailto:doris@geroinst.dk) eller på tlf. 39 40 10 10.



## Kvalitet i omsorgen: Produktion af stjernestunder

*En temadag om VEGA-projekterne d. 13 november 2001, Ergoterapeutskolen, Skejbyvej, 8200 Århus N.*

Aldrig har vi talt så meget om kvalitet i ældreomsorgen - og aldrig har den været så kritiseret. Måske handler kvalitet ikke om antallet af aflysninger og bleskift. Kvalitet er måske også, hvordan livet og hverdagen i alderdommen rent faktisk former sig. Hvad er en god dag for Fru Petersen? Hvem ved noget om det? Hvordan bidrager vi til at gøre flere dage til gode dage, flere stunder til stjernestunder? Hvordan bliver kalorier til måltider? Hvordan omsætter vi vores arbejdsliv til et godt hverdagsliv for andre? Disse spørgsmål bliver diskuteret på denne temadag, hvor resultater af og perspektiver fra VEGA-projektet bliver omsat til praksis og fremlagt til diskussion. VEGA - er optaget af de gamles hverdagsliv og er et

netværk af praksisforskere fra en række undervisningsinstitutioner rundt omkring i Danmark.

VEGA-projektet har hjemme på Gerontologisk Institut.

*Pris og tilmelding:* kr. 850 incl. frokost. Tilmelding til Gerontologisk Institut, Aurehøjvej 24, 2900 Hellerup tlf. 39 40 10 10 senest d. 31/10 2001.

*Yderligere information:* Om arrangementet hos Inger-Lise Dyrholm eller Doris Dalgaard, Gerontologisk Institut. Om VEGA-projekterne på <http://www.ceps.suite.dk/vega>.



## INDHOLD:

Kærlighed i de ældre år .....	2
Sundhedens nye sider .....	5
Ensomhed og dødsangst udløser mange indlæggelser .....	7
Raske 80-åriges ernæring .....	12
Måltidets afgørende betydning .....	14
De meget gamle .....	15

### Alderens nye sider

ISSN 1397-2472

Oplag: 1.300 eks.

Udkommer 4 gange årligt

Pris 150 kr.

Kan frit citeres med  
angivelse af kilde

#### Redaktion:

Anne Brockenhuus-Schack

Dorte Høeg

Elisabeth Porse (ansv.)

Redaktionen er afsluttet

**5. september 2001**

Deadline for næste nummer

**19. november 2001**

Afleveres til postvæsenet

**14. december 2001**

### Videnscenter på Ældreområdet

Aurehøjvej 24

2900 Hellerup

tlf 39 40 10 10

man.-fre. 9.30-15.30

fax 39 40 40 45

mail@aeldreviden.dk

www.aeldreviden.dk

## Genoptræning og rehabilitering af ældre

Af Annette Johannesen

Ergoterapeut, Videnscenter på Ældreområdet

Med to nye love er bolden givet op for at sikre, at mennesker, gamle såvel som unge, med nedsat funktionsevne får øget mulighed for at føre deres sædvanlige aktive liv i hjemmet, på arbejde eller i samfundslivet. De nye love (Lov om ændring af lov om sygehusvæsenet, hvor det bestemmes, at der ved udskrivning skal foreligge en plan for effektiv og hurtig genoptræning og Lov om ændring af lov om social service, hvorefter kommunen skal sørge for genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse, forårsaget af sygdom, der ikke behandles ved sygehusindlæggelse) skal bruges til at bedre kvaliteten i hverdagen for mennesker med funktionsnedsættelser og meget tyder på, at det også samfundsøkonomisk er en god investering.

Desværre ser det ud til, at lovgivningen i første omgang har genoplivet sektorernes kassetænkning, - der tænkes i systemer og i budgetter, og ikke i indhold og mål med arbejdet.

Videnscenter på Ældreområdet har afholdt et dialogmøde om genoptræning af ældre. Mødet var forberedelse til en kommende antologi og konference om emnet, og baggrunden var, at implementering af de to nye love skal ske på baggrund af konkrete, individuelle vurderinger af behovet for genoptræning, og at amter og kommuner skal samarbejde for at sikre sammenhæng i genoptræningen.

Der er mange spørgsmål at diskutere: Hvordan opfatter man begrebet genoptræning? Som træning af muskler og led - eller som en bredere indsats med det mål at få ældre mennesker til at fungere i familien og i hverdagen igen? Hvad ser vi - de professionelle - for os, når vi taler om genoptræning og rehabilitering af ældre? Og hvordan passer det med forestillingerne, som de gamle og deres familier har, om mulighederne for at gøre noget ved situationen? Hvad skal genoptræning bestå af, og er systemerne sporet ind på at klare opgaven? Findes der tilstrækkeligt mange kvalificerede personer til at løfte opgaven og hvilken effekt kan man forvente - menneskeligt og samfundsmæssigt?

- Videnscenter på Ældreområdet afholder en konference om genoptræning, som finder sted den 7. februar 2002 i Eigtveds Pakhus i København. I forbindelse hermed vil der blive udgivet en antologi, der i form af artikler og interviews belyser emnet bredt til inspiration for politi-

kere, embedsmænd og fagfolk, som skal føre den nye lovgivning ud i praksis. (Nærmere annoncering følger)

- Besøg vores hjemmeside [www.aeldreviden.dk](http://www.aeldreviden.dk)
- Tilmelding til vore ugentlige 'Noter' på [noter@aeldreviden.dk](mailto:noter@aeldreviden.dk)

- Tilmelding til 'Forebyggelsesforum' med informationer og debat på [forebyggelse@aeldreviden.dk](mailto:forebyggelse@aeldreviden.dk)
- Et abonnement på 'Alderens nye sider' bestilles på tlf. 39 40 10 10 eller [mail@aeldreviden.dk](mailto:mail@aeldreviden.dk)