

Årgang 13 nr. 1 - 2004

Av innholdet:

Min gerontologi
Vykort från Österrike - om laxar och bin
Efterlevandeproblematiken bland våra äldre i ett nordiskt perspektiv
Abstracts
Bokanmeldelse
Smånytt

Nordisk Gerontologisk Forenings styre:

Formann: Kirsten Avlund
1. viseformann: Andrus Viidik
2. viseformann: Lars Andersson
Sekretær: Jan Høyersten
Kasserer: Toril Utne

DANMARK:

Karen Munk
Finn Rønholt Hansen

FINLAND:

Otto Lindberg
Jouko Laurila
Jyrki Jyrkämä

ISLAND:

Sigrídur Jónsdóttir
Björn Einarsson

NORGE:

Kirsten Thorsen
Morten Mowé

SVERIGE:

Lars Andersson
Åke Rundgren

Kongressen i Stockholm 2004

Nu nærmer tidspunktet sig for den 17. Nordiske Kongres i Gerontologi. Den afholdes som bekendt den 23-26 maj 2004 i Stockholm. Dette er en enestående mulighed for at blive opdateret med den nyeste viden inden for gerontologi og geriatri. I programmet indgår plenumforelæsninger, state of the art forelæsninger, inviterede symposier og frie foredrag og posters.

De planlagte forelæsninger afholdes af fremtrædende nordiske forskere, som vil præsentere den nyeste forskning inden for geriatri, livsløbsforskning, den sidste del af livet, fysisk inaktivitet og kognitive problemer.

Der er i skrivende stund tilmeldt 333 abstracts og flere er på vej. De demonstrerer bredden i gerontologi - fra biologisk aldring til socio-kulturelle aspekter af aldring. Emnerne for disse abstracts er mangfoldige. De omfatter geriatiske problemstillinger (fx osteoporose og lægemiddelbehandling), biologiske og odontologiske emner, gerontopsykologiske spørgsmål (fx psykoterapeutisk behandling af depression), socialpolitiske emner (fx ældre i arbejdslivet), emner inden for sygeplejeforskning (fx omsorgsmodeller i forhold til personer med demens), socio-kulturelle emner (fx nye ældrebilleder) og metodeproblemer (fx designproblemer i longitudinelle undersøgelser).

Kongressen er tilrettelagt således, at den vil være beregnet for alle, der arbejder med forskning, udvikling, undervisning og praksis inden for gerontologi og geriatri, såvel som for alle, der blot har interesse for aldringens mange facetter. Vi håber derfor at rigtig mange vil berige kongressen ved at deltage, for derved at bidrage til en udbytterig kongres fyldt med ny viden og inspiration.

Derfor vil jeg opfordre jer til at huske at registrere til kongressen. Deadline for registrering til den nedsatte pris er 15. marts 2004. På gensyn i maj i Stockholm

Kirsten Avlund

Nordisk Gerontologisk Forening (NGF)

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

Foreninger tilsluttet NGF:

Dansk Gerontologisk Selskab:

Formann: Karen Munk
Sekretær: Kirsten Avlund

Dansk Selskab for Geriatri:

Formann: Finn Rønholt Hansen
Sekretær: Susanne van der Mark

Societas Gerontologica Fennica r.f.:

Formann: Timo Strandberg
Sekretær: Otto Lindberg

Föreningen för forskning i uppväxt och äldre r.f.:

Formann: Jyrki Jyrkämä
Sekretær: Anu Leinonen

Suomen Geriatri-Finlands Geriater:

Formann: Kaisu Pitkälä
Sekretær: Terhi Rahkonen

Societas Gerontologica Islandica:

Formann: Sigrídur Jónsdóttir
Sekretær: Hlíf Guðmundsdóttir

Icelandic Geriatrics Society:

Formann: Björn Einarsson
Sekretær: Eyjólfur Haraldsson

Norsk selskap for aldersforskning:

Formann: Kirsten Thorsen
Sekretær:

Norsk geriatrisk forening:

Formann: Morten Mowé
Nestleder:

Sveriges Gerontologiska Sällskap:

Formann: Lars Andersson
Sekretær: Marianne Winqvist

Svensk Förening för Geriatrik och Gerontologi:

Formann: Gunnar Akner
Kasserer: Åke Rundgren

Nordisk Gerontologisk

Forenings styre:

Formann: Kirsten Avlund
1. viseformann: Andrus Viidik
2. viseformann: Lars Andersson
Sekretær: Jan Høyersten
Kasserer: Toril Utne

DANMARK:

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

FINLAND:

Societas Gerontologica Fennica r.f.:
Otto Lindberg
Suomen Geriatri-Finlands Geriater:
Jouko Laurila

Föreningen för forskning i uppväxt och äldre:

Jyrka Jyrkämä

ISLAND:

Societas Gerontologica Islandica:
Sigrídur Jónsdóttir
Icelandic Geriatrics Society:
Björn Einarsson

NORGE:

Norsk selskap for aldersforskning:
Kirsten Thorsen
Norsk geriatrisk forening: Morten Mowé

SVERIGE:

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

NGFs fagråd

Danmark

Finn Rønholt Hansen, klinikk
Lis Puggaard, biologi
Ingrid Poulsen, sykepleie
Karen Munk, psykologi
Eigil Boll Hansen, sosiologi
Peder Christensen, gerontopsykiatri

Finland

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

Island

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

Norge

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

Sverige

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

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

GeroNord

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

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

GeroNords redaksjon:

Toril Utne
Kirsten Avlund
Andrus Viidik
Jan Høyersten
Aase-Marit Nygård

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

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

NGFs hjemmeside har adresse
www.geronord.no

Min gerontologi

Gerontologi i Norge var langsomt i ferd med å gjøre sitt inntog i slutten av 1940-årene. Vitenskapelig interesse for gamle fulgte i kjølvannet av økt eldrepolitisk aktivitet etter krigen og sprang ut fra behovet for empirisk viten om gamles levekår og helsemessige forhold. Følgelig ble formålet for de første undersøkelsene å vinne kunnskap av nytte for praktisk politikk. Denne vektlegging av anvendt forskning kom også i noen grad til å prege mitt virke innen gerontologien – et virke som varte i nærmere 40 år.

Det startet med at jeg var på leting etter litteratur om aldring og eldre. Foranledningen til det var at jeg hadde fått tildelt kurset «Vi fra 50 og oppover», da jeg meldte meg som interessert i å lede et kveldskurs i Studenter-samfundets Fri Undervisning. Å lede et kurs som hadde noe med gamle å gjøre lå utenfor interessefeltet til de andre psykologene den gang. Studiet hadde da heller ikke stimulert nysgjerrighet og vitebegjær når det gjaldt psykologiske aspekter av aldring og eldre.

Søking etter informasjon til bruk i kurslederjobben brakte meg i kontakt med Nasjonalforeningen for folkehelsen (Nff), som hadde tatt opp arbeidet for «eldres helse og velferd» som en merkesak. Retningslinjer var utarbeidet for praktisk og forskningsmessig virksomhet, og i 1954 tok Nff initiativet til å stifte Norsk selskap for aldersforskning (NSA) (opprinnelig Norsk gerontologisk selskap). Foreningens neste epokegjørende tiltak var opprettelsen av et institutt for aldersforskning.

Inntil da hadde jeg arbeidet innen barnpsykologi. Samtidig var kontakten med Nff styrket etter at jeg ble valgt som medlem av styret for NSA – et verv jeg opplevet som ærefyllt, men langt fra springbrett til å lede et aldersforskningsinstitutt. Det var imid-

lertid den oppgaven jeg ble stilt overfor da virksomheten ved «Nasjonalforeningens gerontologiske institutt» (NGI) ble satt i gang (i 1957). Til instituttet var knyttet en «helse- og velferds-sentral» (senere eldresenter), planlagt utviklet til en «mønster-sentral», hvor lignende institusjoner landet over kunne hente ideer og få råd.

Det var ingen mangel på planer og forventninger til det nye instituttet. Særlig utfordrende var å skulle drive «vitenskapelig aldersforskning», som det sto i planene. Utfordringen ville fortonet seg som umulig hvis det ikke hadde vært for den faglige hjelp, oppmuntring og inspirerende tro på oppgaven som overlege Viktor Gaustad sto for. De første 10 årene var han leder for instituttets styre, og støttet lojalt de praktiske og teoretiske sider av virksomheten. Fra da av blir «min gerontologi» et mangslungent mønster av samarbeidsprosjekter innen forskning, forsøksvirksomhet, kunnskapsformidling og rådgivning. Med dyktige og kreative medarbeidere, som det etter hvert lyktes å knytte til instituttet, kunne aktiviteten utvides i omfang og intensitet.

Et typisk samarbeidsprosjekt var en psykologisk/medisinsk undersøkelse av en gruppe middelaldrende og en gruppe eldre – den såkalte «WAIS-undersøkelsen» (etter intelligens testen som ble anvendt). Som det første mer omfattende gerontologiprojekt med teoretisk tilsnitt i Norge, bidro denne undersøkelsen i vesentlig grad til å styrke NGIs posisjon som forskningsinstitusjon også utover landegrensene. En av deltakerne i prosjektet var Sol Seim – en høyt skattet kollega gjennom mange år. En spesiell berikelse var det å ha Sol ved NGI, da hun som pensjonist fortsatte sin longitudinelle studie av intelligens- og

personlighetsutvikling hos en gruppe hun hadde fulgt fra 13 års alder.

Behov for oppdatert viten om Eldres kår generelt, deres ressurser og problemer, førte til en serie undersøkelser av boforhold og institusjoner, tiltak og tjenester – og om yrkesaktive eldre. Prøvevirksomhet med organisering av tjenester på landsbygda og drift av dagsenter for skrøpelige eldre, ga også nyttig informasjon. Dels ble prosjektene gjennomført i samarbeid med andre sosialfaglige institutter i inn- og utland. I enkelte undersøkelser deltok leger som forskningsmedarbeidere. Slike prosjekt, som representerer samarbeid mellom det medisinske felt og atferds- og samfunnsfag, er utvilsomt både nyttige og nødvendige.

En ledetråd for meg var å opprettholde nær brukerkontakt. Derfor ble det lagt vekt på en allsidig opplysningsvirksomhet for å videreføre NGIs erfaringer og akkumulerte viten.

I 1973 ble instituttet overtatt av staten og navnet endret til Norsk gerontologisk institutt. Etter 39 år gikk NGI over i historien som eget aldersforskningsinstitutt. Sammen med flere andre forskningsinstitusjoner ble det slått sammen til en større enhet, NOVA (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring). Heldigvis for aldersforskningen fulgte en del av NGIs personell med til NOVA.

Aldringspsykologi er bare en del – men en viktig del av sosialgerontologien. Fortsatt er det behov for flere forskere både fra psykologi og andre disipliner. Men om utviklingen synes langsom, er det kanskje grunn til optimisme om man ser den på bakgrunn av situasjonen for 50 år siden.

Eva Beverfelt

Referanser, se s. 6

Aldring og hjernesykdommer

Oslo: Akribe Forlag 2003, ISBN 82-7950-081-2

Förlaget Akribe har utgivit en bok med titeln «Aldring og hjerne-sykdommer» redigerad av Knut Engedal och Torgeir Bruun Wyller. Boken är på 380 sidor och indelad i 23 kapitel. Den var ursprungligen tänkt som festskrift till Knut Laakes 60-årsdag men blev på grund av dennes alltför tidiga död i stället en bok till hedrande av hans minne. Boken var dessutom avsedd att vara en lärobok för läkare, studenter och hälso- och sjukvårdspersonal med intresse för geriatri, gerontopsykiatri och neurologi.

Boken er indelad i sju avsnitt, av lika det första handlar om åldrande och äldreomsorg. Först kommer Haugens kapitel, som huvudsakligen handlar om intellektuell förmåga, följt av Sletvolds kapitel om hjärnans åldrande. Jag hade önskat, att Haugen hade illustrerat resultatet av Wechslers och Schaies intelligensundersökningar grafiskt. Ett skönhetsfel i texten till Figur 1.1 är att facit till de två exemplen överst i figuren inte ges. Sletvolds utmärkte kapitel hade blivit ännu bättre om han gets plats för en något längre beskrivning av det biologiska åldrandet. De övriga två kapitlen (av Sellæg och Rø) handlar om hälso- och sjukvård till gamla, inklusive vad geriatriken kan erbjuda, med tonvikt på norska förhållanden.

Nästa avsnitt med fyra kapitel handlar om slaganfall. Wyller inleder med «några epidemiologiska poänger», en nyttig genomgång från incidens till behandling och profylax av slaganfall. Stor vikt läggs på Oxfordklassifikationen illustrerad med bilder av storhjärnsbarken, som återfinns i varje lärobok för sjuksköterskor. Capsula interna, som drabbas av hälften av alla hjärnblödningar, omnämns inte men kan anas i Figur 5.2. Därefter beskriver Friis akut behandling av slaganfall – detta och Wyllers kapitel kunde med fördel ha varit ett kapitel. Därefter följer Thommessens beskrivning av vad som kännetecknar den gamla patienten med

slaganfall. Avsnittet slutar med Pettersens nyttiga beskrivning av problem med vattenkastningen hos dessa patienter. Man kan dock fråga sig om Figurerna 8.1-2 är nödvändiga, eftersom sammanhanget med texten är tunn. Urinrörets inre «slutmuskel» (muskelstråk eller elastiska fibrer som sluter urinröret) är dessutom bortglömd.

Så följer ett avsnitt med fem kapitel om demens. Engedal inleder med en utmärkt översikt och följs av Mæhlen, som redogör för neuropatologin vid olika demenssjukdomar och illustrerar dessa med bokens i särklass bästa bilder. Øksengård skriver om nyttan av bilddiagnostiska metoder från CT till SPECT och PET vid misstanke om demens. Sedan följer ett kapitel av Harald Nygaard om beteendemässiga, psykologiska och psykiatriska symptom hos demenspatienter och ett av Brækhus om bilkörning och demens (ett ofta glömt problem).

Det fjärde avsnittet handlar om subkortikala hjärnsjukdomar och inleds av Larsen och Årslund om med två kapitel om parkinsonism och Parkinsons sjukdom, vilka med fördel hade kunnat skrivas samman till ett kapitel. Samma två författare skriver sedan ett kapitel om demens med Lewy-kroppar.

Det femte avsnittet handlar om delirium och består av två kapitel, ett av Ranhoff om epidemiologi, diagnostiska kriterier och patofysiologi, och ett av Rørbakken om förebyggelse, utredning och behandling. I det förstnämnda kapitlet är Figur 17.1 delvis oförståeligt och delvis felaktig eftersom hjärnans kapacitet och därmed reservkapacitet börjar minska före 75-årsåldern. Läsaren blir heller inte mycket klokare av Figur 17.2.

Det sjätte avsnittet handlar om epilepsi och består av ett kapitel skrivet av Sætre. Kapitlets författare koncentrerar sig förtjänstfullt om epilepsi hos äldre utan en lång inledning om epilepsi i allmänhet.

Det sjunde och sista avsnittet handlar om funktionella sjukdomar (om detta begrepp nu finns på svenska) och inleds med ett kapitel om depression och ångest hos gamla av Moksnes följt av ett om sömnstörningar av Bjorvatn och Fetveit. Sedan kommer ett kapitel om psykoterapi vid funktionella sjukdomar av Nordhus, som koncist och informativt diskuterar de olika formerna. Avsnittet och boken avslutas med att Bragason skriver om psykoser hos äldre.

Gemensamt för de flesta kapitel är att de inleds med en kort, fiktiv sjukhistoria, som aptitväckare. Detta ger en utmärkt praktisk-klinisk utgångspunkt för läsningen av kapitlet. Problematiskt är däremot användningen av litteraturlistorna. När författare – som Schaie och Wechsler i kapitel 1 – är nämnda i texten är det lätt att finna de relevanta arbetena. Men detta är tyvärr undantaget. Om läsaren exempelvis vill läsa vidare om den i kapitel 2 nämnda förlust av hjärnceller måste hon/han leta sig fram till Bente Pakkenberg och medarbetarens arbeten med hjälp av artikeltitlar, som inte alltid avspeglar artikelns innehåll precist. Litteraturlistor i en lärobok med referenser till en rad vetenskapliga originalarbeten, som «hänger i luften», är inte särskilt nyttiga.

Redaktörerna hade påtagit sig en svår uppgift – att balansera mellan en festskrift, som låter författarnas personligheter och engagemang i sina ämnen komma fram, och en lärobok, som bör vara enhetlig med hänsyn till skrivstil och kapitlens uppbyggnad. Dessutom utväljs vanligen författarna till en festskrift med hänsyn till deras relationer till den person, som skriften riktar sig till, medan författare till en lärobok utväljs enbart med hänsyn till deras kompetens och pedagogiska förmåga. Trots att således ha haft oddsens emot sig har redaktörerna

forts. s. 6

A Dynamic Analysis of the Costs of Dementia in Denmark

Ph.D. afhandling,
Økonomisk Institut, Københavns Universitet, rød serie nr. 90.

I min afhandling behandler jeg en serie af emner. For det første er det en empirisk analyse af omkostningerne i forbindelse med demens i Danmark når man benytter et dynamisk studie design til at kontrollere for individ heterogenitet.

For det andet er det en undersøgelse af mulighederne for at lave et system til kapacitets planlægning såvel indenfor somatiske sygehuse som imellem de enkelte dele af den offentlige administration, som er involveret i direkte patient behandling såsom sygehuse, plejehjem, beskyttede boliger, psykiatriske institutioner m.v.

For det tredje er det et studie i mulighederne for at benytte dynamiske investeringsmodeller -real options- til at prissætte og time indførelsen af nye medicinske innovationer, såsom Aricept et lægemiddel til behandling af demens.

Med udgangspunkt i en kohorte studie af demens i Brønshøj-Husum området, hvor

deltagerne er undersøgt såvel ved hjælp af MMSE som psykologiske tests for at fastslå om og i hvilken grad de er demente, så er denne diagnose kombineret med data fra alle relevante offentlige registre.

Herved kan man benytte den enkelte deltagers egen anamnese som en yderligere kontrol for variation i omkostninger på samme måde, som man kan anvende demografiske og sociale baggrunds karakteristika. Fordele er at man får et mere præcist estimat for den meromkostning som skyldes fremkomsten af demens idet man kan rense omkostninger i forbindelse med den eventuelle ekstra sygelighed bort, som de patienter der får demens, måtte have haft tidligere i deres liv.

Hvad er resultaterne så? Vi finder, at for den undersøgte population på 1780 personer, hvoraf 243 er diagnosticeret for demens så er der *ikke* en

signifikant meromkostning for demens patienter. Grunden er, at de demente patienter er mere sygelige og koster mere for samfundet, men dette opvejes af at de har en højere dødelighed. Dette er et markant anderledes resultat end tidligere undersøgelser af demens er kommet frem til. Undersøgelsens resultater ligger dog i forlængelse af resultaterne fra Odense undersøgelsen, som også fandt at de tidligere meget dramatiske estimater for omkostningerne til demens var overdrevne.

Det er muligt at benytte data fra offentlige registre til at konstruere en fysisk mandskabsplanlægningsmodel med henblik på optimering af driften på sygehuse og plejehjem.

For de demens patienter som kan komme i betragtning for behandling med Aricept, bør denne behandling igangsættes straks. Dette er det over hele sygdomsperioden mest omkostningseffektive tiltag.

Norsk selskap for aldersforskning (NSA) fyller 50 år!

Norsk selskap for aldersforskning fyller 50 år i 2004, og vil markere og feire selskapets lange liv med en jubileumskonferanse.

Temaet for konferansen er:
Nye tider, nye livsløp, nye eldre? Utfordringer ved aldring i en ny tid.

Konferansen retter blikket bakover, men ser mest fremover, og stiller spørsmål om hvilke utfordringer nye livsløp, høyere levealder, endrede samlivsformer, ønsker og behov stiller forskning, eldrepolitikk og praksis overfor.

En rekke sentrale norske og nordiske forskere vil holde foredrag. De tar opp temaer som: Livsløp, generasjoner og generasjonsrelasjoner i endring. Mestringsstrategier og verdier blant kommende eldre og dagens gamle. Helseutfordringer, omsorg og behandling i eldre år, og utfordringer for velferd, eldrepolitikk og aldersforskning.

Tid: 27 september 2004.
Sted: Gamle Logen, Oslo.
Program: se www.geronord.no/nsa
Påmeldingsfrist 10. september 2004.

Påmelding og nærmere informasjon:
NSA, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Medisinsk divisjon, Geriatrisk avdeling, Ullevål universitetssykehus, 0407 Oslo.
Tlf. 22117728, fax 23016161, e-post: kirsten.thorsen@nordemens.no

EFTERLEVANDEPROBLEMATIKEN BLAND VÅRA ÄLDRE I ETT NORDISKT PERSPEKTIV

Sorg är ett viktigt forskningsområde. Människan drabbas av förluster i stort sett från vagnen till graven. Sorgesituationer av olika dignitet inträffar utanför vår kontroll. Hur vi som enskilda individer reagerar, är avhängigt av många faktorer både inom och utanför oss själva.

Hur hanterar gamla människor sorgen efter sin make/maka? Det finns idag förhållandevis litet forskning om psykosociala, fysiska, existentiella och juridiska konsekvenser vid förlust av en nära anhörig. Detta torde gälla i de flesta nordiska länder. Mot bakgrund av nationernas likheter i samhällsstruktur skulle ett gemensamt grepp på sorgforskningen kunna visa på likheter och olikheter i sorgereaktioner, behov av stödmöjligheter, hälsopreventiva åtgärder, nationella handlingsprogram och utbildning på området. Idén stöds av Nordiska Samarbetsnämnden för Samhällsforskning (NOS-S).

Nu har planeringsarbetet med ett sådant samnordiskt forskningsprojekt påbörjats. I oktober 2003 samlades representanter för den nordiska projektgruppen (Sverige, Norge, Danmark, Finland och Island) i Göteborg. Huvudtanken är att få en samsyn av forskningen inom sorgområdet, samordna undersökningsmetodik, förmedla resultaten och utforma evidensbaserat informationsmaterial inom och utom vetenskapssamhället. Förväntat resultat av en nordisk satsning är också gemensamma riktlinjer för forskning och utveckling av sörjandestödet i de nordiska länderna.

Den nordiska gruppen avser även att studera effektiva metoder för mätning av sorgens natur, kvalitet och intensitet, samt pröva interventioner hämtade från andra länder som är «före» oss på området, t.ex. England. Samarbetet har därför inletts med London Bereavement Network (LBN), där man bl. a. utarbetat Bereavement Care Standards som nationell guide i efterlevandesammanhang.

Efterlevandeproblematiken undersöktes på uppdrag av Socialdepartementet i Sverige i samband med utredningen om äldres psykiska ohälsa. Rapporten *Sorg och stöd bland äldre; kunskapsöversikt och rekommendationer* (Grimby 2002) innehåller en aktuell översikt av material från sorgforskare världen över och kan hämtas hem via Sveriges Pensionärsförbund (www.spfpension.se/publikat.html#grimby).

I rapporten lyfts bl. a. fram att Sverige inte har något övergripande program för interventioner i individuella sorgesituationer, saknar nationellt kunskaps- och forskningscentrum på området (och därmed formaliserad utbildning till stödjare), har ett begränsat utbud av informationsmaterial till sorgedrabbade och förlitar sig till stor del på Svenska kyrkan i stödsammanhang.

Många vårdande enheter saknar riktlinjer eller rekommendationer att arbeta utifrån när det gäller efterlevandestöd. Ostrukturerat sörjandestöd ger förvirring och sämre engagemang. Men stödet stupar sällan på att vilja saknas. Bristen på tid, personal och resurser är sedan länge en stor hindrande faktor. Med riktade stödprogram – anpassade till vårdenhet, sorgetyp, sociala och personliga faktorer – skulle hjälpen kunna fungera bättre.

För att kunna förmedla adekvat stöd i en av livets största stresshändelser behövs kunskap. Kris- och katastrofberedskap kräver ingående tvärfacklig utbildning. Sorg är inte en sjukdom, men kan ge sjuklighet. Sorgestödet skall för den skull inte i professionaliseras. Men både patologiskt och naturligt sörjande behöver vägvisare. En gemensam nordisk satsning på den vägen håller nu på att utvecklas.

Agneta Grimby
Med dr, leg psykolog
Geriatriken Sahlgrenska
Sahlgrenska Universitetssjukhuset
Göteborg
E-post: agneta.grimby@telia.com

forts. fra s. 3

Referanser

- Beverfelt, E. (1998): *Tilbakeblikk på aldersforskning og et nasjonalt institutt i Norge*, i E. Beverfelt, A. Helset og R. Ingebretsen (red.): *Spor etter år*. Oslo: NOVA-rapport nr. 15/1998
- Friis, H. (1994): *Da gerontologien var ung*. i A. Helset, Aa-M Nygård, S. Seim og T. Utne (red.): *Aldersdoms vekst*. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Gedde-Dahl, T. (1954): *Aldersforskningen i Norge*. Oslo: Særtrykk fra Nordisk Medicin 1995:54: 1051
- Gedde-Dahl, T. (1957): *Nasjonalforeningens arbeid for de eldres helse og velferd 1948-1956*. Oslo: Nasjonalforeningen for folkehelsen.
- Nordvik H, Aa-M Nygård og E Beverfelt (1965): *En psykologisk/medisinsk undersøkelse av en gruppe middelaldrende og en gruppe eldre*. Norske Gerontologiske Skrifter nr. 11. Oslo: Norsk selskap for aldersforskning.

forts. fra s. 4

lyckats överraskande väl med uppgiften även om längden på de olika kapitlen alltid kan diskuteras.

Till trots för en del kritiska kommentarer överväger det positiva klart. Boken kan därför utan förbehåll rekommenderas till intresserade läkare och medicinstuderande samt lärare vid olika utbildningar inom hälso- och sjukvårdssektorn. Boken förtjänar också en utbredning utanför Norges gränser – en motsvarande bok finns varken på svenska eller på danska. Den här boken är dessutom skriven på en norska, som andra skandinaver inte borde ha svårigheter med att läsa.

Andrus Viidik
av@ana.au.dk

Om laxar och bin¹⁾

Det har varit säsong för ätande av lax under den gångna jul- och nyårshelgen. I Österrike har man också haft säsong för «Lebkuchen», en slags mjuk pepparkaka som förutom kryddor, mjöl och karamelliserat socker innehåller honung. En hel del av julmaten (främst animala fetter innehållande mättade fettsyror) hör inte till den kost, som främjar ett framgångsrikt åldrande. Men kanske hade några av läsarna ett nyårslöfte om att äta förnuftigare under det nya året – ett löfte kanske håller till nästa jul. Av julmaten hör lax och honung emellertid till det, som man kan njuta av hela året utan att få dåligt samvete.

Fettet i laxen – i varje fall den vilda laxen som föds i en älvs sötvatten och vandrar ut i ett havs saltvatten – innehåller en balanse-rad samling av nyttiga fleromät-tade fettsyror. Här är laxen en naturlig del av födokedjan mellan plankton och människa. Människan kan inte själv bilda de essentiella n-3 och n-6 fettsyror. Dessa måste därför tillföras med kosten, bl.a. fisk. Problem kan uppstå när lax odlas i stora bassänger nedsänkta i vatten utmed kusterna och fodras med «konstgjord» föda. Här kan balansen mellan n-3 och n-6 rubbas så att mängden av n-3 blir för liten, i synnerhet av den långkedjade DHA. Men var får man tag på filéer av den vilda laxen när produktionen av den odlade laxen når upp på en million ton nästa år? Men det finns ju annan nyttig fisk, som ännu fiskas upp ur havet.

Laxen, åtminstone de flesta arter av stillahavslaxen (släktet *Oncorhynchus*), är också på ett annat sätt intressant för åldrandeforskningen. Den vuxna laxen återvänder från Stilla Havet till den älv, som den är född i, för att

leka. Vid övergången från salt- till sötvatten börjar undre hjärn-bihanget att förstoras och utsöndringen av olika hormoner ökar. Övergången till sötvatten underlättas och ägg- och sädesceller mognar. Sedan ökar produktionen av i synnerhet binjurebarkhormoner alltför mycket (även om laxen inte har binjurar). Degenerativa förändringar uppträder i många organ. Efter att ha lekt färdigt dör laxen och blir till föda för unga laxar, som ännu inte varit ute i oceanen. Under utvecklingen av arterna har laxens livscykel – också dess snabba åldrande – optimerats på detta sätt för artens fortbestånd.

Den atlantiska laxen (*Salmo salar*) omfattande laxar, som tillbringar sin vuxna tillvaro i antingen Atlanten eller Östersjön (vilket som nu ligger närmast från födelseälven), lever däremot ett «normalt fiskliv» utan en dramatisk döds-kamp. Rekordet för överlevnad innehas kanske av en lax, som registrerades av den finske laxforskaren T H Järvi för att vid 10 års ålder vara på väg för femte gång upp i Torne älv för att leka.

Honung har sedan Platon (grekisk filosof omkring 300 år före Kristus) ansetts vara hälso-befrämjande. Han rekommenderade en balanserad kost bestående av sädesprodukter, grönsaker, frukt, mjölk, honung och fisk – men kött och vin med försiktighet. Under de många följande århundraden var honung det förhärskande sötningsmedlet men är idag förträngt av raffinerat socker, som saknar allt vad honung innehåller – förutom sötman. Det är känt, att honung bl.a. innehåller antioxidanter, vilka i laboratorieanalyser har visat sig lika effektiva som de motsvarande ämnena i olika frukter och grönsaker.

Amerikanska forskare har nyligen visat, att drickande av honungsvatten ökar blodets antioxidativa kapacitet tydligt. Så varför inte börja söta kvällsteet med honung (ju mörkare honung desto bättre)?

Också de honungsproducerande bina är intressanta för åldrandeforskningen. Jag citerar en «sidoblick» ur min bok om kroppens åldrande (Liber, Stockholm 2002): Medan arbetsbin lever 1-12 månader så lever bidrottningar 5-8 år. Hur kan man förklara denna upp till 100 gånger stora skillnad i livslängd, när båda typer av bin har samma genuppsättning? En mekanism är att larver, som skall bli bidrottningar, får mer och annorlunda sammansatt föda än dem som blir arbetsbin: De matas 10 gånger oftare och födan har en tre gånger högre koncentration av socker (fruktos och glukos). Detta förändrar utvecklingen från larv till vuxet bi radikalt, framför allt genom att det sker ändringar i produktionen av vissa hormoner. Bidrottningen mognar också snabbare, på 16 dagar mot arbetsbinas 22 dagar. En bidrottning skulle nog kunna bli äldre än 5-8 år, om hon inte dödades av arbetsbin, när hennes äggproduktion upphörde – en ofrivillig ättestupa när hon inte längre är nyttig för bisamhället. Variationen i arbetsbinas livslängd beror på om de utvecklas på hösten och övervintrar eller på våren och sommaren, när det är säsong för honungssamlade. Efter att ha flugit omkring 800 km är arbetsbiet utslitet och dör. Biets livslängd beror således mest på miljöfaktorer som näring och slitsamt arbete.

Andrus Viidik

1) bin: bees, bier

Birgitta Bergman

Vision in Old Age

A longitudinal study of subjects 70 to 97 years old

Avhandling for den akademiske doktorgrad i medicin, Göteborgs universitet

Abstract

Aims. The main purpose of this study was to investigate different aspects of vision and visual function in old people, like change in vision and visual ability, to study the natural course of eye diseases, assess needs of visual intervention, investigate risk factors for ocular disorders late in life, and also to investigate coexistence between visual and hearing impairments.

Materials and Methods. Within the framework of the Gerontological and Geriatric Population Studies, the «H70 Study», launched 1971 in Göteborg, Sweden, a cohort comprising 958 subjects at the start of the study was eye-examined longitudinally at ages 70, 82, 88, 95 and 97 years. At ages 95 and 97, cross-sectional groups were added to extend the sample. Audiological and laboratory data were analysed in connection with the ophthalmological examinations.

Results. At age 70, best-corrected normal vision ($VA_e > 0.8$) was found in 86 percent, at age 82 in 48 percent, at age 88 in 24 percent, and at age 95 in 8 percent of subjects. At age 97, severe visual impairment ($VA_d > 0.1$) was found in every third subject. The deterioration rate (i.e., logMAR change per year) was faster in the highest age interval. At age 82, the visual ability score correlated with distance VA ($r=0.62$). In subjects with no pathological findings, median VA was 0.9 at age 82 and 0.8 at age 88.

Geographic atrophy was more common than exudative late ARM. At 97 years 30 percent had undergone cataract surgery. The benefit of regular eye examinations, improvement of glasses, and early cataract surgery was assessed. At age 70, blood folate levels, and physical activity earlier, correlated positively, and body mass index (BMI) correlated

negatively, to VA > 0.8 at ages 82 and 88. Higher BMI at 70 correlated to cataract disease at age 88, and smoking at age 70 correlated to early ARM at age 82. Mild impairments of vision and hearing increased from 2 percent at age 70 to 22 percent at age 82. **Conclusions:** In old age, gradual deterioration of vision is encountered. Regular eye screening, with improvement of glasses, and/or cost-effective cataract surgery, should be performed early to increase the time of improved vision. Lifestyle variables may prospectively correlate to future eye health and vision. Combined visual and hearing impairment can result in pronounced problems in everyday activities.

Birgitta Bergman
Department of Ophthalmology, Institute of Neuroscience, Göteborg University, SU/Mölndal, SE-431 80 Mölndal, Sweden
ISBN 91-628-5662-6

POSTGRADUATE COURSE IN ALZHEIMER'S DISEASE

Professors Bengt Winblad, Laura Fratiglioni, Lars-Olof Wahlund and Matti Viitanen are running this successful course once again during summer 2004 (August 23-26) at the Novum Research Park, Karolinska University Hospital / Huddinge, Stockholm, Sweden. The panel of tutor comprise professors Ove Almkvist, Thomas Dierks, Knut Engedal, Paul Ince, Raj Kalaria, Hannu Kalimo, Richard Knight, and other leading specialists in Dementia care from Europe.

The course will highlight the latest significant advances in Alzheimer's research, of which there have been many, and the importance of these advances to

clinical work. Pupils will undertake lectures and group reviews of patient case histories. Methodological research problems including differential diagnoses in Alzheimer's Disease (AD) will be illustrated through interactive seminars.

The course is scheduled to run four days and will cover such subjects as Epidemiology and Genetics of AD, Imaging Techniques in Dementia, Dementia Scales and Neuropathology of AD.

The course is open for people working in the field both from drug industry and the health care system.

For further information and registration, contact Secretary or Prof. Matti Viitanen, Matti.Viitanen@neurotec.ki.se

MD, PhD Mii Kivipelto
Mii.Kivipelto@uku.fi
+46 8 690 58 22

Secr Maggie Lukasiewicz
Maggie.Lukasiewicz@hs.se
Phone: +46 8 5858 5476
Fax: +46 8 5858 5470
Karolinska University Hospital/
Huddinge
Division of Geriatric Medicine B 84
S-141 86 Stockholm, Sweden

Katarina Wilhelmson
Longer Life – Better Life?
Studies on mortality, morbidity and quality of life among
elderly people

Avhandling for den akademiske doktorgrad i medisin, , Göteborgs universitet

Abstract

Background: Life expectancy has been increasing, but whether or not the added years are years with good health and quality of life have been vividly debated. Knowledge of the health conditions among elderly is of increasing importance.

Aim:

- To analyse differences in mortality and morbidity in three cohorts of 70-year olds with special regard to the impact of social factors.
- To compare health information from interviews and medical records.
- To investigate what elderly people consider being important for their quality of life.
- To determine predictors for suicide among the old elderly (75+).

Methods: Paper I and II: Random samples of 70-year old people born in 1901/02 (n=973), 1906/07 (n=1036) and 1911/12 (n=619). They were examined and interviewed

regarding social background, social network and health. Death records were obtained up to and including 1998. Paper III-V: 85 elderly suicide cases (65 years of age and above) and 153 randomly selected control persons were interviewed in person or by proxy, and their medical records were reviewed.

Results: The later born cohorts had lower mortality compared to the first-born cohort. Participants not living in an institution, non-smokers and those with one or more diseases were among those who had lower mortality in the later born cohorts. There were fewer 70-year olds not feeling healthy, fewer having many symptoms and there were indications of better physical functioning in the later born cohorts. Medical records gave better information concerning specific diseases, while interview data provided better measures of impairments. Elderly persons

consider health, social relations, functional ability and activities to be important to the quality of life. Family discord, severe physical illness, loneliness and depression were risk factors for suicide in the old elderly. Conclusions: Good years seem to have been added – although we live longer with diseases. More good years can be gained with improvements in life style behaviour and with continued improvements in health services and medical treatment. It is important to recognize and treat depressions among elderly people, especially in the context of severe illness and impairment.

Katarina Wilhelmson
Avdelningen för socialmedicin och geriatric, Göteborgs universitet
Boks 453, SE-405 30 Göteborg
ISBN 91-628-5527-1

Ærespris til professor Knut Engedal

Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom delte i år for første gang ut en ærespris, som var på NOK 25.000. Prisen ble tildelt professor Knut Engedal, Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens. Leder av Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom Eva Wilhelmson foresto utdelingen sammen med styremedlem, professor Leif Gjerstad, Rikshospitalet, som ga følgende begrunnelse:

«Professor Knut Engedal er en helt naturlig, ja selvskreven mottaker av den første æresprisen

til Civitan Norges Forskningsfond for Alzheimers sykdom.

Professor Knut Engedal har gjennom en årrekke arbeidet med å kartlegge forekomst og type av aldersdemens og ikke minst utviklet et bredt og godt tilbud til denne pasientgruppen. Han har stått i spissen for flere store og viktige forskningsprosjekter om demens i Norge, bygget opp et enestående tilbud om utredning og oppfølging av demenspasienter ved Ullevål universitetssykehus samt drevet omfattende undervisning om

demens overfor leger og annet helsepersonell i hele landet.

Han hadde bred medisinsk bakgrunn fra både allmenne medisin, kirurgi og geriatri før han skaffet seg en spesialitet innen psykiatri og var på bakgrunn av sin vitenskapelige og faglige dyktighet en helt naturlig leder/koordinator da Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens ble opprettet i 1997 - et senter med stikkordene utvikling, formidling og forskning.»

Vi gratulerer!

Birgitte Moesgaard Henriksen

Oral health among the elderly in Norway - A descriptive epidemiological study

Doktorgradsprøve for graden dr.odont, Universitetet i Oslo, Det odontologiske fakulter

Abstract

The overall objective of this study was to perform a national survey on oral health among the elderly in Norway.

Two study populations were selected representative for the population aged 67 years and more in Norway. For *Study 1*- 1,152 age pensioners from 11 counties were selected. In all, 582 individuals could be examined (mean age 76.4 ± 5.9 years, age range 67-99), 265 (46%) men and 317 (54%) women. The response rate was thus 53.0%. For *Study 2*- 2,893 individuals receiving social care were selected from all 19 counties of Norway. In all, 1,910 individuals could be examined (mean age 84.2 ± 7.2 years, age range 67-107 years), 1,358 living in nursing homes, 552 living at their own homes. The response rate was 66%.

In *Study 1* all individuals were examined by the author mostly in dental clinics. In *Study 2* examinations were performed by calibrated dental teams in nursing homes or in the individuals homes.

In *study 1* the overall prevalence figures for «own teeth only», «own teeth and dentures» and «dentures only» were 40.0%, 27.9% and 31.6%, respectively. Three regions of Norway could be identified with respect to the occurrence of teeth and dentures, region A (South-East counties including the capital city Oslo), region B (West-Central counties), and region C (Northern counties) the prevalence of dentures being highest in region C. Having «dentures only» was more prevalent among women in all regions. Teeth were recorded in 394 out of the 582 individuals

examined (67.7%). Mean number of remaining teeth among the dentate individuals was 17.2. In *study 2* the overall prevalence figures for «own teeth only», «own teeth and dentures», «dentures only» and «no teeth/no dentures» were 19.6%, 21.0%, 54.0% and 5.3%, respectively. Also in this study the same differences with respect to the occurrence of teeth and dentures were found between the geographical regions A, B and C and also in this study «dentures only» was more prevalent among women. Any remaining teeth were found in 773 individuals (40.5%). The mean number of remaining teeth in the dentate population was 12.3.

In *Study 1* mean number of DMFT in the study population was 25.4. Mean number of DT was 0.46, FT 8.4 and root remnants 0.11. Of the total study population 20.5% of the individuals had dental caries. The prevalence of caries was 15.1% in the individuals in long-term care. Among the dentate participants the mean number of DMFT was 24.1. Mean number of DT was 0.67, FT 12.4 and root remnants 0.17. Men had significantly higher DT than women and DT decreased by increasing age. Only small differences were found in prevalence of dentate individuals with caries between gender, age groups, geographical regions and densely/thinly populated living areas. Secondary caries was more prevalent than primary caries, especially among men, and coronal caries was more prevalent than root caries.

An index for evaluating oral hygiene/status, MPS (mucosal-plaque score) was developed and

tested for inter- and intra-examiner agreement.

Unacceptable/poor oral status, MPS 5-8 was recorded in 45.7% of the population. The oral status was significantly better in individuals with dentures than in those with own teeth. The MPS was higher in individuals living in institutions compared to individuals living in their own homes.

A «good» medical status making «comprehensive» dental care receivable for the patient, Treatment Ambition Index score 4 (TAI 4), was recorded mostly for those with «own teeth only».

The prevalence figures of oral symptoms/pain was 13.4%, chewing/eating/swallowing problems 31.4% and having a feeling of dry mouth 16.9%. Oral symptoms and eating/chewing problems were most prevalent for individuals with dentures. Also xerostomia was most prevalent in individuals with dentures and it decreased somewhat with increasing age. Unacceptable/poor oral status, assessed by the mucosal-plaque score (MPS) seemed to have no impact on oral symptoms, eating problems or xerostomia.

In conclusion these studies have shown that there are considerable geographical disparities with respect to the dental/denture status in Norway. The number of remaining teeth did not meet the WHO/FDI goals for the year 2000 in large parts of Norway. Caries prevalence was relatively low and coronal caries was more prevalent than root surface caries. Oral hygiene/status did not influence on oral symptoms.

Swed Dent J 2003;27: Suppl 162

The Relation of Blood Pressure to Dementia in the Elderly: A Community-Based Longitudinal Study

Avhandling for den akademiske doktorgrad i medicin
Karolinska Institutet, Stockholm

Abstract

This doctoral thesis concerns a community-based, prospective study aimed at investigating the complex relationship between blood pressure (BP) and risk of dementia in a dementia-free cohort (n=1301) aged ≥ 75 years in Stockholm, Sweden. After baseline survey (1987-1989), the cohort was followed for over 6 years, during which 2 waves of clinical examinations (1991-1993 & 1994-1996) for dementia and Alzheimer's disease (AD) (DSM-III-R diagnostic criteria) were performed. Data were analyzed with Cox proportional hazards models. The major findings from the five research papers included in this thesis are summarized below.

In *Study I*, the relationship between BP and dementia was examined. Subjects with high systolic BP (>180 vs. 141-180 mm Hg) or low diastolic BP (≤ 65 vs. 66-90 mm Hg) had an increased risk for AD and dementia. The association between low diastolic BP and high risk of dementia was particularly pronounced among the users of antihypertensive drugs. Systolic BP ≤ 140 mm Hg and diastolic BP >90 mm Hg were not associated with the risk of AD and dementia.

In *Study II*, we examined the relationship between pulse pressure and risk of dementia and AD. Compared with median tertile of pulse pressure (70-84 mm Hg), lower pulse pressure (<70 mm Hg) and higher pulse pressure (≥ 85 mm Hg) were both found to be significantly associated with an increased risk of AD and

dementia. The U-shaped relationship between pulse pressure and risk of dementia was present mainly among women.

In *Study III*, the combined effects of APOE e4 allele, high systolic BP, low diastolic BP, and use of antihypertensive drugs on the risk of AD were assessed. APOE e4 in combination with either high systolic BP (≥ 140 mm Hg) or low diastolic BP (<70 mm Hg) greatly increased the risk of AD. Antihypertensive drug use significantly reduced AD risk regardless of APOE e4 status, and counteracted the combined risk effect of APOE e4 allele with high systolic BP on the risk of AD.

In *Study IV*, we found that systolic and diastolic levels greatly decreased over 3 years before a dementia diagnosis and continued to decline thereafter. Diastolic BP decline was not significantly predictive of dementia, whereas a greater decline in systolic BP (≥ 15 mm Hg vs. no decline) was statistically associated with an elevated risk for AD and dementia among persons with systolic pressure level <160 mm Hg or those with vascular disease at baseline.

Finally, *Study V* indicated that heart failure was associated with relative risks of 1.7 (95 percent CI, 1.2-2.4) for AD and 1.5 (95 percent CI, 1.1-2.0) for dementia. Use of antihypertensive medications counteracted the risk effect of heart failure on AD and dementia. Heart failure and low diastolic BP (<70 mm Hg) showed an additive

effect on the risk of AD and dementia.

In summary, low diastolic and high systolic pressure, and both low and high pulse pressure are determinants of AD and dementia in very old adults. BP levels were affected by the dementing process. Chronic heart failure may increase the risk of dementia. Use of antihypertensive drugs reduces the risk of AD and dementia, diminishes the risk effects exerted by APOE e4 allele and heart failure on AD and dementia, and modifies the joint effects of high systolic BP and the APOE e4 allele on the risk of AD. These findings indicate that the atherosclerotic process and cerebral hypoperfusion may be involved in the pathogenesis and clinical expression of AD and dementia.

ISBN 91-7349-755-X

Aktuelle konferanser

17. Nordiske Kongress i Gerontologi - Åldrandet - utmaningar och möjligheter
Stockholm, Sverige
23.-26. maj 2004
Information:
<http://www.stocon.se/17NKG>

The Nordic Audiological Society (NAS) and the Swedish Audiological Society (SAS) will arrange
The 1st International Congress on Gerontological/Geriatric Audiology (1st ICGA)
Stockholm, June 6.-9, 2004
Information:
Tel: +46 8 5465 1500
Fax: +46 8 5465 1599
E-mail: icga2004@stocon.se

ENABLE - Final conference
Challenges in dementia care:
Can technology help people with dementia?
Oslo, Norge 21.-23.. juni 2004
Information:
www.enableproject.org
Norwegian Centre for Dementia Research
post@nordemens.no

9th International Conference on Alzheimers Disease and Related Disorders
Philadelphia, Penn., USA,
July 17-22 2004
Information:
info@cagacg.com

6th World Congress on Aging and Physical Activity
Canadian Centre for Activity and Aging, London, Ontario, Canada, N6G 2M3, 3.-7. August 2004
Information:
E-mail: wcapa@uwo.ca
www.uwo.ca/actage/wcapa

Int. Federation on Ageing
7th Global Conference
Global Ageing: Sustaining Development
Singapore, 5.-8. September 2004
Information: <http://www.7ifaconference.com>

32th Congress of the European Association of Geriatric Psychiatry (EAG)
Challenges in geriatric psychiatry
Oslo, Norge, 23.-25. september 2004
Information:
www.nordemens.no/eag32
e-mail: eag32@nordemens.no

18. Nordiske Kongress i Gerontologi
Jyväskylä, Finland
28.-31. mai 2006