

Nordiske sundhedsfremmende perspektiver på ældre menneskers deltagelse og tryghed

Videnskabeligt essay

Mahler, Marianne; Clancy, Anne ; Johannessen, Aud ; Lind, Johanne; Liveng, Anne; Sarvimäki, Anneli ; Stenbock-Hult, Bettina ; Simonsen, Nina

Published in:
Nordisk Tidsskrift for Helseforskning

DOI:
[10.7557/14.5176](https://doi.org/10.7557/14.5176)

Publication date:
2020

Document Version
Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):
Mahler, M., Clancy, A., Johannessen, A., Lind, J., Liveng, A., Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B., & Simonsen, N. (2020). Nordiske sundhedsfremmende perspektiver på ældre menneskers deltagelse og tryghed: Videnskabeligt essay . *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 16(1). <https://doi.org/10.7557/14.5176>

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the public portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognise and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the public portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain.
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the public portal.

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact rucforsk@kb.dk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Nordiske sundhedsfremmende perspektiver på ældre menneskers deltagelse og tryghed¹

Marianne Mahler, Anne Clancy, Aud Johannessen, Johanne Lind, Anne Liveng, Anneli Sarvimäki, Bettina Stenbock-Hult og Nina Simonsen

Marianne Mahler, Dr.PH., Institut for filosofi og læring, Aalborg University, Copenhagen, Danmark, Marianne_mahler@godmail.dk

Anne Clancy, professor, PhD., UiT Norges arktiske universitet, Institutt for helse- og omsorgsfag, Campus Harstad, Norge

Aud Johannessen, professor, Dr.PH., Universitet i Sørøst Norge, Campus Vestfold, Norge

Johanne Lind, lektor, cand mag, MPH, Københavns Professionshøjskole, Institut for Sygeplejerske- og Ernæringsuddannelserne, Danmark

Anne Liveng, Associate Professor, Ph.D., Roskilde Universitet, Danmark

Anneli Sarvimäki, PhD, Äldreinstitutet, Finland

Bettina Stenbock-Hult, överlärare emerita, PhD, Nylands svenska yrkeshögskola Arcada, Finland

Nina Simonsen, Ph.D. Folkhälsan Research Center, and Department of Public Health, University of Helsinki, Finland

Abstract

Demographic changes and the growing elderly population in Scandinavia provide an incentive to study Health Ageing in the Nordic Countries. The chosen Nordic perspective takes into account commonalities and differences in socio-economic status, welfare systems, gender, history and culture. It also involves focusing on the health of individuals and populations. The Nordic perspective and the authors' understanding of health and health promotion provide a backdrop for the essay. The authors are part of the Nordic Health Promotion Network (NHPRN), which is grounded in an ethics of health and well-being. This understanding highlights key values such as participation, justice and equality (freedom from discrimination), autonomy (independence). The authors focus mainly on the importance of participation and on the older person's sense of security in this paper. We seek answers to what prevents and in which way Healthy Ageing can be promoted in the Northern countries. Concepts such as discrimination, retirement, dementia, nursing

¹ Artiklen er en bearbejdning og videreudvikling af en samling working papers. Stenbock-Hult B, Sarvimäki A. (red.) Healthy Ageing. Nordiska perspektiv på äldres hälsa och främjande av äldres hälsa. Arcada Working Papers 2/2016.

home residents' access to nature and the elements, and the importance of relationships are illuminated.

Keyword/Nøkkelord:

Healthy Ageing; Nordic Countries; security; participation

Healthy Ageing; Nordiske lande; tryghed; deltagelse

Referee*

Introduktion

Befolkningen i de nordiske lande bliver ældre. Mellem 1990 og 2013 øgedes den forventede livslængde mellem 6 og 8 år. Andelen af personer over 80 år er for nærværende 4,8 % i Norden og den forventes at stige til 8,6 % frem til 2040. Samme udviklingstendens kan ses over hele Europa, hvor andelen af personer, der er fyldt 65 år forventes fordoblet fra 2010 til 2050. For tiden er andelen af personer over 65 år sammenlignet med andelen af 29-64-årige noget højere i Norden end i det øvrige Europa (EuroHealthNet, 2015; Haagensen, 2014).

Den voksende andel af ældre motiverer til opmærksomhed på ældres sundhed som et sundheds- og samfundspolitisk mål. Sundhed er vigtigt for de ældre selv, for at de skal kunne leve et så godt liv som muligt. Endvidere er det vigtigt for samfundet og samfundsøkonomien. En inkluderende samtale forudsætter at også ældre har mulighed for at deltage, eller som det udtrykkes i Verdenssundhedsorganisationen (WHO, 2016b) 'We are determined to leave no one behind....'. Også med tanke på samfundets økonomiske sammenhængskraft er det væsentligt at ældres behov for intensiveret omsorg kommer så sent i livet som muligt. Derfor har både Den Europæiske Union (EU) og World Health Organization (WHO) fremført sundhed og et aktivt ældreliv som centrale mål.

Termen Healthy Ageing lanceredes i et EU-projekt 2004-2007 hvor det defineres på følgende måde: 'Healthy Ageing is the process of optimising opportunities for physical, social and mental health to enable older people to take an active part in society without discrimination and to enjoy an independent and good quality of life' (The Swedish National Institute of Public Health, 2006:16).

Definitionen fremhæver centrale værdier som deltagelse, retfærdighed og ligestilling (frihed fra diskriminering), autonomi (selvstændighed). Healthy Ageing er fokus for WHO's (2016a) arbejde i forhold til ældre i årene 2015 – 2030. Begrebet erstatter det tidligere Active Ageing (WHO, 2002) og baserer sig på de samme

værdier og udgangspunkter. Active Ageing fremhæver også tryghed, samt retningslinjer for sundhedsfremme og ret til sundhed.

I dette essay vil vi fokusere på deltagelse og tryghed som centrale værdier i Healthy Ageing. Deltagelse indgik som central værdi i EU's oprindelige definition (The Swedish National Institute of Public Health, 2006). Senere blev den fremhævet af WHO (2016b) som et vigtigt element i en bæredygtig udvikling. Eftersom deltagelse indebærer at de ældre kan være aktive i samfundet uden at blive diskriminerede, kan man sige at deltagelse rummer både autonomi og retfærdighed. Ældres ret til tryghed blev understreget allerede for 20 år siden af De Forenede Nationer (FN) (United Nations 1999) og indgik i Active Ageing. Da diskriminering medfører utryghed, kan man sige at tryghed, på samme måde som deltagelse, indbefatter retfærdighed.

Deltagelse kan inddeles i socio-kulturel, intellektuel og emotionel. At være socio-kulturelt deltagende indebærer at have mulighed for at være aktiv i samfundet og i kulturlivet: at kunne tage beslutninger, deltage i samfundspolitik eller i organisationslivet og påvirke beslutninger, der berører ens egen livssituation. Dette forudsætter et tilgængeligt miljø. Der kræves for eksempel at trafikløsninger tager hensyn til ældre, at der findes bænke at hvile på og at gaderne er tilgængelige om vinteren. Intellektuel deltagelse betyder at ældre skal have mulighed for at bidrage med viden, erfaringer og refleksioner. Ældre skal kunne indgå i dialog dels for at blive informerede, dels for selv at bidrage med synspunkter. At muliggøre emotionel deltagelse indebærer at gøre det muligt for ældre at føle sig respekterede og involverede i sammenhænge samt at udtrykke deres følelser i relation til andre (Sarvimäki & Stenbock-Hult, 2008).

Forenede Nationer (FN) (United Nations, 1999) siger at ældre bør have mulighed for at leve i miljøer som er trygge og som kan tilpasses ældres præferencer og foranderlige kapacitet. At leve i tryghed indebærer også ikke at blive udnyttet af andre eller blive udsat for psykisk misbrug. Dertil kommer at ældre bør have adgang til sociale og juridiske tjenester, som kan styrke deres autonomi, beskyttelse og omsorg. Det som FN betoner, er den ydre tryghed. Den indre tryghed bygger på en følelse eller fornemmelse. Følelsen af tryghed kan indebære at man har tiltro til sig selv og sine evner til at klare sig i hverdagen. Den kan også indebære at man stoler på sine omgivelser og føler sig sikker i sit miljø, både det sociale og det fysiske (Andersson, 1984; Sarvimäki & Stenbock-Hult, 1996).

Formålet med dette essay er at undersøge de sundhedsfremmende værdier i forståelsen af Healthy Ageing i en nordisk kontekst ved at fremhæve deltagelse og tryghed. Vores undersøgelse går ud fra to spørgsmål:

Hvad er det som forhindrer Healthy Ageing (deltagelse og tryghed)?

På hvilken måde kan Healthy Ageing (deltagelse og tryghed) fremmes?

Vi søger svar på disse spørgsmål ved at undersøge holdninger til alderdom og aldring på samfundsniveau og i forestillingerne om overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv. Det øgede antal ældre vil medføre en voksende gruppe med forskellige sundhedsproblemer og funktionsevnenedsættelser. Det vil være en udfordring med tanke på Healthy Ageing. Personer med demenssygdom er en sådan gruppe, derfor gransker vi denne gruppe nærmere. Derefter udforsker vi forudsætningerne for Healthy Ageing på plejehjem. Trods det at de fleste ældre bor og vil blive ved med at bo i deres egne hjem, kan svigtende helbred og funktionsevne gøre, at mange kommer til at leve de sidste år på plejehjem. Til slut gransker vi hvordan Healthy Ageing kan fremmes i lokalsamfundet.

Det er vigtige problemstillinger for alle, der beskæftiger sig med ældreområdet. Særligt vil dog social-, sundheds- og omsorgsuddannede kunne få glæde af vores refleksioner.

Hvor der refereres til empirisk forskning og interviews er de forskningsetiske regler respekteret og overholdt.

Syn på at blive gammel

Aldersdiskrimination

Alderdom beskrives ofte med en forfaldsretorik med fokus på fysisk og mental forringelse (Nielsen, 2010). Denne retorik har sneget sig ind i den almene opfattelse af alderdom og er blevet til en forfaldsideologi, der kollektivt er internaliseret af mange både unge og gamle. Det er i dag udbredt at anvende udtryk som ”ældrebyrde” når gruppen af ældre omtales. De holdes ofte ansvarlige for økonomiske kriser og ungdomsarbejdsløshed og bliver derved ofre for desperate projiceringer, som kan fremsættes straffrit af såvel sundhedsprofessionelle som politikere. I modsætning til for eksempel race- og kønsdiskrimination rammer aldersdiskrimination først senere i livet og derved kan mennesker være mere uforberedte og sårbare

På trods af den såkaldte ”demografiske tsunami” (Lundgren, 2013) af ældre, synes de ikke meget i offentligheden. Sociale- og trykte medier kredser om den ungdommelige og tjekkede krop og strør om sig med socialt konstruerede stereotypier vedrørende den gamle krop.

Mange ældre har modstridende holdninger til ældrelivet. På den ene side udviser de distance fra andre ældre, som de opfatter som skrøbelige og ældre end dem selv, og nyder at have og vise at de selv har, et aktivt og indholdsrigt liv. På den anden side, så ved de, at de selv engang bliver som dem, de oplever som gamle, og oplever derfor angst og sårbarhed i forhold til aldring og død. På den måde bekræfter de samfundets og de kulturbårne aldersdiskriminerende fordomme. Der findes ikke en enkelt sandhed om ældre. Det er netop, når den enkeltes individualitet negligeres at aldersdiskrimination opstår (Lund & Engelsrud, 2008).

Ældre mennesker, som er udsat for vedvarende diskrimination og stereotypisering, altså stigmatisering, risikerer at udvikle dårlig mental sundhed, nedsat oplevelse af well-being, stress og kronisk sygdom som for eksempel hjerte-kar-sygdomme. De er i risiko for ubevidst at internalisere denne stigmatiserende opfattelse af alderdom og kan forandre både deres adfærd, identitet og selvtillid, hvilket kan få stor betydning for deres oplevelse af indre og ydre tryghed og kræfter til at være aktive deltagende i deres liv som unikke subjekter og som samfundsborgere. (Allen, 2015; Goffman, 1990). Kvinder oplever sig oftere mere utrygge end mænd. Negative stereotyper om alderdommen hindrer italesættelse af individuelle følelser og oplevelser og fremmer derved oplevelsen af utryghed blandt ældre (Hoff, 2006). De fleste selvmord i Danmark sker blandt ældre mennesker og selvmordsraten stiger i takt med stigende alder. For kvinders vedkommende sker stigningen fra 60-årsalderen og for mænds fra 70-årsalderen (Jensen & Konieczna, 2015). I de ældre interviewpersoners fortællinger om krop, aldring og fysisk aktivitet (Hoff 2006), kommer angsten for forfaldet og ønsket om at leve op til det stereotype billede af succesfuld aldring til udtryk i form af personernes deltagelse i fysisk aktivitet. Men strategien kan virke som en boomerang, idet det derved kan blive vanskeligere for dem at leve med de funktionstab, som, på trods, rammer de fleste.

Kan humanistisk aldringsforskning belyse ældre menneskers forestillinger og visioner om hvad der fremmer Healthy Ageing – deltagelse og tryghed?

Forestillinger om overgangen fra arbejde til pensionistliv

Overgangen fra arbejdsliv til livet som pensionist symboliserer en indtræden i det sene liv og kan medføre psykiske, identitetsmæssige og eksistentielle udfordringer (Erikson & Erikson, 1998; Fristrup & Munksgaard, 2009; Goodwin & O'Connor, 2012).

Forskningsprojektet "Exploring Life Transitions in Old Age through a Visual Matrix" belyser betydningen af indre tryghed for oplevelsen af emotionel, socio-kulturel og intellektuel delagtighed (The Joint Committee for Nordic Research Councils in the Humanities and Social Sciences (NOS-HS) 2014-15). Empiri blev

produceret gennem metoden Visual Matrix: en psykodynamisk inspireret gruppemetode, der udforsker det emotionelle og affektive. Gennem associativ tænkning fremkaldes personlige og kollektive forestillinger, der grundet følelsesmæssige tyngde rutinemæssigt udelukkes fra hverdagens bevidsthed og kommunikation (Froggett, Manley & Roy, 2015). Der refereres ikke primært til sanset erfaring, men til kulturelle billeder af aldring (Liveng et al., 2017). Forestillingerne kan fortælle om belastninger forbundet med aldring, som kan påvirke ældres mentale sundhed negativt. De følgende citater stammer fra workshopen, der omhandlede overgangen fra arbejde til pensionistliv. Fjorten kvinder og en mand deltog. Deltagerne var hovedsageligt 50-65 år og stadig aktive på arbejdsmarkedet (Liveng, 2019).

Karakteristisk var en vekslen mellem forestillinger om håb og muligheder og forestillinger om angst og tab. Overgangen markerede indgangen til alderdommen - tærsklen til den velfungerende ”3. alder” men samtidig indeholdende ”4. alders” forfald (Laslett, 1991). Gennemgående temaer var: a) frygt for passivitet kontra længsel efter at ”lade stå til”, b) angst for tab af individualitet og synlighed kontra glæde over nye muligheder, og c) fortvivlelse over det individuelle livs slutning kontra håb for de kommende generationers liv.

Billedet ”den dybe lænestol” returnerer i flere udformninger under matrixen, med modsatrettede konnotationer. Lænestolen associeres med tryghed og ro – og med opslugning og passivitet. Indledningsvis repræsenterer lænestolen en angstfyldt forestilling: *”Jeg forestiller mig, at jeg sidder i en stor brun lænestol. Stor, stor, stor pude og jeg er lige ved at drukne i den. Der er jeg. Sidder. Jeg tænker, at denne overgang handler om at blive gammel og i disse dage er jeg meget bange for, at jeg vil miste min forstand. At jeg vil blive opslugt af ... Alzheimers eller demens. (...). Fordi nogle af mine venner er i den situation. Og jeg synes det er så skræmmende og uhyggeligt. (...) Er dette, hvad det er at øh, nu er vi lukket ude af samfundet, ude af livet.”*

Senere associeres lænestolen med hygge og ro, da en deltager erindrer sine besøg hos bedsteforældrene, hvor hun får læst historier siddende på bedstemors skød.

Lænestolen repræsenterer frygten for tilstande af væren, der nærmer sig døden: at forsvinde ud af det sociale fællesskab, miste forstand og individualitet, men også en kravløs tilstand af tryghed. At drukne i lænestolen beskriver en angst for at blive fanget af ukontrollable kræfter. Som demensen frygtes at sluge hjernen, sluger lænestolen i forestillingen personens krop og handlekraft. De angstfyldte dimensioner af transitionen hænger, som de udtrykkes i billedet, sammen med angst

for passivitet og afmagt, for isolation og tab af socialt liv og betydning. Senere bearbejdes visualiseringen til at indeholde en længsel efter samme passivitet.

Billedet ”de grå hjelmes hær” afspejler en ambivalent forestilling om ældre kvinder som identitetsløse. I higen efter at skjule deres aldrende krop. Samtidig fremkom en vredesfyldt bevidsthed om at tilhøre denne gruppe: *”Hver gang jeg ser en gruppe som denne, når jeg er på museum eller vandrer i bjergene, føler jeg mig frustreret (...) alle disse kvinder med gråt eller farvet hår og alle deres tørklæder om halsen og deres briller, røde briller, du ved, for ikke at se for gammel ud, jeg synes det er synd for dem og jeg tænker, at jeg aldrig vil være ligesom dem. Og nu er jeg her.”*

Visualiseringen cirkledede om identitet som ældre. Hvem blev man? Hvordan kunne man fortsat blive genkendt som unikt subjekt? Vreden over at tilhøre en forestillet ens masse fremstod afmægtig: at skille sig ud var umuligt. Senere forestillinger antydede, at de grå hjelmes hær havde skjulte muligheder, for eksempel kulturelle oplevelser, andre ikke havde tid til at nyde.

Centralt i visualiseringerne stod spørgsmålet om individualitet og samhørighed. Her afspejles samtidige opsplittede diskurser om ældre mennesker som enten ”det grå guld”, sunde, rige og i færd med at realisere deres potentialer; eller som en ”ældre tsunami”, der på grund af sygdom og funktionsnedsættelser er en udgift for samfundet. Overgangen til pensionistlivet repræsenterede en indgang til ukendte tilstande, hvor indre tryghed er udfordret og hvor det frygtes, at emotionel, social og intellektuel delagtighed mistes. Samtidig viser forestillingerne, hvor væsentlig oplevelsen af delagtighed er.

Visualiseringerne fortæller om mentale udfordringer, der er forbundet med aldring og som kan hindre Healthy Ageing. Deltagerne forestillede sig ikke pensionistlivet som en tryk periode. Tværtimod var angsten for at blive ramt af sygdom, særligt sygdom der medfører kognitive funktionsnedsættelser, central. Identitetstab forbundet med alder kunne føre til eksklusion og manglende autonomi. Det er tænkevækkende, at de fire værdier: deltagelse, tryghed, autonomi og retfærdighed mest af alt glimrede ved deres fravær.

Angsten for sygdom og funktionsnedsættelser kan ses som eksistentiel. Samtidig kan forestillingerne også tolkes i et samfundsperspektiv. Deltagerne forventer ikke et samfund, der kan integrere svækkede ældre eller tilbyde disse et meningsfuldt liv. Forestillingerne peger på overgangen til det sene liv som en voldsom udfordring, som et aktivitetsdyrkende samfund ikke er i stand til at afhjælpe, noget som kan være en hindring for Healthy Ageing.

At leve med en demenssygdom

I den vestlige verdens befolkning har vi bedre sundhed og sundhedstjenesterne er blevet bedre, noget som igen har ført til længere levealder og dermed større fremkomst af demenssygdomme (Alzheimers disease Report, 2016). Nyere studier som denne af Satizabal et al. (2016) viser at incidensen af demenssygdomme er på vej ned i lande med højere indkomst. I dette afsnit vil vi belyse hvordan demenssygdom kan påvirke deltagelse og tryghed hos de som rammes.

For at kunne tilrettelægge muligheder, så personer med demenssygdom kan fremme egen sundhed gennem deltagelse, fordrer det at tryghed er omdrejningspunkt. I denne sammenhæng har (WHO, 2012) lagt vægt på at demenssygdomme må prioriteres i de offentlige sundhedsvæsenet. Det understreges også i Alzheimer disease Report (2016).

Personer som rammes af en demenssygdom, er ofte i god fysisk form, lever et aktivt liv og er deltagende i samfundet på forskellige arenaer, men som konsekvens af den progredierende sygdom vil personen med en demenssygdom møde store udfordringer. Der vil være brug for særlige tiltag for at personen kan opretholde tryghed i en fortsat deltagelse i at fremme egen sundhed (Johannessen & Møller, 2013).

For at optimere behandlingen for personer med demenssygdom, så egen sundhed kan blive varetaget, er det vigtigt med indsigt og forståelse af hvordan det er at leve med en demenssygdom. En oversigtsartikel af Spreadbury og Kipps (2017) viser at personer med en demenssygdom i høj grad kan sætte ord på egne behov. De oplever også ændringer i kognition og funktionsniveau/-evne, og de bruger forskellige strategier for at håndtere og mestre situationer. Studier viser at personer med demenssygdom kan opleve sorg, isolation og stigmatisering. Artiklen har fokus på yngre personer med demenssygdom, men en demenssygdom hos personer over 65 år viser sig sandsynligvis på samme måde, bortset fra at familierne er i en anden fase i livet (Engedal & Haugen, 2018). Dette indebærer at de fleste ældre med en demenssygdom og deres pårørende er pensionister og ikke har mindreårige børn boende hjemme (Haugen, 2012).

Denne viden indebærer at de selv har sygdommen må få mulighed for at blive hørt ligesom der må være rum for selvbestemmelse når der tilrettelægges aktiviteter og at disse er trygge (Johannessen & Möller, 2013; Mayrhofer et al., 2017; Spreadbury & Kipps, 2017). Deres meninger vil bidrage til øget træfsikkerhed i udformningen og gennemførelsen af både generelle og individuelle sundhedstjenestetilbud, og give personer med demenssygdom generel mulighed for at påvirke og bestemme over eget liv. At leve med demenssygdom indebærer for mange at de

må kæmpe med sig selv om omgivelserne for at bevare værdighed ved deltagelse i aktiviteter hvor tryghed også er i fokus. Personer med demenssygdom kan let føle sig overset og opleve at de ikke bliver regnet med eller taget med i beslutninger (Griffin, Oyebode & Allen, 2015; Rostad, Hellzen & Enmarker, 2013). Denne viden er vigtig at tage hensyn til for at bistå til at opretholde og fremme sundhed hos personer med demenssygdom gennem tryk deltagelse.

Personer med en demenssygdom ønsker at blive behandlet som andre mennesker, og at deltage sammen med ligesindede (Beattie et al., 2004). Personer med en demenssygdom – som mennesker flest – er optaget af at have noget at gøre og at have noget at gå til. De har behov for at udføre aktiviteter, fordi de ikke længere kører bil og ikke alle mestrer at benytte offentlig transport. I mange sammenhænge er de afhængige af andre for at kunne være trygge ved deltagelse i disse aktiviteter (Johannessen & Möller, 2013). Det at opretholde holdepunkter og forankringer til omgivelserne og andre mennesker er noget af kernen i det som skaber meningsfuldhed i menneskers liv (Buber, 1927).

Økonomiske konsekvenser som følge af sygdommen er også beskrevet som vanskelig af mange, specielt yngre personer (Gibson, Anderson & Acocks, 2014). Disse konsekvenser indebærer at det er vigtigt at tilrettelægge tryghed knyttet til den økonomiske situation.

Værdier - betydning af natur og relationer i livet på plejehjem

At blive syg og gammel kan medføre at skulle flytte til et plejehjem. Her skal det gerne være muligt at deltage på alle livets områder, også i naturen og i relationer, kendte som ukendte. Ottawa Chartret (WHO, 1986) fastslår at sundhed skabes der hvor mennesker lever, elsker, arbejder og leger. Det er kulturelt betinget hvilke sansepåvirkninger der har haft betydning. Den første del af dette afsnit vil handle om naturens betydning i en nordnorsk kontekst. Sidste del af afsnittet vil fokusere på at relationer som familie, venner, kæreste, naboer bliver delagtige i den ældres dagligdag på plejehjem, da det er betydningsfuldt for hvordan livet fortsætter i den sidste tid af livet.

Naturens betydning for den nord-norske plejehjemsbeboer

Tryghed i alderdommen kan indebære retten og friheden til at opleve natur-elementerne. Adgang til betydningsfulde steder kan give rodfæste og eksistentiel mening (Bachelard, 1994). Den nord norske filosof Meloe (1995) skriver om ydmyghed, interesse og forståelse for hvad et sted og tilgang til elementerne kan betyde for et menneske. Steder rummer elementerne. Det nordlige menneske lever i

pagt med naturen og må forholde sig til naturelementerne. Det kan være vekslende vinde, havstrømme og bølger, nysne og søle, såvel som mørketid og midnatssol.

Med udgangspunkt i denne forståelse er det let at begribe stedets og naturens betydning for ældre menneskers sundhed, tryghed og velbefindende. Plejepersonale må have forståelse for denne tænkning. Ældre mennesker på et plejehjem skaber ikke identitet gennem projekter eller aktiviteter. Verden og aktionsradius er snævret ind. Det kan give en frihedsoplevelse at deltage i naturaktiviteter. Det kan gøres ved at plejepersonalet tilrettelægger naturoplevelser eller inspirerer til samtaler som fremkalder erindringsbilleder. Mennesker kan skabe billeder, der transporterer dem væk fra en ellers trang tilværelse. Det er nærliggende at forstå tryghed som en skærmet tilværelse på plejehjemmet beskyttet fra vejr og vind. Det kan siges at sted er tryghed og rum er frihed (Tuan, 1977). Plejehjemmet kan være det hjem ældre syge mennesker tilbringer deres sidste år. Livet indendørs vil være reguleret af rutiner. Lysforhold og temperatur vil være kontrolleret og forudsigeligt. De vejrmæssige omskiftelser og kontrasterne kan blive usynlige. Neutralisering af vejrforhold kan give tryghed, men det kan også fjerne stimulerende elementer. Vigtige rammer kan blive borte for fiskeren og jægeren som har levet og risikeret et helt liv ude i naturens elementer. Interviews med ældre mennesker på nord norske plejehjem og deres opfattelser af faldhændelser giver indsigt i dristige fortællinger om at leve i nord (Clancy et al., 2015). Det findes et nord norsk mundheld 'å ha vært ute en vinterdag før'. Mennesker på plejehjem har redet mange storme af og været ude mange vinterdage før til trods for dårligt helbred nu. Bachelard (1994) skriver om koblingen mellem steder (naturen) og det intime (det som giver livsmod). Det handler om at være åben overfor hvad steder kan betyde for den enkeltes livsmod.

At tilbringe dagene beskyttet fra elementerne kan give en 'taget for givet' tryghed for den gamle fisker, men samtidig frarøve ham oplevelsen af at komme hjem i tryk havn. Deltagelse i naturen behøver ikke at kræve de store ressourcer. Sanser som smag, lugt, syn og hudkontakt kan give tilgang til naturelementerne. Huden kan være en kilde til erfaring. At stå lige udenfor plejhjems døren i haglvejr og mærke hvordan det prikker og slår i ansigtet kan give en stærkere sanselig erfaringsoplevelse end at række hånden ud gennem en dørsprække for at tjekke om der er nedbør. Men selv det er bedre end at se gennem vinduesglas og få besked fra plejepersonalet at det er frygteligt vejr udenfor. Plejehjemmet kan blive et meningsfuldt sted hvis vi opretholder og fremmer dets betydning som et sted at være, et sted at bevæge sig ud fra, og et sted at returnere til. Det kan kræve mere personale at følge den gamle ud for at mærke nordenvinden, få hagl i håret, lade sneen smelte på hånden eller til og med på tungen. Samtidig kan sådanne korte ture frembringe en følelse af at deltage i livet og en glæde over at være på et trygt sted.

Plejehjemmet vil være et godt sted, hvis det forstærker og ikke frarøver livsmod. Med tanke på en øget ældre befolkning, migration af flygtninge og trange økonomiske tider vil det være vigtigt at fremme stedet og naturens betydning i folkesundhedsforskning, - uddannelse og praksis. Opmærksomhed på steders betydning for sundhed og velbefindende vil anerkende et vigtigt værdigrundlag som vil kunne fremme tryghed, deltagelse, det vil være i tråd med principperne for Healthy Ageing.

Beboere, familien og netværkets deltagelse i livet på plejehjem

Det kan også blive afgørende for relationerne med familie, venner og bekendte at de ældre flytter på plejehjem. At være den/de betydningsfulde nærmeste er en sårbar relation i transitionen fra eget opbyggede hjem til det nye, der skal skabes i en institutionel ramme. Hjemmet er følelser og substans ligesom det også omfatter trivsel og sociale relationer (Heidegger, 2007; Mahler et al., 2014) men det nye hjem er anderledes reguleret, da det også er en arbejdsplads for sundhedspersonale. Kickbusch (2015) fremhævede, at ældre menneskers livsperspektiv ofte bliver medkonstituerende, når den dominerende medicinske diskurs omkring risiko-forebyggelse kommer ind i hjemmet. Den pårørende er en person, der er knyttet til den ældre og betragtes i det sundheds professionelle perspektiv ikke som person i sig selv. Personen ses i forhold til hvordan plejehjemmet ønsker pårørende skal bidrage og være en ressource for både den ældre og institutionen (Bilfeldt, Jørgensen & Mahler, 2012). For et ældre menneske vil der ofte være flere nærtstående personer i forskellige situationer. At blive pårørende kan således ændre relationen mellem den ældre, der flytter på plejehjem og den betydningsfulde anden/ de betydningsfulde andre. Det kan ensrette og indskrænke de personlige relationer. For at den ældre kan opleve tryghed og meddelagtighed i hverdagen i den nye kontekst er de menneskelige bånd til den tidligere fase i livet essentielle.

Ofte er det ikke kun de ældre, der flytter på plejehjem der er kommet op i årene, men også de nærtstående kan være ældre med de muligheder og begrænsninger, som alderen kan medføre. Ikke desto mindre er det ægtefæller og især voksne børn, der er de, der bidrager med mest hjælp og omsorg til de gamle familiemedlemmer når de bor hjemme, og når de flytter til beskyttede vilkår (Ulmanen, 2015).

At familie, venner, netværk deltager i den livsomstilling, det er at flytte og bo på plejehjem er afgørende for en ældres oplevelse af tryghed og om det kan lykkes at skabe en kontekst, hvor livet som det levedes, kan fortsætte, og hvor den ældre har lyst til og mod på at deltage i nye fællesskaber. Indflytning kan være overvældende, og meget tyder på at familierne gør hvad de kan, for at få det bedste ud af den situation, der ikke altid er det mest ønskelige for de involverede (Davies & Nolan,

2003). At have kendte ansigter omkring sig bidrager til at den ældre kan få indrettet sig med bekendte artefakter, og opleve støtte til at udvikle evne til trygt at kunne klare sig i nye omgivelser.

Hvordan hverdagen, de daglige rutiner og relationer etableres er vigtige for hvordan livet lykkes, og hvordan relationer kan opretholdes og forandres i takt med hvordan livssituationerne udvikler sig. Harnett (2010) har beskrevet hvordan magt-strukturerne kommer til udtryk, og således påvirker hvordan ældre og deres netværk kan være sammen, stadig bevare selvstændighed, integritet og deltage i livet indenfor og udenfor plejehjemmets rammer. Det kræver en særlig organisatorisk årvågenhed og måske også et opgør med tidligere tiders paternalistiske tankegang i de sundhedsprofessionelles uddannelser at samarbejde med de ældre, der bor på plejehjem og deres pårørende. Det fordrer respekt for værdighed og integritet, og det fordrer at medarbejdere behersker sundhedspædagogiske metoder, så alle parter trygt kan bevare kontrollen over eget liv (Andersen & Bilfeldt, 2010) vedligeholde og styrke funktionsevner. En sådan opmærksomhed hindrer eksklusion af gamle mennesker fra fællesskab.

De rammer, det kan foregå under, må være transparente. Det indebærer beskrivelse af det formelle demokrati/ de formelle indflydelsesstrukturer og de mere uformelle måder, hvorpå den ældre, familie, venner og netværk kan deltage i dagligdagen på plejehjemmet og i nærsamfundet uden unødige restriktioner (Persson & Wästerfors, 2009). Ældreomsorgen i den nordiske velfærdssamfund har bevæget sig fra det individuelle til at være familieorienteret (Grøn, 2016).

At muliggøre et sundhedsfremmende nærsamfund for ældre

Nærsamfundet har en afgørende rolle i at opretholde og fremme de ældres fysiske, sociale og mentale sundhed. Sundhed, velbefindende og funktionsevne er afhængig af menneskers indre ressourcer og af faktorer i det omgivende miljø samt interaktionen mellem de to (WHO, 1986; 2016a).

I dette afsnit vil vi fokusere på faktorer som muliggør et sundhedsfremmende nærsamfund med udgangspunkt i tryghed og deltagelse. Vi tager udgangspunkt i aktører som har en vigtig rolle i sundhedsfremmende på lokalt niveau og på deres forudsætninger for at bidrage til et sundhedsfremmende nærsamfund.

Udgangspunktet for sundhedsfremme er ifølge WHO (1986) muligheden for at kunne påvirke de faktorer og forhold som bestemmer ens sundhed – at have en rimelig kontrol over sit liv. Også hvis man bliver afhængig af andre i de daglige aktiviteter er mulighed for kontrol og selvbestemmelse vigtig. Ekelund (2014) beskriver selvbestemmelse som den ældres formåen og frihed til at styre sin dag, sin

tid og sin krop, hvor forudsætningerne for dette blandt andet er trygge relationer, at blive set og regnet som tilregnelig, have mulighed for at kunne påvirke og føle sig involveret.

At muliggøre et sundhedsfremmende nærsamfund for de ældre, et samfund hvor forudsætningerne for selvbestemmelse i det daglige liv – såsom respekt og tryghed, deltagelse og følelsen af sammenhæng samt at være kompetent – skabes og forstærkes, kræver indsatser på forskellige niveauer. Tre centrale aktører er i følge Ottawadeklarationens handlingsstrategier (WHO, 1986) de lokale politiske beslutningstagere, helse- og sygehuspersonalet inklusiv ældreomsorgen og de frivillige foreninger.

Hvilke faktorer er det, som muliggør disse aktørers engagement i den sundhedsfremmende indsats? Forudsætningerne for sundhedsfremme kan tage afsæt i ”the multilevel health promotion model” (Rütten et al., 2000), de beskrives som værdier eller målsætninger, kompetencer eller ressourcer og muligheder (Simonsen, 2013). Gennem at forstærke og støtte disse faktorer muliggøres sundhedsfremme for de ældre i lokalsamfundet.

Værdier og målsætninger har betydning for engagement i sundhedsfremme. En klart udtalt vision om ældres sundhed i kommunens strategier, i helse- og sygehus-tjenesterne og i ældreomsorgen og i foreningerne, kan ses som udgangspunkt (Frankish et al., 2006). Visionen kan beskrives som en understregning af at udvikle aldersvenlige miljøer med speciel vægt på selvbestemmelse og deltagelse, hvilket WHO (2016a) fremfører i sine strategier, og hvor tryghed – både indre og ydre tryghed er grundlaget.

WHO (2016a) betoner også personcentreret omsorg i sundhedsvæsenet i ældreomsorgen og i tjenester, der tilpasses de ældres behov. Tilmed det psykosociale arbejdsklima vil skulle udvikles så personalet kan få betingelser for at arbejde sundhedsfremmende. Værdier i omsorgsorganisationer som støtter sundhedsfremmende arbejde, indebærer et stimulerende arbejdsmiljø hvor personalet kan anvende sin viden og færdigheder, hvor man har mulighed for refleksion, beslutninger og udvikling af kollegial støtte i at arbejde sundhedsfremmende (Simonsen-Rehn et al., 2009).

Kompetence er stærkt associeret til engagement i sundhedsfremmende arbejde. Det er vigtigt at have viden om hvilke faktorer, der betyder noget for ældres sundhed og hvordan selvbestemmelse tager sig ud i lokalsamfundet, og have forståelse for hvordan tryghed og deltagelse indvirker på sundhed. I Finland er kommunerne forpligtede til at følge befolkningens sundhed og de relaterede faktorer for hver

befolkningsgruppe. WHO (2016a) understreger specielt behovet for at udvikle relevante indikatorer. Disse kunne omfatte selvbestemmelse, integritet, værdighed og tryghed. Tilgangen til denne slags opgaver og diskussionen om dem og andre spørgsmål relaterede til fremme af ældres sundhed er en grund til udvikling af sundhedsfremmende lokalsamfund (Simonsen, 2013).

Udover værdier og kompetence er mulighederne i form af samarbejde og deltagelse en vigtig forudsætning for et sundhedsfremmende lokalsamfund for ældre. Samarbejde mellem forskellige aktører hænger sammen med større engagement i sundhedsfremmende arbejde både hvad gælder personale i sundheds- og socialtjenesterne og i de frivillige foreninger (Simonsen-Rehn et al., 2009; 2006). WHO (2016a) understreger at en multisektoriel indsats er nødvendig for at skabe ældrevenlige miljøer. Det gælder også samarbejde med det politiske niveau. Samarbejde påvirker engagement i sundhedsfremme direkte og indirekte ved at virke på udvikling af kompetencer (Rütten et al., 2000). Deltagelse – i diskussioner om ældres sundhed og sundhedsdeterminanter, og muligheden for at påvirke beslutningstagning angående disse spørgsmål i lokalsamfundet – støtter også de frivillige organisationers engagement i sundhedsfremme (Simonsen-Rehn et al., 2006). At de ældre kan deltage i foreningslivet og andre fora for at påvirke beslutninger kan støttes af lokalsamfundet.

Centrale værdier i lokalsamfundet som sundhedsfremmende arena for de ældre er deltagelse og tryghed, retfærdighed og autonomi. Mekanismerne for hvordan de forskellige aktører, også de ældre, gives mulighed for at deltage i diskussioner og beslutninger har brug for at blive udviklet, ligesom forskellige slags mødepladser for at forbedre samarbejdsmuligheder mellem aktører skal det. Oplevelsen af at deltage er vigtig for de ældre og deres sundhed, det er tryghed der konstituerer deltagelsen. Det muliggør selvbestemmelse og er udgangspunkt for et sundhedsfremmende og ældrevenligt nærsamfund.

Konklusion

Med afsæt i humanistisk gerontologisk forskning trådte deltagelse og tryghed frem som væsentlige sundhedsfremmende værdier i en nordisk forståelse af Healthy Ageing. Der er områder hvor disse værdier/ rettigheder er truede, hvilket hindrer Healthy Ageing. Overordnet er tendensen til aldersdiskriminering i de nordiske lande en samfundsmæssig udfordring for et værdigt ældreliv. Set i et menneskerettighedspejl er det overgangen i det sene liv, der er afgørende for sundhed, livskvalitet og den sociale inklusion. Perioden i overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv rummer bekymring for social eksklusion og for demenssygdomme da det vil være en barriere i forhold til at bevare autonomi, værdighed og at være

deltagende i trygge rammer. Flytning på et sent tidspunkt i livet er en anden markant overgang. For at styrke denne proces og ældres velbefindende opfordres til at styrke den kulturelle sanselighed, inklusion og integration af familien og netværket i indsatsen. Det kræver økonomisk prioritering og sundhedsprofessionelle kompetencer. Ældre og plejehjem er ikke kontekstløse -at fortsætte med at være en del af det nære samfund er i forlængelse af Healthy Ageing tankegangen, men det kræver særlig omtanke at indrette rummelige, tilgængelige miljøer, der kan bidrage til at fremme ældre menneskers deltagelse og tryghed.

Referencer

- Allen, J. O. (2015). Ageism as a risk factor for chronic disease. *The Gerontologist*, 56(4), 610-614. DOI: 10.1093/geront/gnu158
- Alzheimer disease Report. (2016). *Improving healthcare for people with dementia*. London: Alzheimer's Disease International.
- Andersen, J., Bilfeldt, A. (2010). Aktionsforskning på plejehjem: et alternativ til new public management? *Tidsskrift for Arbejdsliv*, 12(1), 67–81.
- Andersson, K. (1984). *Patienters oplevelser av trygghet och otrygghet*, Solna: Esselte studium.
- Bachelard, G. (1994). *The Poetics of Space*. Boston: Beacon Press.
- Beattie, A., Daker-White, G., Gilliard, J., & Means, R. (2004). 'How can they tell?' A qualitative study of the views of younger people about their dementia and dementia care services. *Health Social Care in the Community*, 12(4), 359-68. DOI: 10.1111/j.1365-2524.2004.00505.x
- Bilfeldt, A., Jørgensen, S. M., & Mahler, M. (2012). *Fra pres til ressource – pårørende samarbejde og psykisk arbejdsmiljø*. Aalborg: Institut for læring og filosofi: Aalborg Universitet.
- Buber, M. (1992). *Jeg og du* (2.utg.), Oslo: Cappelen.
- Clancy, A., Balteskard, B., Perander, B., & Mahler, M. (2015). Older persons' narrations on falls and falling. Stories of courage and endurance. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 10(1) 26123. DOI: 10.3402/qhw.v10.26123
- Davies, S., & Nolan, M. (2003). 'Making the best of things' Relatives experiences of decisions about care-home entry. *Ageing and Society*. 23(4), 429.50. DOI: 10.1017/S0144686X03001259
- Ekelund, C. (2014). Att vara agent i sitt eget liv. Hur självbestämmande kan förstås, uppfattas och utvärderas i en kontext av hemmaboende sköra äldre personer. Doctoral dissertation. Göteborg: Sahlgrenska Akademin vid Göteborgs universitet.
- Engedal, K., & Haugen, P. K. (2018). *Demens- Sykdommer, diagnostikk og behandling*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

- Erikson, E. H., & Erikson, J. M. (1998). *The life cycle completed: Extended Version*. New York: W. W. Norton.
- Eriksson, M. (2015). *Salutogenes: om hälsans ursprung- från forskning til praktisk tillämpning*. Stockholm: Liber.
- EuroHealthNet. (2015). *Healthy Ageing*. Hentet fra: www.healthyageing.eu.
- Frankish, C. J., Moulton, G., Rootman, I., Cole, C., & Gray, D. (2006). Setting a foundation: underlying values and structures of health promotion in primary health care settings. *Primary Health Care Research & Development*, 7(2), 172-182. DOI:10.1191/1463423606pc279oa
- Frstrup, T., & Munksgaard, M. E. (2009). Alderdommen er ikke, hvad den har været. In S. Glasdam, B. Appel Esbensen, & K. Andersen-Ranberg (Eds.), *Gerontologi: Livet som ældre i det moderne samfund*. (1., pp. 76–91). København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Froggett, L., Manley, J., & Roy, A. N. (2015). The Visual Matrix Method: Imagery and Affect in a Group-based Research Setting. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*. Forum: Qualitative Social Research. DOI: [10.17169/fqs-16.3.2308](https://doi.org/10.17169/fqs-16.3.2308)
- Gibson, A. K., Anderson, K. A., & Acocks, S. (2014). Exploring the service and support needs of families with early-onset Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 29(7), 596600. DOI: 10.1177/1533317514558160
- Goffman, E. (1990). *Stigma*. New Jersey: Penguin Books.
- Goodwin, J., & O'Connor, H. (2012). Notions of fantasy and reality in the adjustment to retirement. *Ageing and Society*, 34(4), 569–589. DOI: [10.1017/S0144686X12001122](https://doi.org/10.1017/S0144686X12001122)
- Grenier, A., & Phillipson, C. (2013). Rethinking agency in late life: Structural and interpretive approaches In Baars, J., Dohmen, J., Grenier, A., Phillipson, C. (Red.). *Ageing, Meaning and Social Structure*. Bristol: Policy Press.
- Griffin, J., Oyebode, J. R., & Allen, J. (2016). Living with a diagnosis of behavioural-variant frontotemporal dementia: The person's experience. *Dementia*, 15(6), 1622-1642. DOI: 10.1177/1471301214568164.
- Grøn, L. (2016). Old age and vulnerability between first, second and third person perspectives. Etnographic explorations of ageing in contemporary Denmark. *Journal of Aging Studies*, 39, 21-30. DOI: 10.1016/j.jaging.2016.09.002
- Haagensen, K. M. (2014). Nordisk statistisk årsbok 2014. Volume 52. Nord 2014:001. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet. Hentet fra www.norden.org/sv/fakta-om-norden/siffror-och-statistik
- Harnett, T. (2010). *The Trivial matters. Everyday Power in the Swedish Elder Care*. Diss. *School of Health Sciences, Jönköping University* 9.
- Haugen, P. K. (2012). *Demens før 65 år, Fakta, utfordringer og anbefalinger*, Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.
- Heidegger, M. (2007). *Væren og tid*. Aarhus: Klim.

- Hoff, M. (2006). Som en tyv om natten – Analyser af fortællinger om krop, aldring og fysisk aktivitet. Odense: Syddansk Universitetsforlag.
- Jensen, S. G. & Konieczna, A. (2015). Selvmord i Danmark – rateudvikling for perioden 2003-2013. Faktaserien nr. 35, Center for Selvmordsforskning, Odense.
- Johannessen, A., & Möller, A. (2013). Experiences of persons with early-onset dementia in everyday life: a qualitative study. *Dementia*, 12(4), 410-424. DOI: 10.1177/1471301211430647
- Kickbusch, I. (1996). New challenges for public health. *Socialmedicinsk tidsskrift*, 5:212-16.
- Laslett, P. (1991). *A fresh map of life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Liveng, A. (2019). Angst og håb i kvinders forestillinger om transitionen fra arbejdsliv til pensionistliv: Udforsket gennem metoden Visual Matrix. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 30. 151-173.
- Liveng, A., Ramvi, E., Froggett, L., Manley, J., Hollway, W., Lading, A., & Gripsrud, B. H. (2017). Imagining transitions in old age through the visual matrix method: thinking about what is hard to bear. *Journal of Social Work Practice*, 31(2), 155-170. DOI:10.1080/02650533.2017.1305342
- Lundgren, AS. (2013) «Et problem i systemet» - Ældre billeder i mediernes repræsentationer af den aldrende befolkning. *Gerontologi. Aldring og ældre – forskning og udvikling*, 29(1) 2013.
- Lund, A. & Engelsrud, G. (2008). "I am not *that* old": interpersonal experiences of thriving and threats at a senior centre. *Ageing & Society*, 28, 675-692. DOI:10.1017/S0144686X07006988
- Mahler, M., Sarvimäki, A., Clancy, A., Stenbock-Hult, B., Simonsen, N., Liveng, A., Ziden, L., Johannessen, A., & Horder, H. (2014). Home as health promoting setting for older adults. *Scandinavian Journal of Public Health* 42 (suppl. 15), 36-40. DOI:10.1177/1403494814556648
- Meloe, J. (1995). *Steder i Hammarn*, Tromsø, 3, s. 6-12.
<http://www.jakobmeloe.com/wp-content/uploads/2015/04/steder3.pdf>
- Nielsen, M. K. (2010). Det gode liv før døden. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, 12, 51-73. DOI:10.7146/tfss.v7i12.2956
- Persson, T., & Wästerfors, D. (2009). 'Such Trivial Matters'. How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging studies*, 23(1), 1-11. DOI:10.1016/j.jaging.2007.09.005
- Rostad, D., Hellzén, O., & Enmarker, I. (2013). The meaning of being young with dementia and living at home. *Nursing Reports*, 3(1), 3. DOI: 10.4081/nursrep.2013.e3
- Rütten, A., von Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Lüschen, G., Rodríguez Diaz, J. A. & van der Zee, J. (2000). Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health Promotion International*, 15(1), 35-47. DOI 10.1007/s00038-003-2118-3

- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (1996). *Vård. Ett uttryck för omsorg*, Stockholm: Liber.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. (2008). *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*, Stockholm: Liber.
- Satizabal, C. L., Beiser, A. S., Chouraki, V., Chêne, G., Dufouil, C., & Seshadri, S. (2016). Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *New England Journal of Medicine*, 374(6), 523-532. DOI: 10.1056/NEJMoa1504327.
- Simonsen, N. (2013). *Health promotion in local contexts and enabling factors: A study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision makers*. Doctoral dissertation. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine; Publications of Public Health M 218:2013.
- Simonsen-Rehn, N., Øvretveit, J., Laamanen, R., Suominen, S., Sundell, J., & Brommels, M. (2006). Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. *Health Promotion International*, 21(4), 274-283. DOI:10.1093/heapro/dal026
- Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Sundell, J., Brommels, M., & Suominen, S. (2009). Determinants of health promotion action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four municipalities in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(1), 4-12. DOI:10.1177%2F1403494808096171
- Spreadbury, J H. & Kipps, C. (2017). Measuring younger onset dementia: What qualitative literature reveals about the 'lives experience' for patients and caregivers. *Dementia* 1: 147130126684401. DOI: 1177/ 1471301216684401.
- The Swedish National Institute for Public Health. (2006). *Healthy Ageing – A Challenge for Europe*. The Swedish National Institute for Public Health R 2006:29. Stockholm: The Swedish National Institute for Public Health. Hentet marts 2018 fra www.healthyageing.eu/sites
- United Nations. (1999). *United Nations Principles for Older Persons*. Hentet marts 2018 fra: www.un.org/development/desa/ageing/resources/international-year-of-older-persons
- Tuan, Y. (2001). *Space and Place: The Perspective of Experience*. The University of Minnesota: Minnesota University Press.
- Ulmanen, P. (2015). Kvinnors och mäns hjälp til sine gamla föräldrar. *Socialvetenskapligt tidsskrift* 22(2), 111-132.
- World Health Organization (WHO). (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Hentet marts 2018 fra http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf
- World Health Organization (WHO). (2002). *Active Ageing. A Policy Framework*. WHO/NMH/NPH/02 B. Geneva.

- World Health Organization (WHO). (2011) Global Health and aging. Acc.Who.int/ageing/publications/global health 260718.
- World Health Organization (WHO) (2012) *Dementia: A Public Health Priority*. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. Retrieved from http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/04.04.16
- World Health Organization (WHO). (2013). *Health Systems. Equity*. Hentet fra www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/
- World Health Organization (WHO). (2016a). *Global strategy and action plan on ageing and health (2016-2020)*.
- World Health Organization (WHO). (2016b). *Shanghai Declaration on promoting health in the 2030 Agenda for Sustainable Development*.