

Ældre menneskers liv og helbred i Grønland

En rapport fra forsknings- og udviklingsprojektet
Arktisk Aldring (AgeArc)

Kamilla Nørtoft
Peter Bjerregaard
Lise Hounsgaard
Christina Viskum Lytken Larsen
Ingelise Olesen
Tenna Jensen

SIF's Grønlandsskrifter nr. 31

Ældre menneskers liv og helbred i Grønland

En rapport fra forsknings- og udviklingsprojektet Arktisk Aldring (AgeArc)

Kamilla Nørtoft, Peter Bjerregaard, Lise Hounsgaard, Christina Viskum Lytken Larsen
Ingelise Olesen, Tenna Jensen

Copyright © 2019

Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Internt review er gennemført af Marit Eika Jørgensen

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Trykt udgave: ISBN 978-87-7899-482-0

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-483-7

ISSN 1601-7765

Statens Institut for Folkesundhed

Studiestræde 6

1455 København K

www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra

www.sdu.dk/sif

--

Kamilla Nørtoft, lektor, Copenhagen Center for Health Research in the Humanities, SAXO-Instituttet, Københavns Universitet

Peter Bjerregaard, professor, Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Institut for Sygepleje- og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik

Lise Hounsgaard, professor, Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Institut for Sygepleje- og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik, OPEN, Klinisk Institut, Syddansk Universitet

Christina Viskum Lytken Larsen, seniorrådgiver, Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Ingelise Olesen, forskningskoordinator, Center for Folkesundhed i Grønland, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Institut for Sygepleje- og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik

Tenna Jensen, lektor, Copenhagen Center for Health Research in the Humanities, SAXO-Instituttet, Københavns Universitet og Grønlands Center for Sundhedsforskning ved Institut for Sygepleje- og Sundhedsvidenskab, Ilisimatusarfik

Forord

Rapporten er skrevet af forskere fra tre af samarbejdsinstitutionerne i forsknings- og udviklingsprojektet Arktisk Aldring (AgeArc). *Ældre menneskers liv og helbred i Grønland* giver det hidtil mest omfattende overblik over livssituationen for ældre mennesker i Grønland. Samarbejdet mellem både forskningspartnere i Grønland og Danmark og praksispartnere i fire grønlandske kommuner har gjort det muligt at generere et stort og varieret datamateriale med både kvantitative og kvalitative data. Rapporten giver en bred indføring i ældre liv, ældres sundhed og arbejdet i ældreplejen. Forfatterne kommer fra forskningsinstitutionerne Ilisimatusarfik, Syddansk Universitet og Københavns Universitet.

Kombinationen af både kvalitative undersøgelser i form af etnografisk feltarbejde og kvantitative undersøgelser som en del af den landsdækkende befolkningsundersøgelse i Grønland giver en unik indsigt i ældre menneskers liv og helbred på flere niveauer.

Feltarbejdet omfatter semistrukturerede interviews, fokusgrupper, workshops og visuelle metoder samt dokumentstudier. Der er foretaget feltarbejde blandt hjemmeboende og institutionaliserede ældre og kommende ældre, på kommunale institutioner, i det offentlige rum og i ældre menneskers hjem. Det kvantitative materiale er en epidemiologisk undersøgelse af levevilkår, livsstil og helbred blandt ældre mennesker og kommende ældre i hele Grønland og blev indsamlet som en del af Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018. Der er udtrukket en stikprøve af deltagere i de tidligere befolkningsundersøgelser med aktuell bopæl i Nuuk, større og mindre byer og bygder på vestkysten samt Tasiilaq og Qaanaaq. Stikprøven (og deltagerne) er således repræsentative for hele landet.

Denne rapport har potentialet til at sætte rammen for gode diskussioner både blandt politikere og praktikere på ældreområdet og mere generelt i befolkningen. Det er en vigtig pointe i rapporten, at samarbejde på tværs af sektorer og fag er afgørende, både for at ældre mennesker og deres pårørende oplever sammenhæng i sags- og sygdomsforløb, men også for at de ressourcer (personale, viden, materialer), der er på området, kan udnyttes optimalt. Mange sundhedshjælpere, sygeplejersker og terapeuter sidder alene i deres kommune og mangler sparring fra tætte kollegaer omkring arbejdsopgaver, -udfordringer og -planer.

Og mindst lige så vigtigt er inddragelse af ældre mennesker, personale og pårørende i aktivitets- og udviklingstiltag, så der tages udgangspunkt i, hvad der er af behov, ønsker og muligheder hos de forskellige aktører. Ældre mennesker er i høj grad en ressource for samfundet, og vi skal blive langt bedre til at inddrage deres kulturelle færdigheder og store viden i hverdagen.

God læsning.

Christina Viskum Lytken Larsen
Forskningsgruppeleder,
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Morten Grønbæk
Direktør,
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

Resumé 5

1 Introduktion 8

- 1.1 Rapportens formål 8
- 1.2 Begrebsdefinition 9
- 1.3 Datagrundlag og metode 10
- 1.4 Oversigt over tidligere undersøgelser af ældres levevilkår og helbred 12

2 Ældres levevilkår 15

- 2.1 Boligforhold 15
- 2.2 Beskæftigelse og økonomi 16
- 2.3 Socialt netværk 16
- 2.4 At holde sig i gang 19
- 2.5 Hjælp i dagligdagen 19

3 Kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet 23

- 3.1 Kost og madvaner 23
- 3.2 Rygning og alkohol 24
- 3.3 Fysisk helbred, fysisk aktivitet og muskelstyrke 26

4 Helbred og sygdom 29

- 4.1. Fysisk helbred 29
- 4.2 Psykisk helbred 30
- 4.3 Demens 30
- 4.4 Kronisk sygdom og død 32

5 Frivillighed, ildsjæle og kommunikation på ældreområdet 34

- 5.1 Frivillighed 34
- 5.2 Ildsjæle 34
- 5.3 Kommunikation mellem borgere, kommuner og sundhedsvæsenet 35

6 Sundhedsmæssige tendenser 2005-2018 38

7 Opmærksomhedspunkter 40

Resumé

Denne rapport formidler forskningsbaseret viden om en række aspekter af ældre menneskers liv og helbred i Grønland. Rapporten består af syv kapitler og bygger på såvel kvantitative som kvalitative metoder og resultater. Resuméet refererer kapitel 2-6, som har forskellige temaer. Rapportens kapitel 1 er baggrund og metodebeskrivelser for rapportens data. Kapitel 7 består af en række opmærksomhedspunkter omkring ældreområdet.

Kapitel 2. Ældres levevilkår

Boligforholdene for ældre mennesker ændrer sig over tid. Med alderen bliver flere enke eller enkemand, og flere bor alene. Kvinder har oftere end mænd mistet deres ægtefælle og bor oftere alene. Jo ældre folk er, jo større andel bor på institution. Flertallet af ældre mennesker ønsker at blive boende i egen bolig så længe som muligt. Manglen på plejehjem og ældreboliger i bygderne betyder, at nogle ældre mennesker må forlade familie, hjemegn og lokalmiljø for at flytte til en bolig, der passer bedre til deres behov. Mange oplever afstanden til familien som et stort afsavn. Blandt de ældre mennesker, der bor på alderdoms- og plejehjem, er mange tilfredse med at bo på institution. De udtrykker især tilfredshed med at kunne få hjælp af personalet og med de muligheder for social interaktion og aktivitet, som findes på institutionen.

Pensionsalderen i Grønland er rykket opad gennem årene. I 2017 blev den sat op til 66 år. En del ældre har stadig **erhvervsarbejde** (11%), og 32% har enten erhvervsarbejde eller udfører **fri-villigt arbejde**. Mange ældre mennesker uden privat pensionsopsparing oplever, at det er svært at få den offentlige **alderspension** til at række til hverdagens fornødenheder. Nogle steder i landet gør klimaet, at beboere må bruge flere penge på for eksempel brændsel til opvarmning end i resten af landet. Økonomiske forhold er en af de afgørende grunde til, at nogle vælger at forlade Grønland, når de når pensionsalderen.

Flertallet angiver, at gode familie- og **sociale relationer** er vigtige for en god alderdom. De fleste ældre har børn og børnebørn. De fleste ældre har social kontakt med andre på næsten daglig basis. Langt de fleste raske ældre mennesker har en mobiltelefon og bruger den flittigt, både til at ringe og i mange tilfælde også til at være på internettet. Mange ældre mennesker involverer sig i ældreforeninger, idrætsforeninger og lignende sociale fællesskaber i deres lokalområde. Der er dog også en gruppe af ældre, som føler sig ensomme. Der er flere, der er ensomme i bygder (28%) end i byer (13%). **Ensomhed** er mest almindeligt blandt psykisk sårbare og personer med fysiske begrænsninger i daglig aktivitet.

Aktiviteter som håndarbejde, gåture, stolegymnastik og sociale aktiviteter som dans, spil og sang er vigtige for ældre, som bruger dem til at holde sig i gang både socialt, fysisk og mentalt. På ældreinstitutioner kan beboerne i mange situationer få hjælp af personalet til at deltage i forskellige aktiviteter. De fleste ældre nyder at kunne færdes i naturen og at være med til at tilberede grønlandsk proviant. Mange ældre engagerer sig i forskellige **fællesskaber** som for eksempel ældre- og idrætsforeninger.

Mange ældre mennesker kan klare sig selv uden **hjælp fra andre** og har overskud til selv at **hjælpe andre** mennesker. Men der er også nogle, der er afhængige af hjælp fra familie, venner, naboer eller professionelle. Behovet for hjælp hænger tæt sammen med den enkelte ældres fysiske funktionsniveau. Blandt de +65-årige er 48% begrænsede eller meget begrænsede i daglig aktivitet, og 20% har nedsat hørelse. Blandt de +65-årige, der deltog i Befolkningsundersøgelsen, modtager 27% en form for hjælp i dagligdagen; blandt disse modtager 1/3 kun hjemmehjælp, 1/3 kun hjælp af familie og venner, og 1/3 begge slags hjælp.

For beboere på plejehjem er personalet de primære praktiske hjælpere. I den kommunale ældrepleje **mangler der sundhedsprofessionelle** som fysio- og ergoterapeuter. En del ældre mangler viden om, hvordan de kan henvende sig til kommunen og søge om hjælp. Både hjemmeboende

ældre og plejehjemsbeboere kan have svært ved at få opfyldt alle deres behov for hjælp, fordi de ikke er opsøgende og giver tydeligt udtryk for deres behov.

Kapitel 3. Kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet

Mad har stor betydning for de ældre menneskers oplevelse af en god alderdom. Mange ældreinstitutioner har stor opmærksomhed på madens betydning for de ældre. Der **mangler grønlandske ernæringsvejledninger** om kost til ældre mennesker med forskellige behov. På nogle plejehjem mangler der uddannet køkkenpersonale. Det betyder, at der visse steder serveres mad, som for eksempel er uhensigtsmæssig at spise for diabetespatienter. Andre steder er der ansat køkkenpersonale med både ernæringsuddannelse og engagement i forhold til udvikling af retter og særlige typer af kost til beboere med forskellige behov. De ældre har med alderen tiltagende besvær med at tygge hårde madvarer. I dag spiser de ældre mindre af **grønlandske fødevarer**, mere importeret kød og mere slik, sodavand og kager. De ældre, der gennem egen fangst eller venner og familie har adgang til grønlandske produkter, er glade for det, og de siger, at de tit spiser grønlandsk mad. Andre kan sjældent spise grønlandske produkter, fordi priserne er høje.

Rygning er den risikofaktor, der er årsag til mest sygdom og flest tabte leveår, for eksempel i form af kronisk lungesygdom, hjertekarsygdom og kræft. Grønlandske ældre ryger mindre end yngre, og mænd er lidt oftere end kvinder holdt op med at ryge. Ældre har et lidt lavere alkoholforbrug end yngre, men først i aldersgruppen fra 75 år er forskellen markant.

Mange ældre mener, at **fysisk aktivitet** er vigtigt for en god alderdom. Det selvoplyste antal timer med aktivitet aftager jævnt med alderen, mens selv vurderet aktivitet aftager blandt +75-årige. Mænd var generelt mere fysisk aktive end kvinder. Test af fysisk funktion og **muskelstyrke** foretaget i Befolkningsundersøgelsen viser, at grønlandske ældre tidligt mister muskelstyrke, og at styrken aftager hurtigt i sammenligning med ældre fra andre lande. Ældre mennesker over 65 år er sjældnere svært overvægtige end de 55-64-årige. **Kronisk sygdom** og gener i form af smerter fra bevægeapparatet stiger kraftigt med alderen.

Kapitel 4. Helbred og sygdom

Befolkningsundersøgelsen 2018 viser, at kvinder har flere **psykiske gener** og symptomer end mænd, og unge flere end gamle. Dog er der for kvinder mindre udtalte aldersforskelle end for mænd, som til gengæld viser en svag tendens til en U-formet kurve med højere forekomst af gener blandt de unge og de +75-årige.

En del ældre mennesker med **demens** bor i egen bolig. Mange hjemmeboende demensramte mennesker får hjemmehjælp og hjælp fra pårørende. I sygdommens senere faser bliver det oftest nødvendigt for den demensramte person at flytte på pleje- eller demenshjem. På ældreinstitutionerne er der stor forskel på personalets viden om demens og om omsorg målrettet mennesker med forskellige typer af demens. Derfor er der også forskel på, hvor specialiseret en pleje demensramte beboere får. En del **pårørende** mener, at der er brud i **kommunikationen** mellem sundhedsvæsen og kommune. De oplever, at dette påvirker plejeindsatsen negativt. Mange steder føler de pårørende sig dog ikke oplyst nok. De pårørende efterspørger mere sammenhængende patientforløb og mere viden om, hvordan de kan forvente, at et forløb med demenssygdom udvikler sig – altså hvilke stadier de kan regne med, og hvilke personalegrupper og instanser der typisk er involveret i et demensforløb.

77% af de ældre kan kategoriseres som kronisk syge, og andelen af syge stiger lidt med alderen, hvorimod der ikke er forskel på mænd og kvinder. Hvis psykisk helbred også inddrages, er 80% af de ældre enten kronisk syge eller psykisk sårbare. Den forventede **middellevetid** for en nyfødt i Grønland er betydeligt kortere for drenge end for piger, men for 65-årige er forskellen mellem grønlandske mænds og kvinders forventede restlevetid ganske lille. Langt størstedelen af de ældre har oplevet at miste nære familiemedlemmer i løbet af livet. Tab opleves derfor som almindeligt og som en del af livet. Samtidig med at mange ældre mennesker lægger vægt på, at det er

vigtigt at holde humøret oppe, går en del af dem rundt og gemmer på svære følelser som for eksempel **sorg**.

Kapitel 5. Frivillighed, ildsjæle og kommunikation på ældreområdet

Ildsjæle på ældreplejeområdet findes på alle niveauer fra servicepersonale på plejehjem, til plejepersonale, mellemledere og på administrativt niveau. Ildsjælene tager initiativer til at udtænke og gennemføre løsninger på de problemer og udfordringer, som opstår i den daglige praksis på området. Hvis de skal have de bedste muligheder for at føre deres initiativer ud i livet, er det afgørende, at de har frie rammer og opbakning fra både ledere og medarbejdere i ældreplejen.

Kommuner og personale i kommunale ældreplejeinstitutioner finder det udfordrende at rekruttere **frivillige** til aktiviteter og arrangementer for ældre.

Nogle ældre mennesker og deres pårørende oplever problemer med **kommunikationen** mellem kommuner og sundhedsvæsen samt mellem borgere og offentlige myndigheder og deres repræsentanter.

Kapitel 6. Sundhedsmæssige tendenser 2005-2018

Sundhed og helbred kan i et vist omfang sammenlignes med tidligere befolkningsundersøgelser. I det lange perspektiv følger livsstil og livsstilsændringer hos ældre udviklingen for resten af befolkningen. Der er en klar tendens imod mere europæiske kostvaner over tid, dog stadig med meget fisk. Forekomsten af overvægt og fedme var stigende over perioden. Der er rigtig mange rygere og tidligere rygere, selvom der er færre rygere end blandt de unge. Endelig har de ældre mindre ofte et potentielt skadeligt alkoholforbrug end de yngre. En sammenligning med Befolkningsundersøgelsen i 2005-2010 viser, at kostændringerne (mindre sæl, mere fisk, rødt kød, frugt og grøntsager) og stigningen i fedmeforekomsten er led i den generelle udvikling af risikofaktorer i Grønland, som de ældre også deltager i. Et fald i forekomsten af forhøjet blodtryk og LDL-kolesterol skyldes muligvis en øget behandlingsintensitet i sundhedsvæsenet. Over tid har der også været et fald i forekomsten af nedtrykthed og depression.

1 Introduktion

Denne rapport handler om ældre menneskers livsvilkår og helbred. Den indeholder viden fra hele landet indsamlet mellem forår 2017 og sommer 2019. Rapportens formål er at bidrage med forskelligartet viden om ældre menneskers liv og helbred med fokus på hverdagsliv, livsvilkår, velvære og sundhed. Feltarbejde er foretaget i regi af projektet Arktisk Aldring og Befolkningsundersøgelsen 2018. I Arktisk Aldring samarbejder forskellige forsknings- og praksispartnere. Befolkningsundersøgelsen er en af partnerne. Rapporten forener forskellige discipliners skrivetraditioner, hvorfor resultaterne af de kvalitative studier beskrives i nutid, og resultater fra Befolkningsundersøgelsen beskrives i datid.

1.1 Rapportens formål

Andelen af ældre mennesker over 66 år forventes i de kommende 25 år at stige fra 7% af befolkningen til 12 procent. Den højere forventede levealder og stigning i antallet af ældre mennesker gør, at ældre menneskers livsvilkår og ældreområdet generelt i de senere år har fået mere politisk og offentlig opmærksomhed. Siden år 2000 er der udgivet en række rapporter og redegørelser om aspekter af ældreområdet. Blandt disse er Pensionsredegørelsen fra 2006, der afdækkede mulighederne for fremtidige indretninger af pensionssystemet (*Pensionsredegørelse 2006*) og en redegørelse om botilbud og ældreinstitutioner fra 2008, der afdækkede ældre menneskers boligforhold samt udbud af og behov for botilbud og ældreinstitutionspladser (*Redegørelse om botilbud og ældreinstitutioner 2008*). I 2012 kom en demensredegørelse (*Demensredegørelse 2012*) og Naalakkersuisuts samlede ældrestrategi *Ældre i fremtidens Grønland (Ældre i fremtidens Grønland 2012)*. I ældrestrategien lægges der vægt på, at selvbestemmelse og medansvar skal bidrage til at sikre livskvalitet hos ældre mennesker. Strategien har et tydeligt fokus på livskvalitet og kulturelle elementer og en opmærksomhed på, at livskvalitet opleves forskelligt fra person til person. Strategien peger også på en række områder og udfordringer herunder pension, personligt ansvar, selvhjulpethed, sikring af en tilstrækkelig boligmasse til ældre mennesker og demens. Den centrale ambition med politikkerne er således at forbedre ældre menneskers sundhedstilstand og livskvalitet samt at øge mulighederne for, at de ældre kan forblive selvhjulpne samtidig med, at bidrager til samfundet, både i forhold til overlevering af traditionel viden og færdigheder og som ressourcepersoner i familien og samfundet generelt (Nørtoft og Jensen 2017a). I de senere år er der også udviklet flere kommunale ældrepolitikker og strategier, der udpeger retninger for kommunernes indsats og ambitioner på området.

Denne rapport har til hensigt at formidle forskningsbaseret viden om en række aspekter af ældre menneskers liv og helbred. Rapporten består af syv kapitler. Det første er det indledende kapitel med baggrund og metode. Kapitel 2-6 er tematiske kapitler, der hver især behandler en række temaer.

Rapporten samler op på viden om mange forskellige områder inden for ældreområdet, hvorfor der

Arktisk Aldring (AgeArc) er et forsknings- og udviklingsprojekt, der kombinerer forskning i ældre menneskers livsvilkår, velvære og helbred med udviklingsinitiativer inden for ældre området. Projektet startede i januar 2017 og slutter ved udgangen af 2021. I projektet samarbejder fire grønlandske kommuner, forskere og undervisere fra Ilisimatusarfik, Københavns Universitet, Syddansk Universitet, Aarhus Universitet, Københavns Professionshøjskole. Projektet er støttet af VELUXFONDEN, og projektet har også modtaget midler til studenter og feltarbejdsaktiviteter fra Fonden Ensomme Gamles Værn. De kliniske undersøgelser i studiet er finansieret af Steno Diabetes Center Copenhagen og Novo Nordisk Fonden.

frem for en konklusion i Kapitel 7 afslutningsvist er indsat en liste med vigtige opmærksomhedspunkter. Disse opmærksomhedspunkter går på tværs af rapportens kapitler og skal forstås som forfatterens fortolkning af hvilke vigtige emner og udfordringer, der tegner sig inden for ældreområdet.

1.2 Begrebsdefinition

Hvornår er man gammel? Hvordan definerer man et ældre menneske? Disse spørgsmål er ikke lette at komme med et kort svar på. Opfattelser af alderdom og aldring er altid kulturelt betinget. I den vestlige verden har et menneskes antal levede år siden slutningen af 1800-tallet været en af de vigtigste målestokke for, hvornår samfundet opfatter én som gammel. Den aldersbetingede opfattelse af alderdom slog for alvor igennem med indførelsen af først alderdomsunderstøttelse og siden pensionsordninger (Katz 1996). Indførelsen af særlige ydelser til mennesker over en vis alder gjorde det mere relevant for staten at tælle, hvor mange ældre mennesker der var, og som i fremtiden ville blive berettiget til aldersbetingede ydelser. I Grønland blev alderdomsunderstøttelse indført i 1926. Den aldersbetingede definition af ældre mennesker er efterfølgende blevet dominerende i politik og i statistiske opgørelser.

Før indførelsen af alderdomsunderstøttelse var forståelsen af alderdom mere sammensat og hvilede i nogen grad på en persons fysiske egenskaber. En mand kunne således blive anset for gammel, hvis han ikke længere kunne forsørge sin familie, for eksempel ved at gå på jagt eller ved fiskeri, og en kvinde kunne blive anset for gammel, hvis hun mistede evnen til at stå for husholdningen og arbejdet med at tilberede fangsten (Olsen 2018). Ifølge professor Robert Petersen bevarede ældre mennesker vigtige roller i familien, selvom de ikke længere kunne stå for forsørgelsen og styre hele husholdningen (Petersen 1999). Ofte var ældre ansvarlige for fordelingen af mad og for at holde styr på forråd eller for andre faste gøremål som for eksempel at hente vand og passe børn.

Hvis ældre mennesker blev for svage til at stå for fordelingen af mad eller andre pligter, kunne de oftest blive boende i familien, hvor de så mest opholdt sig i huset, på briksen, hvor de fortsat kunne følge med i de daglige gøremål og samværet i huset. Dette er beskrevet i ekspeditionsberetninger (for eksempel Rasmussen 1906).

I denne rapport bruger vi betegnelsen *ældre mennesker* og den kortere form *ældre* til at beskrive borgere, der er 65 år eller mere, imens vi anvender betegnelsen *kommende ældre* for borgere i alderen 55-64 år. Vores brug af begrebet ældre skal derfor forstås som en aldersbaseret afgrænsning af en del af befolkningen. I Canada og Nordamerika kan ordet ældre (elders) have samme betydning. Det findes dog også i formen Elders. Blandt mange oprindelige folk i Nordamerika, er en Elder et menneske, der er bærer af den traditionelle subsistenskultur og ses som rollemodel for de yngre i lokalsamfundet. En undersøgelse fra Alaska viser, at Elders er karakteriseret ved emotionel stabilitet, engagement i lokalsamfundet, spiritualitet og godt fysisk helbred (Lewis 2011). Man bliver ikke udpeget til at være Elder, men bliver det i kraft af sine personlige egenskaber; det er således en kulturel konvention, en position og ikke en stilling i lokalsamfundet. Derfor er det ikke alle ældre mennesker, der er Elders. Der findes ikke nogen tilsvarende funktion i Grønland. Begrebet 'Storfanger' er det, der kommer nærmest, men svarer ikke til Elder. Storfangere nød respekt på et begrænset område som erhverver, og det var (næsten) kun mænd. I vore dage har storfangeren ikke nogen formaliseret funktion i samfundet i modsætning til Elders i Nordamerika, der jævnlige bliver taget med på råd, og som repræsenterer lokalsamfundet i mange forskellige sammenhænge. I mange familier er der en opfattelse af, at ældre mennesker, både mænd og kvinder, har en høj position, de er respekterede, og man lytter til deres erfaringer.

1.3 Datagrundlag og metode

Det kvalitative materiale

Det kvalitative forskningsmateriale er fremkommet gennem etnografisk feltarbejde foretaget inden for projekt Arktisk Aldring. Dette feltarbejde omfatter semistrukturerede interviews (Hastrup et al. 2012, Clarke & Warren 2007), fokusgrupper (Halkier 2010), workshops og visuelle metoder (Clark-Ibañez, 2004, Mitchell 2008, Pink 2009) og dokumentstudier (Lynggaard 2010). Der er foretaget feltarbejde blandt hjemmeboende og institutionaliserede ældre og kommende ældre, på kommunale institutioner, i det offentlige rum og i ældre menneskers hjem. Deltagerne i feltarbejdet er ældre mennesker, ufaglært plejepersonale, faglært plejepersonale, servicepersonale på ældreinstitutioner, kommunale konsulenter og andet personale fra kommunale administrationer. Alle deltagere har underskrevet et informeret samtykke.

Feltarbejde er foretaget i Avannaata Kommunia, Qeqqata Kommunia, Kommune Kujalleq og Kommuneqarfik Sermersooq, i Qaanaaq, Uummannaq, Saattut, Qarsut, Ilulissat, Ilimanaq, Sisimiut, Maniitsoq, Nuuk, Qaqortoq, Narsaq, Nanortalik, Alluitsup Paa, Narsarsuaq og Tasiilaq. En del af feltarbejdet har fokuseret på ældre og kommende ældre pårørendes oplevelse af demensforløb. Feltarbejdet er udført af flere personer, nogle grønlandsktalende og nogle dansktalende. En del aktiviteter er foregået på grønlandsk, nogle på dansk med grønlandsk tolk. Alle interviews og fokusgrupper samt udvalgte workshopaktiviteter er blevet lydoptaget, transskriberet og analyseret efter emner. Alt interviewmateriale anvendt i rapporten, herunder citater, er anonymiseret. Dele af rapportteksten, der er baseret på det kvalitative materiale, har tidligere været udgivet i fagfællebedømte og/eller formidlingsartikler. I teksten er der indsat henvisninger til de artikler, som et tekststykke refererer til eller optræder i. Forskellige typer af data fra det etnografiske feltarbejde refereres herefter under samlebetegnelsen *kvalitative data* eller det *kvalitative materiale*.

Det kvantitative datamateriale

Det kvantitative materiale er en del af Befolkningsundersøgelsen i Grønland i 2018 og er dermed en del af det program for befolkningsundersøgelser, der er gennemført med jævne mellemrum siden 1993 (Dahl-Petersen et al. 2016, Larsen et al. 2019).

Befolkningsundersøgelsen blandt ældre i Grønland er en epidemiologisk undersøgelse af levevilkår, livsstil og helbred blandt ældre mennesker og kommende ældre i hele Grønland. Der er udtrukket en stikprøve af deltagere i de tidligere befolkningsundersøgelser med aktuel bopæl i Nuuk, større og mindre byer og bygder på vestkysten samt Tasiilaq og Qaanaaq. Stikprøven (og deltagerne) er således repræsentative for hele landet, men deltagerne er ikke nødvendigvis repræsentative for alle ældre i landet. For det første er stikprøven reduceret med 9%, da nogle af de udtrukne ikke indgik i den endelige stikprøve på grund af flytning eller død. For det andet var deltagerprocenten kun 61%, primært fordi 20% ikke ønskede at deltage, og 9% var ude af stand til at deltage på grund af sygdom eller svækkelse. Det betyder, at det er de mest raske og velfungerende ældre, der deltog i undersøgelsen. Datagrundlaget udgjordes af 229 mænd og 244 kvinder i alderen 65 til 94 år. Antallet og procenten af ældre og kommende ældre i de tidligere befolkningsundersøgelser fremgår af Tabel 1.1. De relativt få ældre deltagere i de tidligere undersøgelser betyder, at det kun er i begrænset omfang og med stor usikkerhed, at de ældre i 2018 kan sammenlignes med tidligere. Andelen af ældre i Grønlands befolkning er steget tilsvarende, fra 3% +66-årige i 1993 til 6% i 2017. En yderligere årsag til stigningen i andelen af ældre er, at befolkningsundersøgelserne siden 2005 har været en opfølgning af deltagere i de foregående undersøgelser, som jo er blevet ældre i den mellemliggende tid. Foruden at være en tværsnitsundersøgelse af næsten 500 ældre er der derfor også tale om et kohortestudie af 272 ældre deltagere (58%), hvis helbred og levevilkår kan følges siden 2005-2010 (samt 67, der kan følges helt fra 1993).

Tabel 1.1. Ældre deltagere i befolkningsundersøgelserne i Grønland.

	Deltagere i aldersgrupperne			Ældste delta- ger	Ældre (65+) i procent af alle
	55-64 år	65-74 år	75+ år		
	antal	antal	antal	alder	%
Sundhedsprofil 1993	208	92	24	91 år	6,7
Befolkningsundersøgelse 1999	300	155	35	86 år	9,4
Inuit Health in Transition 2005-2010	474	247	89	95 år	10,3
Befolkningsundersøgelse 2014	484	222	83	97 år	14,9
Befolkningsundersøgelse 2018	479	338	135	94 år	18,6

Temaerne for undersøgelserne af de ældre er udvidet meget i denne undersøgelse i forhold til tidligere, men der er flere emner, der kan følges over tid (Tabel 1.1). Data er indsamlet ved hjælp af et spørgeskemainterview, et selvudfyldt spørgeskema, kliniske tests og laboratorieanalyser. En mere detaljeret beskrivelse af Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 findes i hovedrapporten fra undersøgelsen (Larsen et al. 2019).

Tabel 1.2. Oversigt over udvalgte variable i fem befolkningsundersøgelser blandt ældre i Grønland. ● betyder, at variabelen er sammenlignelig på tværs af undersøgelserne.

	Sundhedsprofil for Grønland	B99	Inuit Health in Transition	Befolkningsundersøgelsen	Sundhedsprofil for ældre
	1993-1994	1999-2001	2005-2010	2014	2018
<i>Sociale forhold</i>					
Uddannelse	●	●	●	●	●
Erhverv	●	●	●	●	●
Indkomst	-	-	●	-	-
Velstand	●	●	●	●	●
Pensionering	-	-	-	-	●
Socialt netværk	●	-	●	-	●
<i>Dagligdagen</i>					
Daglige aktiviteter	-	-	-	-	●
Høre og tyggefunktion	●	●	-	●	●
Hjælp	-	-	-	-	●
Tilfredshed med livet					●
<i>Livsstil (KRAM)</i>					
Alkohol (AUDIT)					●
Alkohol (andre mål)	●	●	●	●	
Rygning	●	●	●	●	●
Kost (52/69 items)	-	-	●	●	●
Fødevareusikkerhed	-	-		●	●
Fysisk aktivitet (lang IPAQ)	-	-	●	●	●
<i>Fysisk helbred</i>					
Daglige gener	●	●	●	●	●
Selvurderet helbred	●	●	●	●	●
Diabetes, forhøjet blodtryk		●	●	●	●
Astma, KOL		●			●
<i>Psykisk helbred</i>					
Ludomani	-	-	●	(●)	●
Selvmodstanker	●	●	●	●	●
General Health Questionnaire	●	●	-	●	●
<i>Kliniske test</i>					
Højde, vægt, talje og hofteomfang	●	●	●	●	●
Kropsfedtprocent	-	-	●	●	●
Lungefunktion	-	●	-	-	●
Stoletest	-	-	-	-	●
Håndgrebsstyrke	-	-	-	-	●
<i>Laboratorieanalyser</i>					
Diabetes (glukosebelastning)	-	●	●	-	●
Diabetes (HbA1c)	-	●	●	●	●
Blodtryk (automatisk målt)	●	-	●	●	●
Ekg	-	●	●	-	●
Kolesterol og triglycerid	●	●	●	●	●

1.4 Oversigt over tidligere undersøgelser af ældres levevilkår og helbred

I dag findes der overleverede tekster forfattede af præster, missionærer og læger, der indeholder beskrivelser af ældre grønlanderes udseende fra 1700-tallet og frem. Præsten og missionæren Hans Egede Saabye skrev eksempelvis om ældre grønlandere i sin dagbog over årene 1770-

1778, "En Mand paa 50 aar seer almindelig saa affældig ud, som om han var henved de 70" (Saa-bye 1816). Flere hundrede år senere skrev lægen Alfred Bertelsen i sin store opgørelse over sundhed og sygdom i Grønland, at tre fjerdedele af alle personer over 55 år modtog alderdomsunderstøttelse som følge af, at de var ude af stand til at fremskaffe det nødvendige til underhold (Bertelsen 1937, Bertelsen 1940). Disse nedslag viser, at danske udsendte, langt op i det 20. århundrede, bemærkede, at grønlandske ældres sundhedstilstand var dårlig, og at ældre i Grønland hurtigere blev gamle, end det var tilfældet i Danmark. Egentlige undersøgelser af de ældres sundhedstilstand er dog et relativt nyt fænomen.

Inden for den nyere sundhedsforskning har der været foretaget enkelte undersøgelser af ældre menneskers sygdomme, sundhed og livskvalitet. I 2003 gennemførtes en undersøgelse af 81 personer i alderen 60-87 år i Qasigianguit (Laursen et al. 2003, Bjerregaard 2004). De fleste havde set deres venner og bekendte inden for den sidste måned, men alligevel følte 22 af deltagerne (27%) sig af og til ensomme. Af de åbne interviews fremgik det, at mange følte stor ensomhed omkring deres sorg over tab af ægtefælle eller børn. Dagligdagen klaredes for de flestes vedkommende på egen hånd; som nogle af deltagerne udtrykte det: "Når man bliver gammel, holder man op med at ryge og drikke og får det bedre". Forfatterne konkluderede, at de ældre i Qasigianguit på det overordnede plan gennemgående var tilfredse med tilværelsen, men at der var en del primært praktiske problemer i hverdagen.

Inden for grønlandsk geriatri har der været fokus på funktionsniveau og sygdom hos beboere på alderdomshjem (Olsen et al. 2010), risikofaktorer for osteoporose (Jakobsen et al. 2013), medicin og funktionsniveau blandt plejehjemsbeboere (Lassen et al. 2013) og helbreds påvirkninger af indtagelse af traditionelle fødevarer (Andersen et al. 2005). Forekomsten af de fleste kroniske sygdomme tiltager med alderen, og studier af specifikke kroniske sygdomme har ofte fokus på ældre. Den epidemiologiske litteratur om ældres sundhed i Grønland er sparsom. Rapporterne fra de tidligere befolkningsundersøgelser indeholder i et vist omfang resultater i aldersgrupper, og der kan heraf udledes resultater for ældregruppen, men nogen samlet fremstilling af ældres helbredsforhold findes ikke.

Inden for forskningen har der været en tendens til at behandle ældre mennesker som en ensartet befolkningsgruppe. Ældre mennesker er, ligesom alle andre, individer med egne drømme, lyster og behov. Dette er der kommet mere opmærksomhed på i de senere år (Gubrium og Holstein 2003). Inden for arktisk gerontologi er der i de seneste år lavet en række undersøgelser af forskellige aspekter af ældre menneskers liv og livsvilkår. I en undersøgelse blandt ældre Inuit i Nunavik, Canada, konstruerede forskerne et holistisk mål for helbred baseret på seks variable (selvvurderet helbred, psykisk helbred, aktivitetsbegrænsning, alkoholforbrug, hjælp, socialt netværk og sproglig færdighed i inuktitut) (Baron et al. 2019). En anden undersøgelse viste, at Yup'ik kvinder fra Alaska opfattede sundhed i alderdommen i relation til at være aktiv, spise traditionel mad og respektere ældre (Hopkins et al., 2007). Et studie blandt ældre 'Alaska Natives' beskrev fire vigtige aspekter af at være en respekteret Elder. Det drejede sig om emotionel sundhed, lokalt engagement, spiritualitet og fysisk helbred (Lewis 2011).

Der er også foretaget studier blandt ældre Inuit i Canada med fokus på ældre menneskers betydning for kulturel overlevering, aldring og livsforløb samt ældres opfattelser af den gode alderdom (Collings 2000, 2001 og 2005). I en grønlandsk kontekst er der lavet studier af palliation til kræftpatienter, herunder ældre, patientrejser, patientoplevelser og rehabilitering af ældre mennesker, madens betydning for ældre menneskers sociale netværk og identitet, inddragelse af ældre i udviklingsprojekter og ildsjæles betydning for ældreområdet (Augustussen 2018, Aagaard 2015, Aagaard 2018, Schlütter 2019, Nørtoft et al. 2018, Nørtoft & Jensen 2018a, Nørtoft & Jensen 2019).

Selvom ældre mennesker er forskellige, fremgår det af både den arktiske og den øvrige internationale forskning, at der er en række universelle aspekter, der betyder noget for ældre menneskers

livskvalitet. Disse aspekter omfatter at blive behandlet med respekt som ligeværdige, at have indflydelse på eget liv og behandling, at have gode familiære og sociale relationer, at kunne være fysisk aktiv, at have en god sundhedstilstand og adgang til den mad og de aktiviteter, man holder af.

2 Ældres levevilkår

Nogle ældre mennesker synes, at det er svært at blive gammel på grund af de fysiske udfordringer, der følger med. En betydelig del af de ældre udtrykker bekymringer over kropsligt forfald som for eksempel, at de bliver svage, glemmer ting, har svært ved at gå, høre, sove og se. På trods af de fysiske udfordringer har flertallet dog en overvejende positiv tilgang til alderdommen.

"Jeg synes, det er svært at have en krop, der ikke kan så meget og ikke kan se noget." (informant, Jensen et al. 2018)

Befolkningsundersøgelsens data viste, at de fleste ældre mennesker (89%) var tilfredse med deres liv. De ting, der betød mest for de ældres tilfredshed med tilværelsen, var familie (86% mente, at familien var meget vigtigt), at kunne spise grønlandsk mad (76%), venner (66%) og at være i naturen (64%). Det var meget vigtigt for de 55-64-årige at have et arbejde (78% mente, at det var meget vigtigt at have et arbejde), men vigtigheden aftog med alderen til 61% blandt de +75-årige.

2.1 Boligforhold

Ifølge den seneste *Redegørelse om botilbud og ældreinstitutioner* fra 2008 bor størstedelen af de ældre mennesker i egen bolig, mens en mindre andel bor i ældrebolig eller på alderdoms- eller plejehjem (*Redegørelse om botilbud og ældreinstitutioner* 2008). Redegørelsens tal er formodentlig ikke aktuelle i 2019, og en nyopgørelse er ved nærværende rapports udgivelse under udarbejdelse.

Af Befolkningsundersøgelsens data kan vi se, hvordan boligforholdene ændrer sig med alderen. Flere blev enke eller enkemand, færre havde en partner, flere boede alene, og der blev bedre plads i boligen (Tabel 2.1). Blandt de ældre deltagere i undersøgelsen boede 80% i stueetagen, men 43% havde trapper inde i boligen. De fleste (46%) boede i en ejerbolig, mens 40% boede i en lejelejlighed og de fleste af resten på alderdomshjem. Kvinder havde oftere end mænd mistet deres ægtefælle og boede oftere alene.

Tabel 2.1. Samliv og boligforhold blandt ældre. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

	55-64 år	65-74 år	75+ år
Enke/enkemand	6,5%	23,7%	48,9%
Har en partner	74,9%	58,0%	37,8%
Bor alene	16,3%	33,0%	52,7%
Beboelsestæthed (personer/rum)	0,87	0,76	0,73

Flertallet af de ældre, som bor i egen bolig, udtrykker ønske om at blive boende der så længe som muligt. En del ældre mennesker har hørt negative historier om plejehjem og er derfor ikke interesserede i at bo på ældreinstitution. En flytning sent i livet kan være en voldsom oplevelse for det enkelte menneske, både fordi den ældre må forlade sit hjem og sine ting, men også fordi en flytning til institution med nye rutiner og mennesker for de fleste er en stor og uønsket omvæltning (Nørtoft 2018). Da der ikke er plejehjem og ældreboliger i bygderne, kan en flytning derudover også betyde, at den ældre person må forlade sin familie, hjemegn og lokalmiljø. En del af de beboere på ældreinstitutioner, der har været nødt til at flytte væk fra deres hjembygd, oplever særligt afstanden til familien som et stort afsavn i hverdagen.

Nogle ældre mennesker finder det tiltagende vanskeligt at klare sig i eget hjem og vil derfor gerne flytte i ældrebolig eller på pleje- eller alderdomshjem. De udtaler ønske om mere hjælp i

dagligdagen og et behov for nærhed til pleje og omsorgspersonale. Der er dog lange ventelister til alle typer af institutionspladser og ældreboliger (*Redegørelse om botilbud og ældreinstitutioner* 2008, Jensen et al. 2018). Blandt de ældre mennesker, der bor på alderdoms- og plejehjem, er en stor del tilfredse med at bo på institution. De udtrykker især tilfredshed med at kunne få hjælp af personalet og med de muligheder for social interaktion og aktivitet, som findes på institutionen. I nogle dele af landet er der generelt stor boligmangel. Som ung familie kan det være vanskeligt at finde en bolig at etablere sig i. Nogle steder er det også svært at finde fast arbejde, og derfor bliver nogle voksne boende hos deres forældre. I nogle familier fungerer flergenerationshushold fint, men i andre familier kan det være problematisk for alle generationer at være tvunget til at bo sammen (Nørtoft og Jensen 2018a).

2.2 Beskæftigelse og økonomi

Pensionsalderen i Grønland er rykket opad gennem årene. I 2017 blev den sat op fra 65 til 66 år, som den er nu. Elleve procent af de ældre deltagere i Befolkningsundersøgelsen oplyste, at de stadig havde erhvervsarbejde og 32% havde enten erhvervsarbejde eller udførte frivilligt arbejde. Mens de var yngre, havde de ældre oftere end den nuværende arbejdsstyrke ufaglært arbejde (52% vs. 34%) og havde oftere været fangere/fiskere (15% vs. 6%).

Mange ældre mennesker uden privat pensionsopsparing oplever, at det er svært, at få den offentlige alderspension til at række til hverdagens fornødenheder. Nogle pensionister mener, at reglerne for bi-indtægt for pensionister forhindrer dem i delvis selvforsørgelse. En lempelse af reglerne ville ifølge de ældre selv både give dem mulighed for en lidt højere indtægt og være en motivation for at holde sig aktiv i længere tid i forbindelse med for eksempel fiskeri. Pensionister kan tjene mellem 56.000 kr. og 83.000 kr. årligt, før deres pension nedreguleres, afhængigt af, om pensionisten er enlig eller har en samlever (*Inatsisartutlov nr. 20 af 23, november 2015 om alderspension*). Det er ikke nødvendigvis alle ældre mennesker, som er fuldstændigt inde i reglerne.

"Jeg er over 70 år og har været alvorligt syg flere gange. Nu er jeg på pension. Jeg ville gerne kunne supplere min pension med lidt indtjening på fiskeri, men det må jeg ikke. Det ville ellers være med til at holde mig aktiv." (informant, feltarbejde 2018)

Nogle steder i landet gør klimaet, at beboere må bruge flere penge på for eksempel brændsel til opvarmning end i resten af landet. Pensionen er dog den samme for alle. Dette påvirker i høj grad hjemmeboende pensionister uden pensionsopsparing i Nord og Øst, hvor folk skal varme husene op mange måneder om året.

I Befolkningsundersøgelserne er ejerskab af visse forbrugsgoder (video/DVD, computer/iPad, mikrobølgeovn, vaskemaskine, opvaskemaskine og internet) anvendt som et mål for velstand. Indekset viste, at velstanden aftog markant med alderen fra 4,4 blandt de 18-54-årige til 2,3 blandt de +75-årige, hvilket betyder, at de ældste i gennemsnit kun havde lidt over 2 af de nævnte forbrugsgoder. Det var især computer, mikrobølgeovn, opvaskemaskine og internet, de ældre ikke ejede. Det er naturligvis nærliggende at sætte spørgsmålstegn ved, om velstandsindekset egner sig til at afspejle velstand hos de ældre, der måske bare ikke har noget behov for de nævnte forbrugsgoder, der indgår som en naturlig del af de yngres liv.

Der er en fraflytning af ældre mennesker fra Grønland til primært Danmark. De ældre nævner selv, at økonomiske forhold er en af de afgørende grunde til, at de vælger at forlade Grønland, når de når pensionsalderen (Dylov 2018).

2.3 Socialt netværk

Sociale relationer er vigtige for det enkelte menneske. Særligt for ældre mennesker kan et godt socialt netværk være afgørende for at få praktiske udfordringer og opgaver til at hænge sammen i hverdagen (Dunér og Nordström 2007). Som Befolkningsundersøgelsens tal viser, vurderede flertallet af ældre mennesker, at gode familie- og sociale relationer var vigtige for deres oplevelse af at

have en god alderdom.

Ældre menneskers sociale netværk udgøres af børn, børnebørn, familie, venner og for nogle vedkommende tillige arbejdskammerater. De fleste ældre havde børn og børnebørn, og for langt de flestes vedkommende (91%) boede i hvert fald nogle af disse, eller andre familiemedlemmer, i samme by eller bygd. To tredjedele af de ældre havde på tidspunktet for deltagelse i Befolkningsundersøgelsen været sammen med deres børn eller børnebørn inden for den seneste uge, og 74% angav, at de under normale omstændigheder var sammen med familie eller venner mindst én gang om ugen. Tallene viser, at de fleste ældre havde social kontakt med andre på daglig eller næsten daglig basis, idet næsten alle enten boede sammen med en ægtefælle eller partner, havde familie i byen eller bygden, havde erhvervsarbejde eller frivilligt arbejde eller hjalp andre.

Også det kvalitative materiale viser, at især familierelationer betyder meget for ældre menneskers livskvalitet (Nørtoft og Jensen 2017b). Der er dog stor forskel på, hvordan ældre mennesker oplever relationer mellem generationerne. Nogle ældre mennesker efterlyser ungdommens respekt for de ældre generationer. De har en oplevelse af, at der tidligere var større respekt omkring ældre mennesker og deres rolle i samfundet. Disse ældre har en oplevelse af, at familierelationer generelt ikke længere er så tætte som tidligere. Andre ældre mennesker oplever udviklingen af forholdet mellem generationerne positivt. Dette begrundes blandt andet med bedre levevilkår og udviklingen af velfærdsstaten (Jensen et al. 2018).

"Det er helbredende for mig at være sammen med børn – så glemmer jeg mine sygdomme." (informant, Jensen et al. 2018).

"Man er mere ligestillet, de unge og de gamle. Dengang skulle man helst ikke snakke for meget, men nu synes jeg, jeg kan snakke med mine børn og svigerbørn om alting." (informant, Jensen et al. 2018).

"Jeg savner at have den tætte familie og være meget sammen. Tidligere legede de [børnene], og man hjalp hinanden. Nu skal man selv klare det hele." (informant, Jensen et al. 2018).

Selvom nogle ældre udtrykker utilfredshed med nutidens forhold mellem generationerne, bekræfter det kvalitative materiale, at de fleste ældre mennesker har en god kontakt med familie og venner. Hvis de ikke ser dem ofte, kommunikerer de hyppigt med deres familie og venner via mobiltelefon. Langt de fleste raske ældre mennesker har en mobiltelefon og bruger den flittigt, både til at ringe, og i mange tilfælde også til at være på internettet (Jensen et al. 2018).

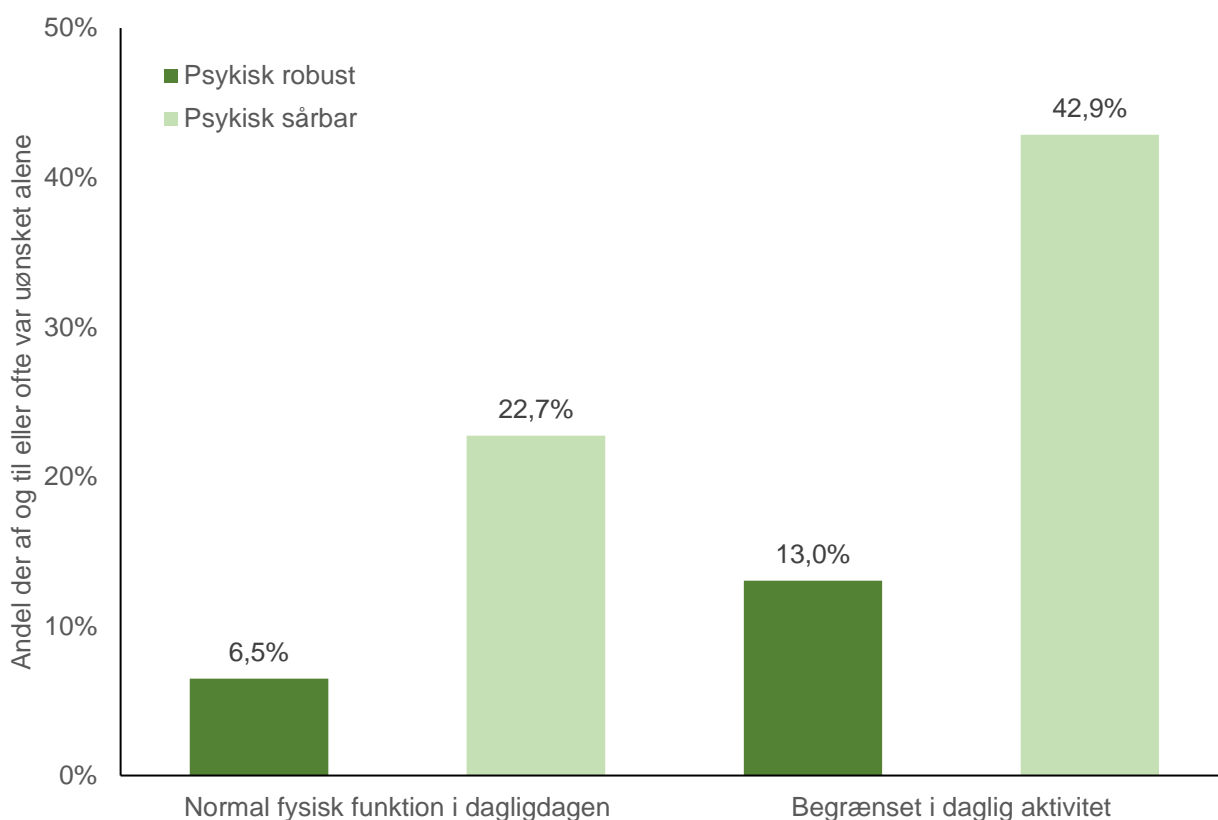
Der er eksempler på situationer, hvor personalet på plejehjem vurderer, at enkelte pårørende forsøger at få adgang til de ældres økonomiske midler. I disse situationer kan der opstå konflikter mellem personale og pårørende. Personalet føler sig ikke altid klædt på til at håndtere den slags konflikter.

Selvom de fleste ældre mennesker ofte havde social kontakt til andre, og mange var en del af stærke sociale fællesskaber både i og uden for familien, var der dog også en gruppe af ældre, som følte sig ensomme. I Befolkningsundersøgelsen angav 16% af de ældre, at de af og til eller ofte var uønsket alene (ensomme). Der var flere, der var ensomme i bygder (28%) end i byer (13%). Ensomhed og at bo alene kan hænge sammen, men der var forskel mellem mænd og kvinders oplevelse af ensomhed. Mens 26% af mænd, der boede alene, var ensomme imod 10% af mænd, der boede sammen med andre, var der ikke tilsvarende forskel for kvinder; 20% af kvinder, der boede alene, var ensomme sammenlignet med 15% af kvinder, der boede sammen med andre. Mænd fik altså mere ud af at bo sammen med andre end kvinder gjorde.

På institutioner, hvor ældre mennesker bor tæt sammen, er forskellene i omfanget af socialt samvær tydeligt, fordi det er åbenlyst, hvem der får besøg af familie og venner, og hvem der ikke gør. For visse plejehjemsbeboere kan det derfor opleves som meget ensomt ikke at få besøg, fordi

de dagligt bliver konfronteret med, hvor tit andre ældre har familie på besøg. For disse ældre bliver personalet meget vigtige personer i deres sociale netværk, selvom relationen er professionel (Jensen et al. 2018).

Befolkningsundersøgelsen viser, at ensomhed var mest almindeligt blandt psykisk sårbare og personer med fysiske begrænsninger i daglig aktivitet. Figur 2.1 viser, at både fysiske begrænsninger i daglig aktivitet og psykisk sårbarhed, men især psykisk sårbarhed, var stærkt associeret med ensomhed. I en tværsnitsundersøgelse som Befolkningsundersøgelsen er det ikke muligt at udtale sig om, hvad der er årsag til hvad. For psykisk sårbarhed kan det både være plausibelt, at sårbarhed er årsag til ensomhed, og at ensomhed er årsag til sårbarhed. På samme måde kan man både forestille sig, at begrænsninger i daglig aktivitet forårsager ensomhed, og at ensomhed forårsager begrænset aktivitet i det daglige.



Figur 2.1. Ensomhed blandt ældre i relation til psykisk sårbarhed og fysisk funktion i dagligdagen. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Der er en del byer, som har deres egen ældreforening, og der findes også en landsforening for ældreforeningerne. De kvalitative data viser, at ældreforeninger har meget forskellige vilkår fra den ene by til den anden og fra den ene kommune til den anden. Dette gælder både i forhold til lokaler at mødes i og i forhold til de ældres eget engagement i foreningens drift og aktiviteter. Flere steder stiller kommunerne lokaler til rådighed hele tiden eller på bestemte tidspunkter i løbet af ugen. Nogle steder er ældreforeninger dog lukket, fordi de mangler lokaler at være i. Dette kan skyldes kommunal mangel på lokaler, manglende koordinering på tværs af kommunale forvaltninger, der kan betyde, at de tilgængelige lokaler ikke bliver udnyttet og/eller mangel på kommunikation imellem de ældre og kommunen. Resultatet af dette kan blive, at den enkelte ældre mister muligheden for at være en del af et socialt fællesskab med andre ældre mennesker.

2.4 At holde sig i gang

Fysisk aktivitet kan være mange ting. Det kan være fysisk anstrengende aktiviteter som løb og fitnessstræning, men for ældre mennesker kan det også være at deltage i aktiviteter som håndarbejde, gåture, stolegymnastik og sociale aktiviteter som dans, spil og sang. Denne type aktiviteter er vigtige for, at de ældre holder sig i gang både socialt, fysisk og mentalt (Nørtoft og Jensen 2017b). Ældre mennesker, som bor på ældreinstitutioner, kan i mange situationer få hjælp af personalet til at deltage i forskellige aktiviteter. Nogle institutioner har mange daglige aktiviteter, der holder de ældre aktive i hverdagen, og de sørger også for, at de ældre, der kan, kommer på udflugter og får særlige oplevelser.

De fleste ældre mennesker er opvokset i tæt kontakt med naturen og har oplevelser med at færdes her. Det er vigtigt for deres livskvalitet at kunne se ud på naturen fra deres hjem, i særdeleshed hvis de ikke længere er i stand til at komme ud i naturen på egen hånd længere. Mange af de ældre, som ikke længere selv kan færdes i naturen, finder stor glæde i stadig at kunne være med til fælles udendørs madlavning og anden aktivitet forbundet med de råvarer, som andre har fanget og plukket (Nørtoft og Jensen 2018a). Der er en del opmærksomhed blandt ledere og personale på landets plejecentre på betydningen af denne type af oplevelser. Mange institutioner arrangerer derfor grill om sommeren, bærplukning og fisketure. Selvom der er aktiviteter på landets ældreinstitutioner, ytrer mange et ønske om flere aktiviteter både på alderdomshjemmene og i ældreforeningerne. Derudover ønsker de ældre i byerne sig flere bænke, som de kan bruge som pausestationer i forbindelse med gåture.

I byerne er der ofte mulighed for friske ældre for at engagere sig i sportsforeninger, ældreforeninger og andre sociale fællesskaber, hvor medlemmer støtter hinanden i aktive fællesskaber (ibid.). Mange ældre er nu opmærksomme på, at det er sundt at bevæge sig, og ældreidrætsforeninger skyder op rundt omkring i landet.

Nogle ældreforeninger er gode til at arrangere sommerture og til at tage ud at fiske og på anden vis sørge for at skabe fælles oplevelser i naturen. Deltagerne til disse arrangementer er typisk raske og fysisk velfungerende ældre. Mange af de svagere hjemmeboende ældres udeliv er, til dels på grund af vejr og topografiske forhold, til gengæld stort set begrænset til en terrasse eller altan. Løsninger som gangstier kan give mennesker med nedsat mobilitet lettere adgang til de helt bolignære ude- og naturområder. Et eksempel på sådan et tiltag er gangbroen og opholdsområdet Assiarfik i Sisimiut, der er blevet til i en fælles designproces med beboere i ældreboliger, hjemmehjælpen, kommunens bæredygtighedskonsulent, teknisk forvaltning og forskere fra Arktisk Aldring (Nørtoft et al. 2018).

Rigtig mange ældre mennesker er, uanset fysisk funktionsniveau, glade for forskellige former for håndarbejde, spil og sang. Flere ældre mennesker sidder alene og laver håndarbejde, men mange har et ønske om at lave håndarbejde sammen med andre. I nogle byer og bygder mangler der steder, hvor ældre kan mødes og selv arrangere forskellige fælles aktiviteter, og i visse svært tilgængelige dele af landet kan det tillige være et problem at anskaffe materialer til for eksempel håndarbejde (Nørtoft og Jensen 2017b og 2018b).

Bingo/banko er en af de hyppigst forekommende aktiviteter i lokalsamfund, ældreforeninger og på institutioner. Det kan være en god aktivitet for nogle ældre. Der er dog flere steder eksempler på ældre, som ønsker sig andre former for fælles aktiviteter. Disse ældre oplever, at det kan være svært at foreslå og få plads til andre aktiviteter for eksempel i ældreboligkompleksernes fællesrum (Jensen et al. 2018).

2.5 Hjælp i dagligdagen

Mange ældre mennesker kan klare sig selv og hverdagens praktiske gøremål uden hjælp fra andre og har overskud til selv at hjælpe andre mennesker. Befolkningsundersøgelsen viser, at 34% inden for den seneste måned havde hjulpet andre med for eksempel børnepasning, indkøb, rengøring eller henvendelse til offentlige myndigheder.

Men der er også en del ældre mennesker, der i varierende grad er afhængige af hjælp fra familie, venner, naboer eller professionelle for at få hverdagen til at fungere. Det er individuelt, hvor stort et netværk af hjælperelationer det enkelte ældre menneske har adgang til. Mens nogle er omgivet af venner, familie og gode naboer, har andre de fleste af deres nære relationer til mennesker, som bor i andre byer, bygder eller lande. De kan derfor ikke få så meget praktisk hjælp fra deres nærmeste i dagligdagen.

For de ældre, som bor på plejehjem, er personalet de primære praktiske hjælpere, som er tilgængelige døgnet rundt. Blandt alders- og plejehjemsbeboerne er der store individuelle forskelle på, hvor meget kontakt og hjælp den enkelte får fra sit eget sociale netværk (Jensen et al. 2018). På nogle plejehjem bliver der fra ledelsens side lagt meget vægt på personalets opmærksomhed på beboernes sociale behov. De kommunale plejehjem har mange ufaglærte ansatte, og ledelsen spiller derfor en afgørende rolle i oplæringen af medarbejderne i forhold til faglige og sociale kompetencer.

"Vi skal behandle vores beboere med respekt og interesse. Det er vigtigt med øjenkontakt, tålmodighed og berøring, og det er vigtigt at lytte." (plejehjemsleder, feltarbejde 2019)

"Selvom jeg har mange arbejdsopgaver på kontoret, tager jeg mig tid til beboerne, når jeg færdes i huset. Jeg hilser på alle de jeg møder, og jeg tager mig tid til at høre, hvad de vil fortælle mig eller spørge mig om. Hvis jeg ikke kan svare med det samme, vender jeg tilbage med et svar senere." (plejehjemsleder, feltarbejde 2019)

Behovet for hjælp fra andre i dagligdagen hænger tæt sammen med den enkelte ældres fysiske funktionsniveau. For at få bred viden om dette er der i Befolkningsundersøgelsen stillet spørgsmål om den enkeltes evne til at gå, gå på trapper, bære ting og udføre husligt arbejde. Hvis man ikke kan gå 400 meter uden hvile, ikke kan gå en trappe op eller ned uden at hvile og ikke kan bære 5 kg (for eksempel indkøbsposer), kategoriseres man som "Begrænset i daglig aktivitet" (Tabel 2.2). Hvis man heller ikke kan lave varm mad, foretage lettere rengøring og oprydning og gå omkring i sin bolig, bliver man placeret i kategorien "Meget begrænset i daglig aktivitet". Nedsat hørelse gør det vanskeligt at kommunikere med andre. Tabel 2.2 viser, hvor mange der kun med stort besvær eller slet ikke kunne følge med i en samtale mellem tre eller flere personer (evt. med brug af høreapparat). Blandt de +65-årige var 48% begrænsede eller meget begrænsede i daglig aktivitet, og 20% havde nedsat hørelse.

Tabel 2.2. Nedsat funktion i dagligdagen blandt ældre. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

	55-64 år		65-74 år		75+ år	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Er begrænset i daglig aktivitet	11,1%	31,9%	21,7%	35,9%	24,5%	45,9%
Er meget begrænset i daglig aktivitet	5,6%	6,0%	9,3%	14,1%	32,7%	31,1%
Nedsat hørelse	8,8%	7,3%	19,4%	16,2%	29,3%	21,3%

Kvinder var oftere end mænd begrænsede i deres daglige aktivitet, og andelen af deltagere, der var begrænsede i daglig aktivitet, steg markant med alderen. For deltagere, der var meget begrænsede i den daglige aktivitet, var der kun mindre forskelle mellem mænd og kvinder. Mænd havde lidt oftere end kvinder nedsat hørelse.

I den kommunale ældrepleje er der meget ufaglært personale, og der mangler for eksempel fysio- og ergoterapeuter (Nørtoft og Jensen 2017b). Det kvalitative materiale viser, at konsekvensen i mange tilfælde er, at der ikke er nogle steder, hvor pleje- og omsorgspersonale kan få hjælp og

vejledning i specifikke faglige problemstillinger. De steder, hvor der mangler fysio- og ergoterapeuter, har plejepersonalet derfor ofte svært ved at hjælpe ældre mennesker til at forbedre deres funktionsniveau.

En undersøgelse af ældre i Danmark, som Statens Institut for Folkesundhed gennemførte i 2013 (Christensen et al. 2016), tillader en sammenligning af dagligdagsfunktioner blandt ældre i Grønland med ældre i Danmark (Tabel 2.3). Der var kun minimale forskelle mellem de to lande, men der var dog flere mænd under 75 år og kvinder i Grønland, der havde nedsat hørelse.

Tabel 2.3. Andel i Grønland og Danmark, der uden besvær kan udføre en række dagligdags funktioner.

	65-74 år		75+ år	
	Grønland	Danmark	Grønland	Danmark
Mænd				
	%	%	%	%
Kan uden besvær gå 400 meter	85,8	80,5	62,1	59,5
Kan uden besvær gå op og ned ad en trappe	76,3	79,3	52,6	58,9
Kan uden besvær bære 5 kg	85,8	82,7	56,9	66,4
Kan uden besvær høre en normal samtale	44,1	58,8	37,9	37,4
Kvinder				
Kan uden besvær gå 400 meter	75,3	78,5	45,9	49,1
Kan uden besvær gå op og ned ad en trappe	66,9	73,9	35,1	44,2
Kan uden besvær bære 5 kg	56,6	59,4	27,0	29,3
Kan uden besvær høre en normal samtale	53,3	73,6	38,7	57,0

Befolkningsundersøgelsen fra 2018 viser, at kun 32% af de +75-årige fik hjemmehjælp. De tildeles som regel 1-2 timer én gang om ugen, og de fleste var tilfredse med hjemmehjælpens omfang. Hjemmehjælpen blev ifølge Befolkningsundersøgelsen givet til de ældre, der havde størst behov, idet 7% af personer med normal daglig aktivitet fik hjemmehjælp sammenlignet med 22% af personer med begrænset daglig aktivitet og 43% af personer med meget begrænset daglig aktivitet. Alder var også en vigtig prædikator for at få hjemmehjælp. Blandt de +65-årige modtog 27% en eller anden form for hjælp; af disse modtog 1/3 kun hjemmehjælp, 1/3 fik kun hjælp af familie og venner, og 1/3 fik begge slags hjælp.

De kvalitative data viser, at der er mange ældre mennesker, som tænker over, om de er til besvær for deres omgivelser. Flere af de ældre giver derfor udtryk for, at de har brug for hjælp, men også at de ikke ønsker at spørge om det. Det tyder på, at de ældre i større eller mindre omfang forbinder det at bede om hjælp med skam, og at det gør det svært for dem at sætte ord på deres behov (Jensen et al. 2018).

"Det ville være rart [med hjælp], men jeg vil ikke tigge om det." (informant, Jensen et al. 2018)

Ud over at have svært ved at bede om hjælp mangler en del af de ældre viden om kommunernes tilbud, og hvor de kan henvende sig for at søge om hjælp. De ældre har svært ved at gennemskue hvem i kommunen, de skal kontakte, og de efterspørger en personlig kontakt til kommunen. Mange af de adspurgte ældre mener derudover, at det er kommunens ansvar at opsøge dem, men ikke de ældres ansvar at opsøge kommunen. Det betyder, at der er nogle ældre, der oplever at have behov, som de ikke får hjælp til, fordi de ikke afsøger mulighederne. For nogle hjemmeboende ældre

gør dette, at de presser sig selv til at være selvhjulpne i længere tid på måder, der fungerer, og for nogle betyder det, at deres livskvalitet og sundhedstilstand lider under, at de ikke beder om hjælp. På plejehjemmene ses denne adfærd også. Mange af beboerne på pleje- og alderdomshjem vil gerne modtage hjælp, når personalet tilbyder den, selvom de ikke nødvendigvis beder direkte om den. En del ældre har derfor uudtrykte behov, som kan være svære at opdage for personalet.

3 Kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet

3.1 Kost og madvaner

Både forskningsmæssigt, politisk og i praksis i ældreplejen er der opmærksomhed omkring grønlandsk mads betydning for ældre menneskers oplevelse af identitet og livskvalitet (Nørtoft og Jensen 2017a og 2018a). Af budgetmæssige og praktiske årsager har ældreinstitutionerne ikke mulighed for at servere grønlandsk mad hver dag, men alle steder er der flere gange ugentligt grønlandske retter på menuen (Nørtoft og Jensen 2018a). I nogle kommuner har plejehjemmene et særligt beløb øremærket til indkøb af grønlandske råvarer ved siden af det ordinære madbudget.

Det kvalitative materiale peger entydigt på, at mad har stor betydning for de ældre menneskers oplevelse af en god alderdom. For dem er grønlandsk mad ikke kun ernæring. Den er et bindeled til deres tidligere liv, til deres barndom og ungdom, til oplevelser i naturen, helligdage og samvær med familie og venner (ibid.).

"Jeg blev født om sommeren i et telt. Vi boede i telt hele sommeren hvert år. Dér hvor vi havde vores sommerlejr, var der så dejligt. De fleste andre familier tog til bunden af den nærmeste fjord, men vi tog til bunden af den næste fjord, og der var bedre. Der var smukkere, og rensdyr derfra smagte bedre." (Informant, Nørtoft og Jensen 2018a)

På plejehjemmene er der på landsplan, men også inden for kommunegrænser, stor variation i, hvordan viden og refleksion omkring mad påvirker den enkelte institutions madplaner og målsætninger omkring kost. Nogle steder er køkkenpersonalet ikke ernæringsuddannet, og der er ikke grønlandske ernæringsvejledninger om kost til ældre mennesker med forskellige behov. Det betyder, at der visse steder serveres mad, som kan være u hensigtsmæssig at spise for diabetespatienter, eller som ikke indeholder den nødvendige mængde vitaminer. Andre steder er der ansat køkkenpersonale med både ernæringsuddannelse og engagement i forhold til udvikling af retter og særlige typer af kost til beboere med forskellige behov og udfordringer som for eksempel tyggesynke besvær eller manglende appetit.

"Jeg har været på kursus i, hvordan man laver gelekost, og så prøver jeg mig frem og udvikler nye varianter og produkter. Det giver mere værdighed, at alle beboere skal have de samme retter at spise, end hvis nogen bare får blendet mad. Så er der nogle, der får det tilberedt på almindelig vis, mens andre får det samme i geleform. Det skal være muligt adskille de forskellige smage fra hinanden, og det skal se lækkert og indbydende ud." (Faglært køkkenmedarbejder, feltarbejde 2019)

Tal fra Befolkningsundersøgelsen viser, at de ældre med alderen havde tiltagende besvær med at tygge hårde madvarer (for eksempel tørret kød, tørret fisk og skibskiks) selv med brug af en eventuel protese, mænd mere end kvinder (Tabel 3.1). Langt de fleste fik varm mad hver dag, men med alderen var der færre og færre, der havde mulighed for at spise aftensmad sammen med familien – ofte fordi de bor alene eller på institution.

Tabel 3.1. Måltidssituationen blandt ældre. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

	Aldersgruppe			p
	55-64 år	65-74 år	75+ år	
Kan kun med meget besvær eller slet ikke tygge hårde madvarer	13%	16%	30%	<0,0001
Spiser varm mad hver dag	81%	83%	82%	0,67
Spiser aftensmad med familien hver dag	78%	68%	55%	<0,0001

I den samlede befolkning er kostmønsteret under forandring, idet der spises mindre af grønlandske fødevarer, mere importeret kød og mere slik, sodavand og kager (Bjerregaard og Nielsen 2016). Også blandt ældre ændrede kostmønsteret sig i vestlig retning. Som en illustration af ældres kostmønster viser Tabel 3.2 de fødevarer, der bidrager mest til energiindtaget (kalorieindtaget), samt de fødevarer, som de ældre bruger flest penge på. Fisk, grøntsager, søde sager og frugt stod for halvdelen af udgifterne til mad.

Tabel 3.2. Fødevarer, der bidrager mest til ældres energiindtag. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

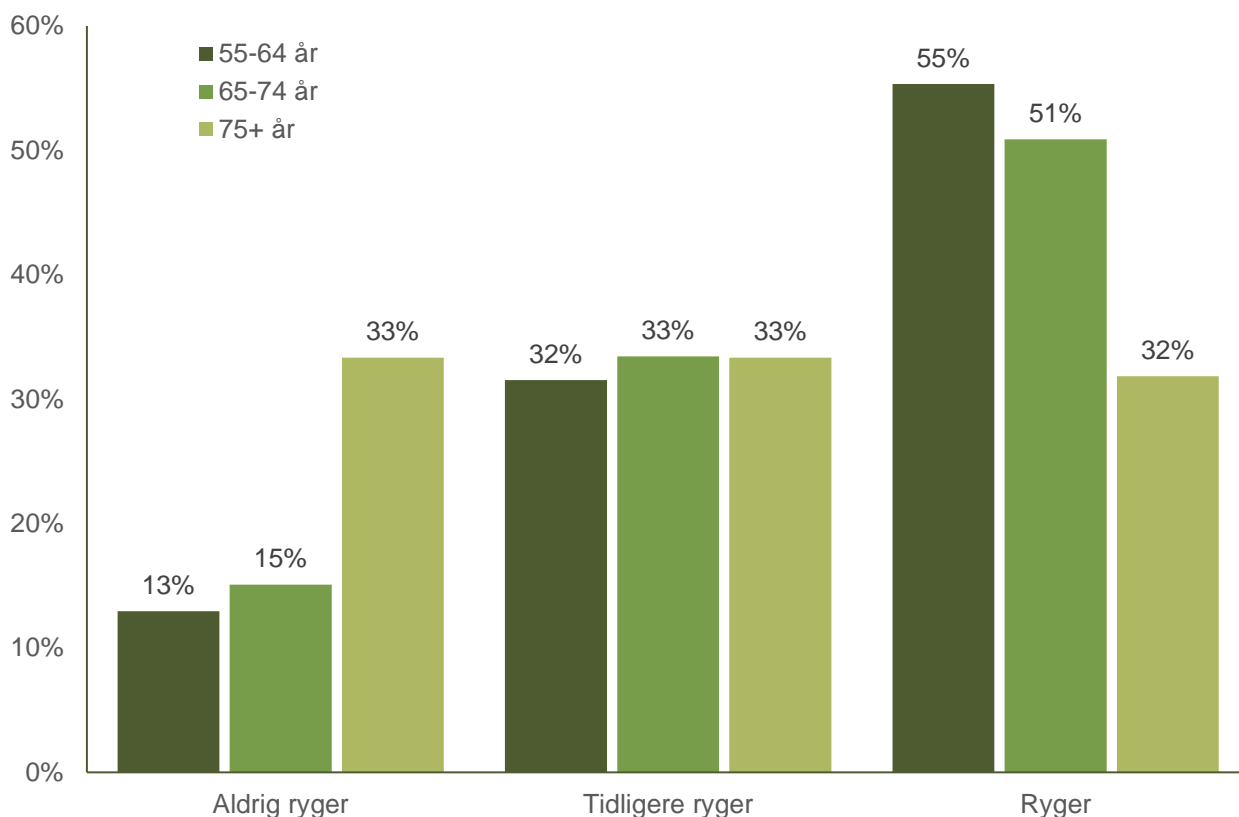
Fødevareregruppe	Energi- procent	Kumuleret energi procent
Brød	13,8%	14%
Fisk	11,2%	25%
Slik, kager, sodavand	10,2%	35%
Havpattedyr	10,0%	45%
Mejeriprodukter	9,3%	54%
Importeret kød	7,9%	62%
Kartofler og grøntsager	7,6%	70%

Mange ældre nævner, at det generelt er dyrt at købe mad. Mange ældre mennesker i Arktis indgår i fællesskaber, hvor mad fra naturen deles (Collings et al. 1998). De kvalitative data fra Arktisk Aldring viser, at nogle ældre mennesker selv er fysisk, mentalt og praktisk i stand til at fange og samle proviant i naturen, mens andre er afhængige af deres sociale netværk i deres adgang til grønlandske råvarer (Nørtoft og Jensen 2018a). De ældre, der gennem egen fangst eller venner og familie har adgang til grønlandske produkter, er glade for det, og de siger, at de tit spiser grønlandsk mad. Ældre, der er henvist til at købe grønlandske produkter på brættet eller i butikker, fordi de ikke har et netværk, der kan forsyne dem med kød, spæk og fisk, giver udtryk for, at de er kede af og kan føle skam over ikke at have personlig adgang til grønlandske råvarer. Disse ældre giver også udtryk for, at de kun sjældent kan spise grønlandske produkter, fordi priserne er høje.

3.2 Rygning og alkohol

Rygning er den risikofaktor, der er årsag til mest sygdom, for eksempel i form af kronisk lungesygdom, hjertekarsygdom og kræft, og flest tabte leveår. Grønlandske ældre røg mindre end yngre, og et helt centralt spørgsmål er, om de aldrig er begyndt at ryge, om de er holdt op med at ryge, eller om rygerne simpelthen er faldet fra på grund af sygdom eller død. Af Figur 3.1 fremgår det, at der

blandt deltagerne i Befolkningsundersøgelsen 2018 var væsentlig færre i den ældste gruppe (+75-årige), der røg, og flere, der aldrig havde røget, mens der var lige mange, der var holdt op i de to grupper. Mænd var lidt oftere end kvinder holdt op med at ryge og var lidt sjældnere dagligrygere.



Figur 3.1. Rygemønster blandt ældre. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Et muligt alkoholproblem er defineret ved brug af The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Bjerrum et al. 2010; Saunders et al., 1993). Ældre havde et lidt lavere alkoholforbrug end yngre, men først i aldersgruppen fra 75 år og op var forskellen markant (Tabel 3.3). Det samme var tilfældet for forekomsten af rusdrikning (5 eller flere genstande ved samme lejlighed) og potentielt skadeligt alkoholforbrug (Larsen et al. 2019). Forskelle mellem mænd og kvinders alkoholforbrug var ikke statistisk sikre. Det må dog huskes, at den biologiske effekt af alkohol er større hos ældre end hos yngre.

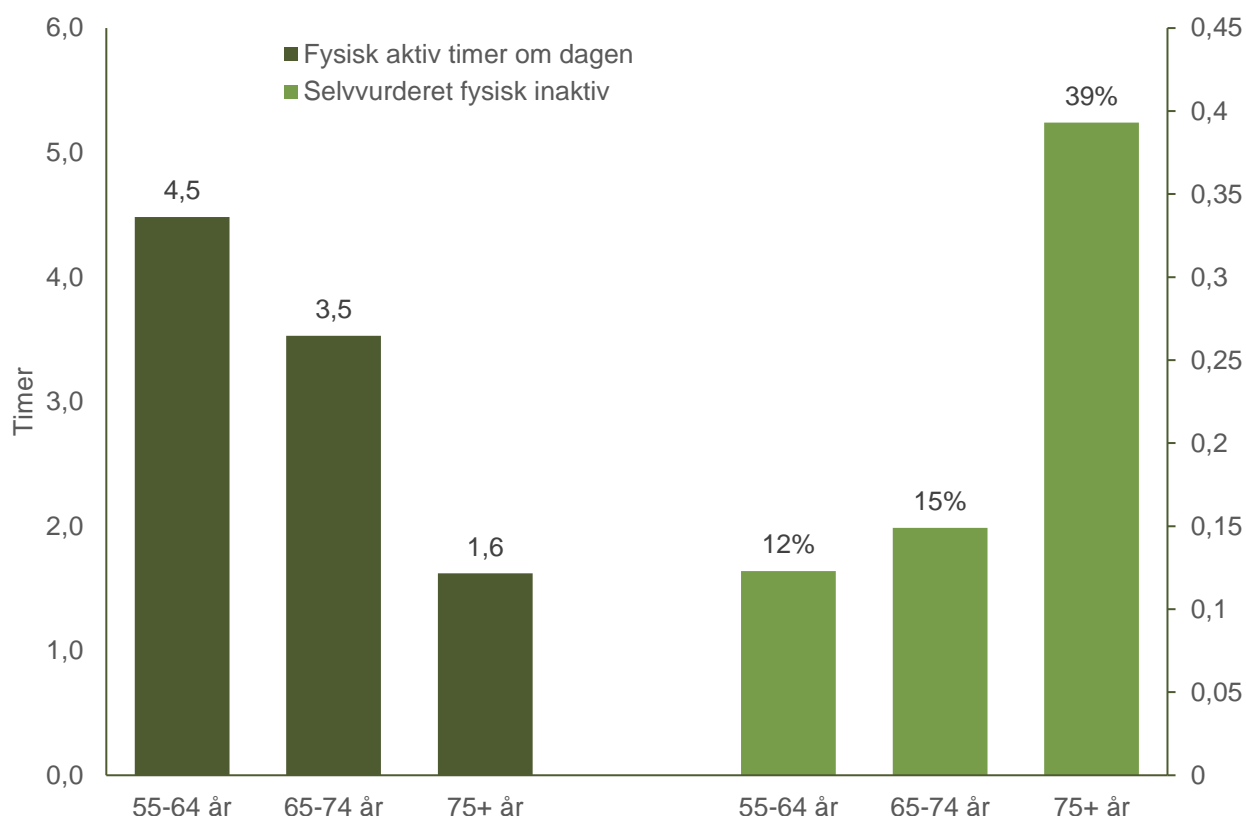
Tabel 3.3. Alkoholforbrug og drikkemønster i Grønland 2018. P-værdier for kontinuert alder.

	Aldersgruppe				p
	18-54 år	55-64 år	65-74 år	75+ år	
Genstande om ugen	5,0	4,6	4,5	2,7	0,15
Rusdrikning på månedsbasis (%)	36,4%	32,2%	31,7%	25,7%	0,03
Potentielt skadeligt alkoholforbrug (AUDIT)(%)	48,0%	34,8%	36,3%	25,0%	<0,0001

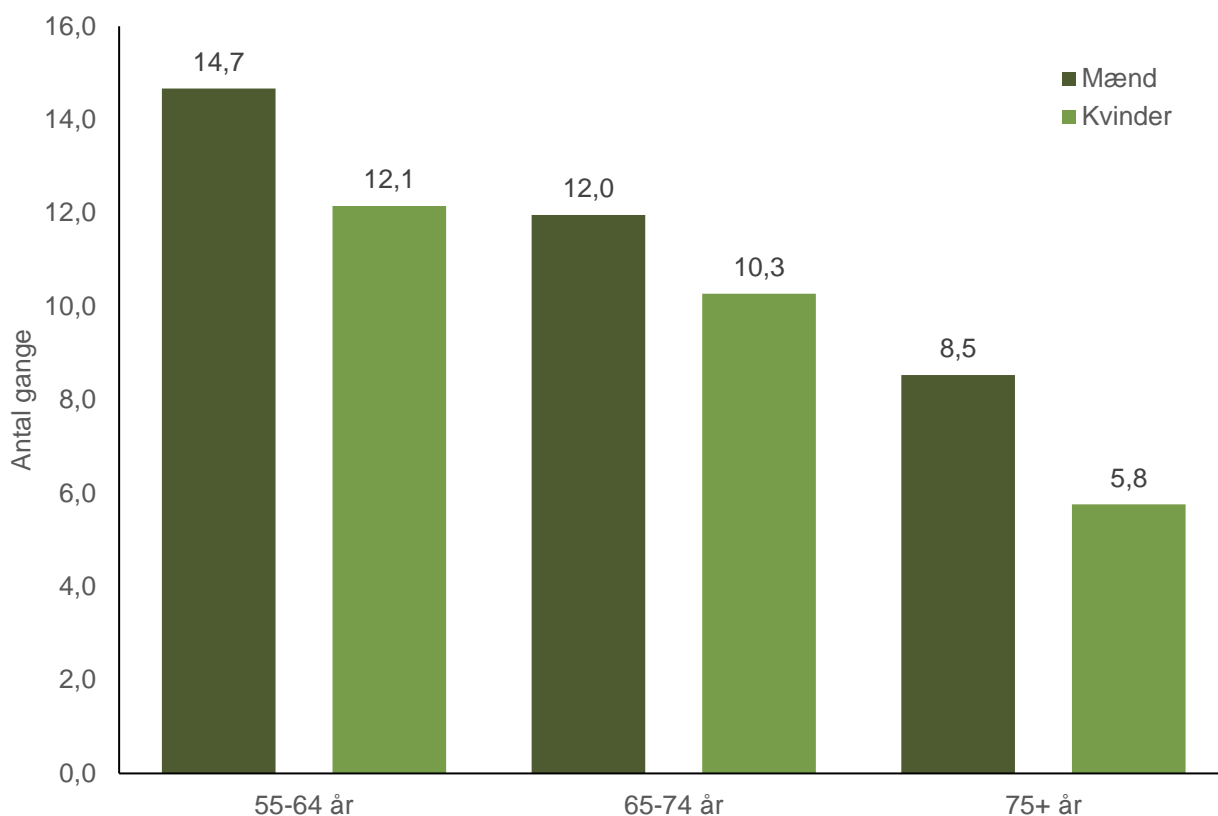
3.3 Fysisk helbred, fysisk aktivitet og muskelstyrke

Over halvdelen af de adspurgte ældre deltagere i Befolkningsundersøgelsen 2018 mente, at fysisk aktivitet var vigtig for en god alderdom. Det er vigtigt for dem at holde sig i gang og at have mulighed for at komme ud at gå tur, lave gymnastik og sport. De ældre, der kan, går på arbejde et par timer om dagen.

At ældre generelt er mindre fysisk aktive end yngre er ikke nogen overraskelse. I Befolkningsundersøgelsen blev fysisk aktivitet dels målt ved hjælp af det internationale spørgeskema "Long IPAQ", der spørger detaljeret til omfanget af fysisk aktivitet inden for forskellige domæner (arbejde, fritid, transport mv.), dels ved at bede deltagerne vurdere deres fysiske aktivitet vinter og sommer på en simpel skala. Figur 3.2 viser, at de målte aktive timer om ugen aftog, jo ældre deltagerne var, mens selvvalderet inaktivitet først aftog hos de +75-årige. Blandt de 65-74-årige vurderede mændene sig som mere aktive end kvinderne, hvilket stemte overens med IPAQ-målingerne.



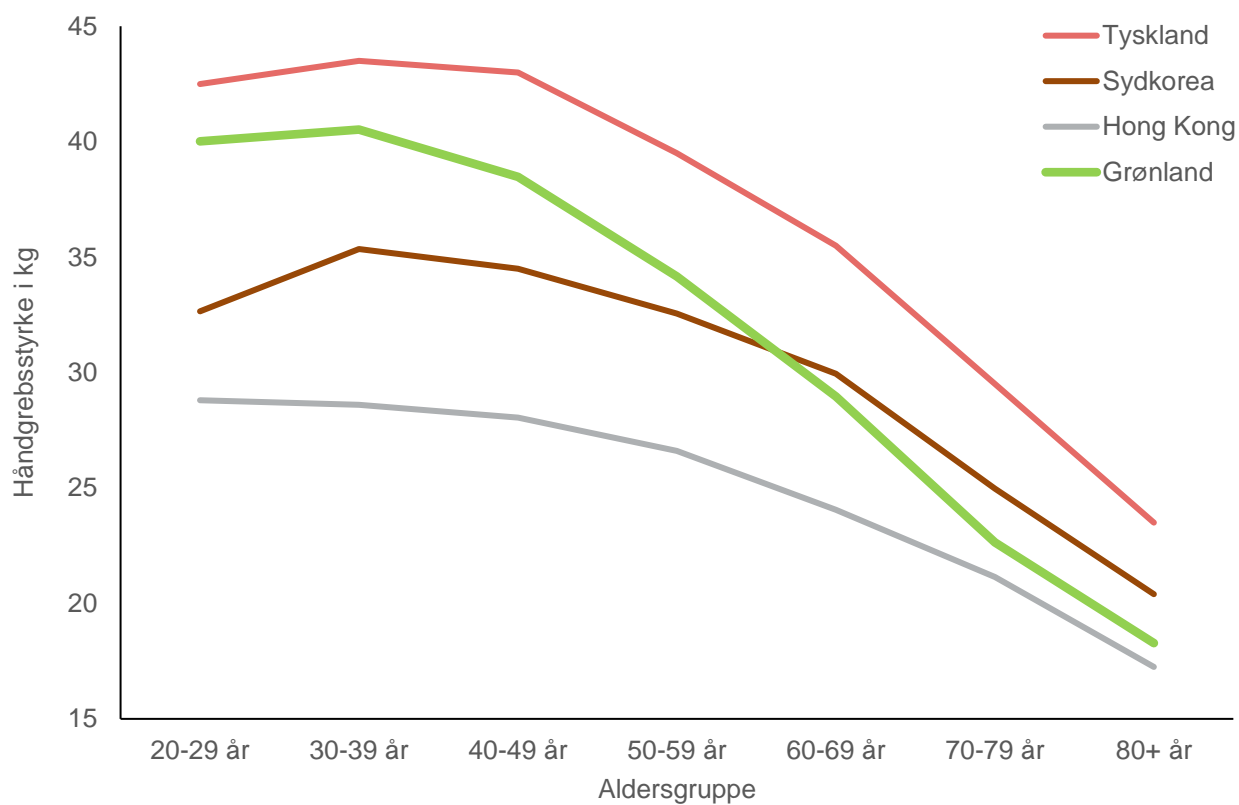
Figur 3.2. Fysisk aktivitet (IPAQ-interview) og selvvalderet aktivitetsniveau blandt ældre. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.



Figur 3.3. Stoletest blandt ældre. Gennemsnitligt antal gange deltagerne kan rejse sig og sætte sig på 30 sekunder. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Som noget nyt blev der i Befolkningsundersøgelsen 2018 gennemført to funktionsmål af muskelstyrke hos de ældre deltagere, nemlig stoletest og håndgrebsstyrke. Formålet med disse test er at vurdere fysisk styrke hos de ældre objektivt med henblik på at sammenligne med subjektivt helbred og funktion i dagligdagen. Stoletesten indgår i "Senior Fitness Test" under navnet "30 sek. Rejse-sætte-sig-test" (Rikli og Jonas 2004), og dens formål er at vurdere styrken i underkrop og ben. Der måles, hvor mange gange deltagerne kan rejse sig fra en stol på 30 sekunder. Figur 3.3 viser, at antallet faldt markant med alderen, og i alle aldersgrupper scorede mænd højere end kvinder i stoletesten. Værdierne for deltagerne i Befolkningsundersøgelsen 2018 lå for de 65-74-årige i gennemsnit lavt i normalområdet for et referencemateriale fra USA (ibid.) og for de +75-årige under normalområdet. Der var en stærk sammenhæng mellem resultatet for stoletesten og fysisk funktion i dagligdagen. Blandt deltagere, der gennemførte under 8 stolerejsninger, var 73% begrænsede i daglig funktion, blandt deltagere, der gennemførte 8-12 stolerejsninger, var 43% begrænsede i daglig funktion, og blandt deltagere, der kunne rejse sig 12 gange eller mere, var kun 20% begrænsede i daglig funktion.

Håndgrebsstyrke er et standardmål for hånden funktion og i videre perspektiv for muskelstyrke generelt. Håndgrebsstyrken var større hos mænd end hos kvinder (42,0 kg vs. 23,9 kg) og aftog fra 40-årsalderen. Figur 3.4 viser, at grønlænderes håndgrebsstyrke var lavere end i et tysk referencemateriale (Günther et al. 2008). Blandt de ældre lå håndgrebsstyrken på et niveau mellem Sydkorea (Kim et al. 2018) og Hong Kong (Yu et al. 2017). I Grønland aftog håndgrebsstyrken hurtigere med alderen end i alle tre referencematerialer. At der er etniske forskelle, er ikke overraskende, blandt andet fordi håndgrebsstyrke har tæt sammenhæng med højde, men at kurverne over aldersvariationen ikke er parallelle, er tankevækkende.



Figur 3.4. Håndgrebsstyrke for den dominante hånd hos mænd og kvinder tilsammen. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 sammenlignet med publicerede referencematerialer.

4 Helbred og sygdom

4.1. Fysisk helbred

Ifølge Befolkningsundersøgelsens data havde 78% af de ældre været i kontakt med lægen det seneste år, og som det fremgår af tabel 4.1, steg forekomsten af kronisk sygdom og gener kraftigt med alderen, bortset fra forhøjet kolesterol, der aftog med alderen. Selvvurderet helbred holdt sig uændret. Der var færre svært overvægtige (BMI 30+) blandt de ældste (25%) imod 36% blandt de 55-64-årige. Siden den første befolkningsundersøgelse i Grønland i 1993 er andelen af overvægtige steget kraftigt, og dette var også tilfældet for ældre, især for kvinder, hvor 7% af de +65-årige havde et BMI på 30+ i 1993 sammenlignet med 34% i 2018.

Tabel 4.1. Selvvurderet helbred og forekomst af kronisk sygdom og gener blandt ældre. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Mænd	55-64 år	65-74 år	75+ år	p (alder)	p (køn)
Godt selvvurderet helbred	57,1%	54,1%	70,7%	0,09	0,13
Diabetes (HbA1c \geq 48 mmol/mol)	3,8%	10,9%	10,5%	0,02	0,40
Forhøjet blodtryk (>140/90 eller behandling)	54,8%	68,2%	72,4%	0,006	0,04
Forhøjet LDL-kolesterol (> 3,0 mmol/L)	70,3%	62,6%	50,0%	0,02	0,06
Meget generet af smerter i muskler og led	21,7%	28,2%	32,8%	0,14	0,58
Kvinder					
Godt selvvurderet helbred	54,4%	53,3%	46,7%	0,49	
Diabetes (HbA1c \geq 48 mmol/mol)	6,2%	11,5%	12,2%	0,10	
Forhøjet blodtryk (>140/90 eller behandling)	47,3%	60,7%	73,7%	<0,001	
Forhøjet LDL-kolesterol (> 3,0 mmol/L)	78,6%	64,3%	56,3%	<0,001	
Meget generet af smerter i muskler og led	21,5%	27,5%	25,3%	0,34	

Personalemangel (for eksempel fysio- og ergoterapeuter) og hjemmehjælps- og plejepersonalets manglende viden om sundhedsudfordringer og sygdomme blandt ældre kan godt være forvirrende for de ældre. Nogle gange oplever de ældre ifølge de kvalitative data, at de ikke bliver forstået, eller at de ikke får den hjælp, som de mener at have behov for.

"Jeg bruger alt for mange kræfter, fordi min mand er syg [...]. Når jeg spørger personalet, om ikke han snart skal have en massage eller gymnastik, så svarer de altid: 'Jeg ved det ikke, jeg ved det ikke'." (informant, Jensen et al. 2018)

De ældre oplever manglen på svar og kvalificeret opfølgning på konkrete udfordringer som utrygt. Dette kan også være en af årsagerne til, at de ældre holder op med at bede om hjælp. Derudover er alderdoms- og plejehjemsbeboere ofte ikke i stand til at bede om hjælp til sundhedsproblematikker, og de er derfor afhængige af personalets observationer af og opfølgning på deres sundhedstilstand.

4.2 Psykisk helbred

Psykisk helbred eller mental sundhed er et vigtigt aspekt af folkesundheden i Grønland, hvilket blandt andet understreges af den meget høje forekomst af selvmord. Selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker forekommer i Grønland primært blandt unge mennesker i modsætning til for eksempel i de europæiske lande. I Befolkningsundersøgelsen 2018 blev dårligt psykisk helbred målt ved forekomsten af psykiske gener (ængstelse, depression), selvmordstanker og Goldbergs General Health Questionnaire, der med 12 spørgsmål vurderer deltagernes psykiske sårbarhed (Lyngé et al. 2003). Tabel 4.2 viser udbredelsen af disse symptomer over hele aldersspekteret. Kvinder var betydeligt oftere end mænd generet af ængstelse og depression, de var oftere psykisk sårbare målt med General Health Questionnaire og havde oftere selvmordstanker. Aldersforskellene var mindre udtalte bortset fra selvmordstanker, der aftog markant med alderen. Både for mænd og kvinder aftog forekomsten af gener som ængstelse og depression og psykisk sårbarhed i begrænset omfang med alderen eller var uændret.

Tabel 4.2. Forekomsten af psykiske symptomer. Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018.

Mænd	Aldersgruppe				p (alder)	p (køn)
	18-54 år	55-64 år	65-74 år	75+ år		
Generet af						
ængstelse, nervøsitet, uro og angst	21,6%	15,7%	14,1%	17,5%	0,04	<0,0001
nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	15,9%	11,5%	7,6%	12,1%	0,06	<0,0001
Psykisk sårbar (GHQ 3+)	19,3%	17,5%	13,4%	25,0%	0,36	<0,0001
Selvordstanker (seneste år)	6,9%	1,1%	0,9%	4,0%	<0,0001	<0,0001
Selvordstanker (tidligere)	16,8%	10,9%	5,1%	4,0%	<0,0001	0,002
Kvinder						
Generet af						
ængstelse, nervøsitet, uro og angst	36,3%	32,4%	26,9%	34,7%	0,38	
nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	27,4%	23,0%	20,4%	21,3%	0,24	
Psykisk sårbar (GHQ 3+)	28,5%	19,4%	21,4%	20,0%	0,03	
Selvordstanker (seneste år)	14,0%	6,0%	4,0%	5,3%	<0,0001	
Selvordstanker (tidligere)	18,5%	11,8%	7,8%	2,3%	<0,0001	

4.3 Demens

Demens er et tema, der fylder meget inden for ældreområdet, både for personale, ældre mennesker og pårørende. Mange ældre udtaler, at noget af det, de frygter ved at blive gamle, er risikoen for at få en demenssygdom.

Begrebet demens dækker over en række sygdomme, der alle har forskellige forløb. Fælles for dem alle er dog, at den ramte over tid oplever, at hans/hendes kognitive evner forringes (Videncenter for Demens 2019). Dette medfører tab af sprog, hukommelse, sociale evner og kropsfunktioner. Demenssygdomme er meget invaliderende, og den gradvise forværring af den rantes tilstand strækker sig ofte over lang tid. Demenssygdomme påvirker derfor i høj grad også de rantes familier og sociale netværk. I 2012 blev der udarbejdet en redegørelse om demens (*Demensredegørelse 2012*), som resulterede i en national demensplan i 2013 (*Forslag til demensplan 2013*). I forbindelse med udarbejdelsen af demensredegørelsen identificeredes 254 personer med demens (*Demensredegørelse 2012*). Dette tal skønnes at vokse fremover (ibid.). Det er dog sandsynligt, at det officielle skøn er for lavt, da der formodentlig er mange mennesker, der lever med demens uden at have en egentlig demensdiagnose.

Internationalt er der foretaget en del forskning i demens. Der er blandt andet forsket i demensprævalens blandt oprindelige befolkninger (Warren et al. 2015). I en arktisk kontekst findes forskning fra både Norge og Canada, der undersøger, hvordan demenspleje bedst muligt indrettes, så den tager højde for forskellige befolkningsgruppers kulturelle forskelligheder og særpræg (Finkelstein et al. 2012, Larsen et al. 2016). I en grønlandsk kontekst har der tidligere været et enkelt projekt, RemoDem-projektet (RemoDem 2013).

Sundhedsvæsenet – diagnosticering

Det varierer en del, hvordan og i hvilket omfang mennesker med demens bliver diagnosticeret. I nogle tilfælde baseres diagnosticeringen derfor primært på patientens adfærd og funktionsniveau. Andre gange diagnosticeres patienten ved hjælp af tests og spørgeskema hos lægen, men der eksisterer ingen demenstest, der er valideret i arktiske befolkninger. I forbindelse med diagnosticering og tilrettelæggelse af sygdoms- og plejeforløbet skal der i mange tilfælde overleveres information om patienter mellem sundhedsvæsen og kommune. Ifølge det kvalitative materiale oplever en del pårørende, at der er brud i kommunikationen, og at informationer ikke når frem. De oplever, at dette påvirker plejeindsatsen negativt.

Kommunalt regi – bolig, dagligdag, koordinering

Ifølge det kvalitative materiale er det ikke alle pårørende der ved, hvor de skal henvende sig med spørgsmål og rådgivningsbehov angående demens eller mistanke om demens hos et familiemedlem. I nogle tilfælde henvender de sig derfor til kommunen i stedet for til sundhedsvæsenet. De kommunale instanser, som varetager henvendelser fra eller omkring ældre borgere, har ikke nødvendigvis den viden, der skal til for at identificere, at der i en given sag kan være tale om demens. Der er derfor en risiko for, at der kan gå lang tid, før kommune og pårørende bliver klar over, at der er tale om demens, og får den demensramte sendt til lægen.

En del ældre mennesker med demens bor i egen bolig. Efterhånden som sygdommen skrider frem, bliver det nødvendigt med hjælp fra andre. Mange hjemmeboende demensramte mennesker får hjemmehjælp og hjælp fra pårørende. I sygdommens senere faser bliver det oftest nødvendigt for den demensramte person at flytte på pleje- eller demenshjem.

Ikke alle kommuner har en demenskoordinator, og af samarbejdskommunerne er det kun Kommuneqarfiik Sermersooq, der har en demenskoordinator, som samtidig ikke også har andre ansvarsområder som en del af sine arbejdsopgaver. Demenskoordinatoren fungerer både som bindeleddet mellem de forskellige instanser og personer, der er omkring den enkelte patient, og som en vidensbank for både pårørende og forskellige personalegrupper. I de tilfælde, hvor der mangler en demenskoordinator, eller hvor de, der er uddannet, har andre arbejdsopgaver, udnyttes de eksisterende kompetencer på demensområdet ikke fuldt ud.

"På demensafdelingen, hvor min mor boede, var personalet jo igennem flere år trænet til at være sammen med demente. Det var helt tydeligt, hver gang de kom ind på min mors stue. Jeg var imponeret over deres faglighed, når for eksempel beboerne fik vredesudbrud og kunne skælde ud på personalet. Det var sådan helt tydeligt, at de havde meget erfaring og vidste, at det ikke gik på dem som person." (Pårørende, feltarbejde 2018)

Det kvalitative feltarbejde viser, at der er stor forskel på personalets viden om demens og om omsorg målrettet mennesker med forskellige typer af demens på de forskellige ældreinstitutioner. Derfor er der også forskel på, hvor specialiseret en pleje demensramte beboere får. På demensafdelinger med stor medarbejderudskiftning, når medarbejderne ikke at få erfaring fra området. Dette afspejler sig også i de pårørendes oplevelse af, hvordan deres demensramte familiemedlem har det på pleje- eller demenshjem. De pårørende oplever, at plejens kvalitet i høj grad varierer mellem de enkelte personaler. Nogle steder resulterer den manglende viden om demens i, at beboere med

demens bliver mindre aktiveret end andre beboere, fordi der mangler viden om, hvilke typer af aktiviteter der er gavnlige for mennesker med demens.

"Det var meget tungt som pårørende at se, at der var en fast kerne af stabile medarbejdere, og så var der en gruppe rundt om, som var meget ustabil – som skiftede hele tiden, og som ikke havde den faglighed og menneskelige respekt, som de garvede havde." (Pårørende, feltarbejde 2018)

"Det er betryggende, at min mor bor i demenscenteret, da der bliver draget omsorg for hende. De tager sig godt af hende. Hun er godt tilfreds og taknemmelig og tryk ved personalet." (Pårørende, feltarbejde 2018)

Pårørendesamarbejde og oplysning til befolkningen

Pårørende til mennesker med demens er ofte meget berørt af sygdommen, men kan også være til stor hjælp i forbindelse med personalets planlægning af den rette pleje, når demensramte for eksempel flytter på pleje- eller demenshjem. De pårørende kender til personen, som han eller hun var, inden demenssygdommen ramte. Denne viden kan hjælpe personalet på ældreinstitutionerne i deres møde med og omsorg for beboeren med demens.

De fleste mennesker ved ikke nok om demens, og derfor er der et stort oplysningsarbejde forbundet med at inddrage de pårørende på forskellige niveauer af demensplejen. Ifølge det kvalitative materiale oplever nogle pårørende, at de får tilstrækkelig viden om, hvad demens er for en sygdom, og hvordan de som pårørende kan hjælpe og støtte deres familiemedlem med demens. Mange steder føler de pårørende sig dog ikke oplyst nok. Det er heller ikke alle steder, at de føler sig inddraget nok i plejen af deres familiemedlem eller inviteret til at bidrage til pleje og samvær. De pårørende efterspørger mere sammenhængende patientforløb og mere viden om, hvordan de kan forvente, at et forløb med demenssygdom udvikler sig – altså hvilke stadier de kan regne med, og hvilke personalegrupper og instanser der typisk er involveret i et demensforløb.

"Allerede fra dag 2 bør man sige til pårørende: "Nu skal I høre. Vi skal nok tage os rigtig godt af jeres far eller mor, men vi vil gerne vide rigtig meget om, hvad hun er for én. [...] Det er fint med en velkomstpjece, men for mig skal den være et supplement til den der rigtige dialog face to face. Jeg synes bare, det er vigtigt, hvis vi skal have de pårørende aktiveret, og hvis vi gerne vil forvente, at de også skal besøge deres demente og ældre ofte og også at bidrage til at skabe livskvalitet, så skal der være en meget hurtig velkomst." (Pårørende, feltarbejde 2018)

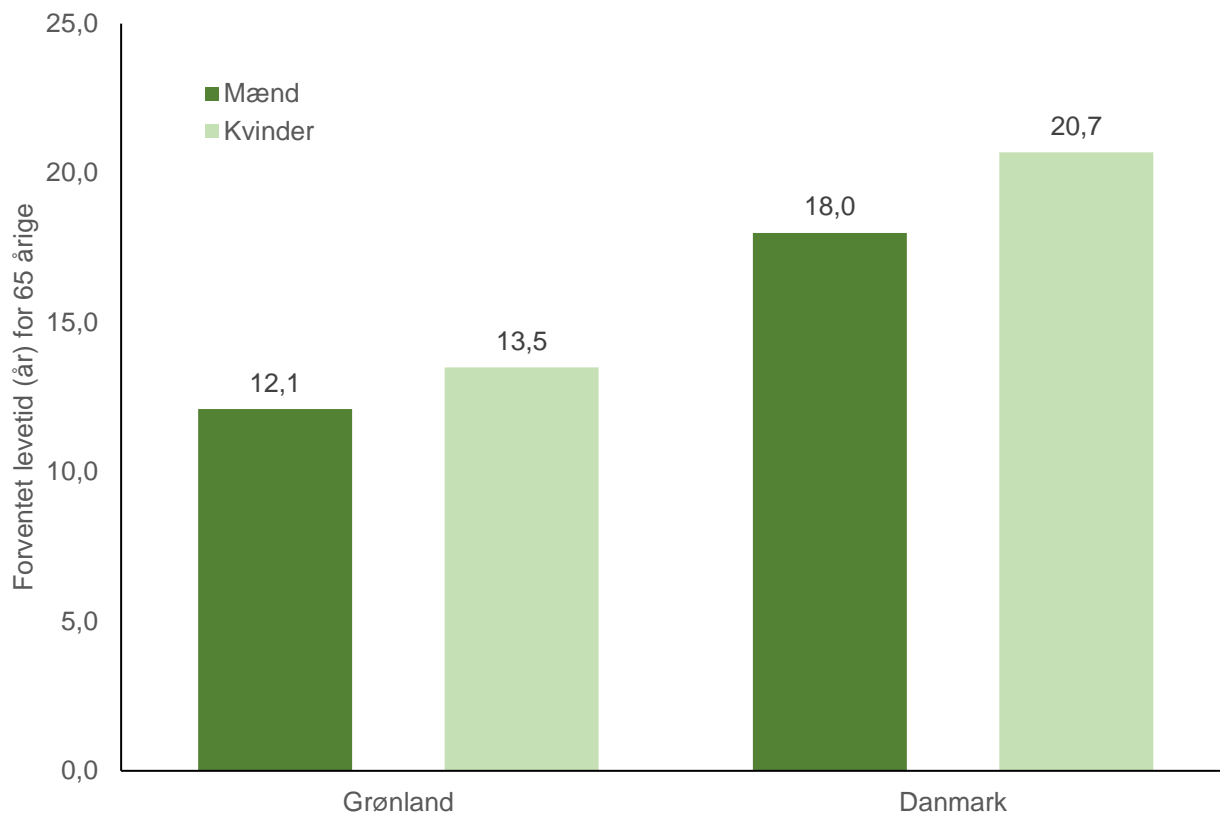
"Hver måned har vi pårørende mødt hinanden. Det er efter min mening rigtig godt, og vi har fået en masse information. Vi har fået pjecer og set oplysnings-dvd'er." (Pårørende, feltarbejde 2018)

4.4 Kronisk sygdom og død

Befolkningsundersøgelsens data kan sige noget om ældre menneskers sygdomme. Ved at kombinere flere af sygdomsvariablene er der konstrueret en variabel for, om deltageren er 'kronisk syg' eller 'rask'; hvis man har dårligt selv vurderet helbred, har svært nedsat hørelse, har diabetes, forhøjet blodtryk eller er svært overvægtig (BMI 35+), så er man syg – ellers er man (fysisk) rask. Selvom over 77% af de ældre faldt i kategorien syg, er der tale om et konservativt estimat, da man jo kan fejle meget andet end de nævnte sygdomme. Andelen af syge steg lidt med alderen, men der var ikke forskel på mænd og kvinder. Hvis psykisk helbred også inddrages, var 80% af de ældre enten kronisk syge eller psykisk sårbare.

I forbindelse med diskussionen af kronisk sygdom er analyser af dødelighed vigtige, selvom Befolkningsundersøgelsen ikke har mulighed for at inddrage dette aspekt. Det er almindelig kendt, at den forventede middellevetid for en nyfødt i Grønland er betydeligt kortere for drenge end for piger

og også betydeligt kortere i Grønland end i Danmark, men for 65-årige var forskellen mellem grønlandske mænds og kvinders forventede restlevetid ganske lille (figur 4.1). Dette skyldes først og fremmest, at mænds store dødelighed i vidt omfang skyldes selvmord og ulykker, der indtræder i yngre alder. Der er stadig stor afstand til Danmark.



Figur 4.1. Forventet restlevetid for 65-årige mænd og kvinder i Grønland og Danmark (Statistikbanken, Grønlands Statistik og Statistikbanken, Danmarks Statistik).

Langt størstedelen af de ældre har oplevet at miste nære familiemedlemmer i løbet af livet. Tab opleves derfor som almindeligt og som en del af livet. Samtidig med at mange ældre mennesker lægger vægt på, at det er vigtigt at holde humøret oppe (Berliner og Stender 2013), går en del af dem rundt og gemmer på svære følelser som for eksempel sorg. Samtaler om tab af nære relationer drejes blandt ældre mennesker hurtigt over på andre emner.

Min far døde på havet, da jeg var 12 år. Jeg har faktisk aldrig rigtig talt med nogen om det. (informant, feltarbejde 2018)

Det var svært og tungt at miste min samlever. Det hjalp, at lægen ringede mig op efterfølgende og talte med mig. Det er ikke noget, jeg taler så meget med andre om. Det er ikke deres byrde. Det er min byrde, som jeg selv skal bære. (informant, feltarbejde 2018)

5 Frivillighed, ildsjæle og kommunikation på ældreområdet

5.1 Frivillighed

Som det blev nævnt i afsnit 2.5 har omkring 1/3 af de ældre respondenter i Befolkningsundersøgelsen 2018 angivet, at de hjalp andre med forskellige typer af opgaver. I ældreforeningerne hjælper medlemmerne ofte hinanden på forskellige måder. De kvalitative data viser, at medlemmerne i de mest aktive ældreforeninger mødes enten dagligt eller flere gange om ugen. Den hyppige kontakt gør, at de ældre har en god fornemmelse for, hvordan og hvornår de kan støtte hinanden i hverdagen eller i særlige situationer som for eksempel ved sygdom eller særlige begivenheder.

Der er flere eksempler på, at nogle ældreforeninger besøger eller får besøg af børnehaver og plejehjem eller afholder åbne arrangementer for eksempel i forbindelse med børnenes dag 1. juni. I den forstand er der således en del ældre, som udfører frivilligt arbejde i lokalsamfundet. Det er dog ikke sikkert, at de ældre selv vil betegne hjælp til for eksempel veninden eller naboen som frivilligt arbejde, selvom det er opgaver, der udføres frivilligt og uden aflønning.

De kvalitative data viser, at raske ældres lyst til at igangsætte aktiviteter for andre grupper af ældre er lille. Dette gælder naturligvis ikke alle ældre, men flere udtaler, at de helst engagerer sig i aktiviteter, der ligger inden for rammerne af den/de foreninger, som de selv er medlem af. Ligeledes viser interviews med kommunalt ansatte, at forsøg på at engagere både raske ældre mennesker og pårørende til plejehjemsbeboere i frivillige aktiviteter i kommunale sammenhænge ofte slår fejl. Dette resulterer i, at mange af de kommunale frivillighedsinitiativer ikke bliver til noget.

Fra kommunernes side oplever man ofte, at pårørende forventer at blive betalt for eksempelvis at engagere sig i en aktivitet på plejehjemmet, eller at der kommer meget få deltagere, når plejehjemmet inviterer til sociale pårørendearrangementer.

5.2 Ildsjæle

Ildsjæle på ældreplejeområdet findes på alle niveauer fra servicepersonale på plejehjem, til plejepersonale, mellemledere og på administrativt niveau. Fælles for dem er, at de har energi og ressourcer, som virkelig kan tilføre det område, de brænder for, noget ekstra (Nørtoft og Jensen 2019).

Ældreområdet er konstant udfordret på grund af meget ufaglært personale og udfordringer med at rekruttere stabil arbejdskraft (Nørtoft og Jensen 2017b). Plejesystemet er derfor meget sårbart og i høj grad afhængigt af ildsjæle, som selv tager initiativ til at udtænke og gennemføre løsninger på de problemer og udfordringer, som opstår i den daglige praksis på området. Denne sårbarhed er ikke unik for ældreområdet og genfindes også inden for andre sektorer i arktiske samfund (McLeod et al. 2004, 2008). I det daglige arbejde i ældreplejen opstår der mange situationer og udfordringer, som personalet selv må finde løsningsmodeller til. Projektets kvalitative materiale viser flere eksempler på, at lokale ildsjæle har udviklet initiativer og lokale løsningsmodeller til udfordringer i dagligdagen, som ikke kunne realiseres med allerede eksisterende ressourcer og arbejds-gange (Nørtoft og Jensen 2019).

Hvis disse ildsjæle skal have de bedste muligheder for at føre deres initiativer ud i livet, er det afgørende, at de har frie rammer og opbakning fra både ledere og medarbejdere i ældreplejen. Den personlige kontakt mellem ledere og personale kan være afgørende for, om et initiativ fra en

ildsjæl kan gennemføres uden store administrative omkostninger, sagsgange og detaljeret planlægning på flere niveauer. For ildsjælene kan tætte relationer mellem de forskellige ledelses- og medarbejderlag derfor være en fordel. Ældreområdet skrøbelighed og afhængighed af enkeltpersoner gælder dog også på det administrative niveau, og de kommunale forvaltninger kan derfor have vanskeligt ved at sikre kontinuitet og systematisk administrativ og ledelsesmæssig understøttelse og fastholdelse af de praksisnære ildsjæle over tid. Afhængigheden af enkeltpersoner medfører ydermere, at omsorgs- og plejepraksis er meget forskellig fra kommune til kommune og fra by til by (ibid.). Ligesom det kvalitative materiale indeholder eksempler på de positive ting, ildsjæle har opnået og tilført ældreområdet, er der også flere eksempler på, at mennesker med særlige ressourcer og interesser ikke bliver understøttet. Dette kan tære meget på disse menneskers arbejdslust, og deres ideer og ressourcer går dermed tabt.

"Jeg kan lide at kommunikere med beboerne. Deres behov er vigtige at forstå, og jeg gør mit bedste for at finde ud af, hvad de vil, så jeg hver dag kan være med til at gøre deres dag så god som muligt." (Sundhedsassistent på plejehjem, feltarbejde 2019)

"Flere af beboerne har jeg kendt det meste af mit liv, og de har været med til at lære mig op, da jeg var barn. Nogle af beboerne bliver kede af det, hvis jeg ikke når forbi og tale med dem hver dag. Så jeg sørger for altid at få talt med dem og at have dem med ud at sejle, når der er mulighed for det." (Pedel på plejehjem, feltarbejde 2019)

"Den tidligere chef på området var god at arbejde sammen med. Vi fik startet mange initiativer. Det lykkedes ikke med den nye chef. Jeg har ikke længere store forhåbninger til, at området bliver udviklet." (Tidligere medarbejder på ældreområdet, feltarbejde 2019)

5.3 Kommunikation mellem borgere, kommuner og sundhedsvæsenet

Sproglige udfordringer

Kommunikation med offentlige myndigheder, familie og venner har stor betydning for ældre mennesker. I Sundhedsvæsenet taler en væsentlig del af personalet ikke grønlandsk. Det har betydning for kommunikation omkring patienters helbred (Curtis 2001). Det kvalitative materiale viser, at en del ældre oplever misforståelser og manglende indsigt i eget sags- eller sygdomsforløb, blandt andet som følge af sprogbarrierer (Schlütter 2019). I de tilfælde, hvor der bruges tolk, oplever nogle, at selve tolkningen også kan medføre misforståelser.

I Befolkningsundersøgelsen har næsten alle deltagere angivet at tale grønlandsk uden besvær og 60% at tale dansk rimelig godt. Det er årgangene fra 1950 til 1979, der angiver at tale bedst dansk, så det kan forventes, at de fremtidige ældres dansk kundskaber fremover vil være bedre end de yngres.

De kvalitative data viser, at der i kommunerne findes ældre mennesker med dansk eller anden skandinavisk minoritetsbaggrund, som ikke forstår og taler grønlandsk. Det kan særligt være problematisk for beboere på pleje- og demenshjem, hvor en stor del af personalet mange steder kun taler grønlandsk. Særligt for ikke-grønlandsk talende mennesker med demens, som har svært ved at orientere sig i verden, kan det være meget vanskeligt at kommunikere med pleje- og omsorgspersonalet. Lige nu er 2% af borgerne i Grønland ikke danske statsborgere. De største indvandrergrupper er fra Filippinerne, Thailand og Kina (*Grønland i tal 2019*). Det er endnu uklart, præcis hvilke sproglige udfordringer denne udvikling vil resultere i både for plejegrævende ældre mennesker og for plejepersonalet i fremtiden.

Ældre menneskers kontakt med kommunen

Ifølge de kvalitative data ønsker en del ældre mennesker, at deres kontakt med kommunen var anderledes. Nogle steder ved ældre borgere og deres pårørende ikke, hvor de skal henvende sig med spørgsmål, og derfor lever de med ubesvarede spørgsmål, uafklarede behov og tvivl omkring sygdoms- og plejeforløb.

En del ældre mennesker oplever et behov for mere kontakt med kommunen, men der er en tendens til, at de ikke selv tager kontakt, når behovet melder sig (jf. afsnit 2.5). Flertallet tager ikke selv initiativ til at kontakte kommunen og følger ikke selv op på for eksempel manglende svar på en henvendelse. I stedet ønsker de, at kommunen er mere opsøgende. For nogle ældre mennesker kædes denne oplevelse sammen med forandringer i forbindelse med de seneste kommunesammenlægninger (Jensen et al. 2018).

Mange ældre mangler viden om kommunens tilbud til ældre borgere. Dette afspejler sig i såvel de kvalitative data som i Befolkningsundersøgelsen, hvor de ældre deltagere gav meget varierende svar på spørgsmål om offentlige tilbud til ældre i byen eller bygden, hvor de bor. Således svarede for eksempel 56% af deltagerne fra Nuuk, at der var sådanne tilbud, mens 36% svarede nej og 8% ved ikke. Svarene kan derfor ikke bruges til at kortlægge kommunernes tilbud til ældre.

"Henvendelser til [kommunen] er meget, meget besværlige i forhold til tidligere. Tidligere, da vi ikke var storkommune, da var de lettere at snakke med. Når jeg henvender mig til kommunen, kan det tage flere år eller måneder eller dage, før man får noget svar igen." (Informant, Jensen et al. 2018)

Intern kommunal kommunikation

Flere steder oplever medarbejdere og ledere i hjemmehjælpen og på pleje- og demenshjemmene, ifølge det kvalitative materiale, at kommunikationen mellem dem og den kommunale administration er svær. Nogle steder oplever medarbejdere og ledere på institutioner og i hjemmeplejen, at det er svært at få opbakning til forskellige initiativer. Andre gange har medarbejderne en forventning om støtte til helt specifikke opgaver som for eksempel fondsansøgninger, som de kommunale administrationer ikke nødvendigvis har ressourcer eller kompetencer til at give. Det kvalitative materiale viser dog også, at der flere steder er eksempler på frugtbart samarbejde på tværs af afdelinger, forvaltninger og hovedområder (Nørtoft et al. 2018).

Kommunikation mellem generationer

Nogle ældre mennesker har god og hyppig kontakt med deres børn, børnebørn og oldebørn enten ansigt til ansigt eller over telefon. Andre ældre mennesker har mindre kontakt med yngre generationer, men mange udtrykker vigtigheden af kontakt mellem generationerne (Nørtoft og Jensen 2017b).

De kvalitative data viser, at mange ældre mennesker mener, at unge mennesker kender for lidt til grønlandsk kultur og traditioner. Dette kan skyldes, at der ikke er meget kontakt mellem generationer, eller at den kontakt, som finder sted, handler om andre ting end overlevering af kulturel viden og kulturelle færdigheder. I det moderne hverdagsliv er der ikke meget fokus på overlevering af kulturel viden fra generation til generation. De nationale og kommunale ældrerapporter og strategier fremhæver ældre mennesker som vigtige ressourcer på dette område. De beskriver, hvordan ældre mennesker skal respekteres, og at det vil være godt, hvis deres særlige viden og ressourcer bliver udnyttet. Det fremgår dog ikke, hvordan dette skal foregå (Nørtoft og Jensen 2017a). Flere ældre frygter, at traditionel viden vil gå tabt, hvis ikke det lykkes at gøre børn og unge interesserede i traditionerne. Disse oplevelser peger på, at der i det moderne liv mangler konkrete tilgange til og formater for, hvordan kulturel viden og kulturelle færdigheder kan overleveres mellem generationerne.

"Unge og gamle mennesker forstår ikke hinanden. Det er som om, vi lever i helt forskellige verdener. Det ville være dejligt hvis vi kunne forstå hinanden bedre." (Ung plejemedarbejder på plejehjem, feltarbejde 2017)

Også ældres pårørende oplever, at der er stor forskel på dem selv og deres ældre familiemedlemmer. Mange pårørende savner for eksempel viden om og ideer til aktiviteter, de kan lave med deres ældre familiemedlemmer, og til hvilke emner, de kan tale med dem om, når de besøger dem på plejehjem eller i egen bolig.

6 Sundhedsmæssige tendenser 2005-2018

Selvom den første befolkningsundersøgelse blev gennemført i 1993, og der er mange sammenlignelige variable i undersøgelserne fra 1993 og 2018, så var der så få ældre deltagere i undersøgelsen i 1993, at en sammenligning nødvendigvis må blive statistisk usikker. Det er derfor valgt at sammenligne med Befolkningsundersøgelsen fra 2005-2010; mediandatoen for interview i den undersøgelse var 20. januar 2007, og der er således tale om 11,3 års opfølgning mellem de to undersøgelser.

I Tabel 6.1 sammenlignes nogle udvalgte helbredsmål mellem undersøgelsen i 2005-2010 og 2018. En del mål, der er beskrevet i rapporten, indgår ikke i sammenligningen, enten fordi de pågældende indikatorer blev målt på en anden måde ved den tidligere undersøgelse (for eksempel alkoholforbrug og psykisk sårbarhed), eller fordi tallene er så små, at sammenligning ikke giver statistisk mening (selvmordstanker). Nogle af ændringerne var så statistisk sikre, at de fortjener at blive kommenteret. Kostændringerne (mindre sæl, mere fisk, rødt kød, frugt og grøntsager) og stigningen i fedmeforekomsten er led i den generelle udvikling af risikofaktorer i Grønland, som de ældre også deltager i. Faldet i forekomsten af forhøjet blodtryk og LDL-kolesterol skyldes muligvis en øget behandlingsintensitet i sundhedsvæsenet, selvom der dog var lige mange i 2005-2010 og 2018, som oplyste at være i behandling for forhøjet blodtryk (der var ikke oplysninger om kolesterolsættende medicin i 2018). Endelig var der et fald i forekomsten af nedtrykthed og depression, som vi ikke har nogen forklaring på. I det lange perspektiv fulgte livsstil og livsstilsændringer hos ældre udviklingen for resten af befolkningen. Der var en klar tendens imod mere europæiske kostvaner, dog stadig med meget fisk. Forekomsten af overvægt og fedme var stigende. Der var rigtig mange rygere og tidligere rygere, selvom der var færre rygere end blandt de unge. Endelig havde de ældre mindre ofte et potentielt skadeligt alkoholforbrug end de yngre.

Table 6.1. Risikofaktorer og sygdomsforekomst blandt ældre (65+ år) i 2005-2010 og 2018. Befolkningsundersøgelserne i Grønland. Statistisk nogenlunde sikre forskelle er markeret med fed.

	2005-2010	2018	ratio B2018: B2005	95% sikkerheds- interval
	Energi- procent	Energi- procent		
Sælkød	2,6	1,7	0,66	0,57-0,76
Fisk	7,1	9,7	1,36	1,18-1,57
Oksekød og svinekød	3,3	6,5	1,97	1,70-2,27
Frugt og grønt	8,9	13,3	1,49	1,29-1,73
	%	%		
Dagligrygere	41,7	42,9	1,03	0,83-1,28
Fysisk aktiv mindst to timer om dagen	53,2	59,9	1,13	0,92-1,37
Overvægt (BMI 30+)	24,8	30,8	1,24	0,94-1,64
Forhøjet blodtryk	77,2	66,9	0,87	0,74-1,02
LDL kolesterol > 3,0	70,3	60,6	0,86	0,72-1,03
Diabetes	11,7	11,3	0,97	0,64-1,47
Godt selv vurderet helbred	56,3	54,7	0,97	0,80-1,17
Meget generet af smerter i muskler og led	23,7	28,1	1,18	0,90-1,56
Generet af				
ængstelse, nervøsitet, uro og angst	19,5	22,4	1,15	0,84-1,56
 nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	22,6	14,9	0,66	0,48-0,91

7 Opmærksomhedspunkter

- **Samarbejde på tværs af sektorer og fag** er vigtigt, både for at ældre mennesker og deres pårørende oplever sammenhæng i sags- og sygdomsforløb, men også for at de ressourcer (personale, viden, materialer), der er på området, kan udnyttes optimalt. Et godt eksempel på frugtbart samarbejde på tværs af sektorer er eksempelvis delestillinger (kommune/sundhedsvæsen) inden for fysio- og ergoterapi. **Dialog inden for plejesektoren** og gerne på tværs af kommuner er også vigtigt, fordi mange sundhedshjælpere, sygeplejersker og terapeuter sidder alene i deres kommune. De mangler tætte kollegaer at sparre med omkring arbejdsopgaver, -udfordringer og -planer.
- **Inddragelse** af ældre mennesker, personale og pårørende i aktivitets- og udviklingstiltag er vigtigt i forhold til at undersøge, hvad der er af behov, ønsker og muligheder hos de forskellige aktører. Ikke alle ældre mennesker tager ordet og tilkendegiver deres mening eller deres behov verbalt, når de har mulighed for det. Forskellige metoder kan benyttes, når man undersøger, hvilke aktiviteter der er behov og interesse for blandt forskellige grupper af mennesker. Det vil også være relevant at finde ud af, hvilke former for materiel og personale som kræves, for at et tiltag kan blive en succes.
- **Informationsniveau** er vigtigt både i forhold til uddannelse af medarbejdere og oplysning til borgere. Ikke alle ældre og deres pårørende føler sig tilstrækkeligt informeret omkring, hvad de kan få hjælp og vejledning til, og hvordan de kan få hjælp og vejledning. Dette skaber hos nogle en oplevelse af, at for eksempel kommunen er en utilgængelig institution langt fra deres hverdag. I forhold til medarbejdere inden for ældreplejen er det afgørende for kvaliteten af plejen, at medarbejderne får mulighed for at udvikle og dygtiggøre sig fagligt.
- Fokus på **særligt dedikerede personer** eller ildsjæle er en måde at sørge for, at de menneskelige ressourcer i et lokalområde bliver udnyttet optimalt. Ildsjæle lægger en masse energi i det, de brænder for, hvilket kan gavne mange andre mennesker, hvis de får støtte og opbakning. Hvis ildsjælene gang på gang oplever manglende opbakning, eller måske ligefrem forhindringer, er der en risiko for, at de brænder ud eller bruger deres ressourcer på noget andet.
- Fokus på **ledelseskompetencer og lederstøtte** er vigtigt i forhold til medarbejdere og organisationsudvikling på ældreområdet. Området har store udfordringer med rekruttering og fastholdelse af medarbejdere. Ledere med gode ledelseskompetencer – ikke mindst personaleledelse – kan hjælpe med at fastholde medarbejdere og udvikle arbejdspladsen til et sted, hvor potentielle fremtidige medarbejdere gerne vil ansættes og indgå i medarbejder- og arbejdsfællesskabet.
- **Boformer og hjemmehjælp** er et vigtigt element i hjælpen og plejen af ældre mennesker. På alderdomshjemmene kan beboerne meget selv, og deres aktivitet giver liv og smitter af på stemningen og det generelle aktivitetsniveau på et plejehjem. Det er også muligt, at tilstedeværelsen af personale giver en tryghed, der øger aktivitetsniveauet hos overvejende selvhjulpne beboere på alderdomshjem. Samtidig er nogle ældre mest interesserede i at bo så længe som muligt i deres eget hjem og få hjemmehjælp, hvis de har behov for det. Under alle omstændigheder er det værd at overveje om "længst muligt i eget hjem" er det bedste for alle ældre.

Det tyder på, at hjemmehjælp gives til de, som har mest behov for den. Samtidig er der tegn på, at ikke alle ældre med behov for hjælp opsøger hjælpen. Der kan derfor være mange ældre, som ikke får hjælp i det omfang, de har brug for.

- **Demens** er et emne, som også fremover vil være vigtigt at forholde sig til. Der mangler viden blandt personale og pårørende om demenssygdomme og deres konsekvenser. Der mangler også demenskoordinatorer, som både pårørende og personale kan kontakte. En central demensvidensbank og sparringspartner ville kunne oplyse, informere og sparre og ikke mindst holde overblik over, hvilke ressourcer de enkelte kommuner har til rådighed angående demens.
- **Kost** på institutioner er vigtigt, fordi mad – og især grønlandsk mad – er afgørende for ældre menneskers kulturelle identitet og livskvalitet. Uddannet køkkenpersonale ved, hvad der er ernæringsmæssigt god kost til forskellige grupper af beboere og har også blik for betydningen af grønlandsk mad. Grønlandske madplaner og ernæringstabeller kunne generelt være en hjælp, i særlig grad de steder, hvor der mangler uddannet personale.
- Konkretisering af **kulturel identitet**, ældres ressourcer, og hvordan de bruges i lokalsamfund, mangler i nuværende politikker og visioner. Det er godt, at de er skrevet ind og er tænkt på, men det er afgørende med konkrete forslag til, hvordan ældre menneskers ressourcer og traditionelle kulturelle færdigheder og viden kan komme i spil i hverdagen.
- En del ældre føler sig **ensomme**, og forekomsten af ældre mennesker, der ofte føler sig uønsket alene, er dobbelt så stor i bygder som i byer. Der er tillige en stærk sammenhæng mellem begrænsninger i daglig aktivitet, **psykisk sårbarhed og ensomhed**. For mænd er der ofte sammenfald mellem ensomhed og dét at bo alene. For kvinder hænger ensomhed ikke sammen med, om de bor alene eller med andre.
- **Ulighed** rammer ældre mennesker på forskellige måder. Ældre **kvinder** er i højere grad end ældre mænd i risiko for at opleve svækkelse, funktionsnedsættelser og have et dårlig fysisk og psykisk helbred. Økonomisk er der stor forskel på, hvor svært det opleves at få pensionen til at dække **leveomkostninger**. Et eksempel er, at ældre i den nordligste del af landet bruger flere penge på at opvarme deres bolig end de fleste andre ældre. **Udeliv** er af stor betydning for ældre menneskers oplevelse af at have et godt liv. Det at kunne opholde sig ude og foretage sig forskellige ting udendørs er vigtigt. Mange ældre mennesker er ikke fysisk i stand til at komme ud på egen hånd. Derfor er adgangsforhold til folk med **nedsat mobilitet** vigtige. Yderligere har hjemmeboende ældre **ulige aktivitetsmuligheder** og adgang til for eksempel dagcentre.
- Næsten halvdelen af de ældre (48%) er **fysisk begrænsede i deres daglige aktiviteter** og 20% har nedsat hørelse. At omkring en tredjedel af mennesker over 75 år er meget begrænsede i deres daglige aktiviteter understreger, at de ældre har behov for **hjælp**, muligvis også mere offentlig hjælp end de 1-2 timers hjemmehjælp, de får i dag.
- Forekomsten af **kronisk sygdom** og gener stiger med alderen, hvilket i kombination med et stigende antal ældre i befolkningen og voksende muligheder for at behandle disse sygdomme er en udfordring for fremtidens sundhedsvæsen.

Litteratur

Aagaard T. 2018. Begreber om rehabilitering. *Tikiusaaq* 26, 2,11-15.

Aagaard T. 2015. *Hverdagsliv med sygdom. Patienters kulturelle perspektiver på sundhedspraksis i Grønland*. Inussuk. Arktisk forskningsjournal 1. Naalakkersuisut.

Andersen S, Hvingel B, Kleinschmidt K, Jørgensen T, Laurberg P. 2005. Changes in iodine excretion in 50-69-y-old denizens of an Arctic society in transition and iodine excretion as a biomarker of the frequency of consumption of traditional Inuit foods. *The American Journal of Clinical Nutrition*, Vol. 81, 3, 656-663.

Augustussen M. 2018. *Palliation til grønlandske kræftpatienter i Grønland og i Danmark*. Ph.d. afhandling. Ilisimatusarfik.

Baron M, Riva M, Fletcher C. 2019. The social determinants of healthy ageing in the Canadian Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*, 78, 1.

Berliner P, Stender AK. 2013. Glæde og styrke – en undersøgelse af værdier hos ældre mennesker i Paamiut. *Psyke & Logos*, 34, 559-575.

Bertelsen A. 1937. Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi. II. Sundhedsvilkaarene i Grønland [Greenland medical history and nosography. II. Health conditions in Greenland. In Danish]. *Meddelelser om Grønland*, 1937;117,2, 1-248. [215].

Bertelsen A.1940. Grønlandsk medicinsk Statistik og Nosografi. III. Det sædvanlige grønlandske Sygdomsbillede [Greenland medical history and nosography. III. The usual disease pattern in Greenland. In Danish]. *Meddelelser om Grønland*, 1940;117,3, 1-234. [105].

Bjerregaard P. 2004. *Folkesundhed i Grønland*. Inussuk/Arktisk Forskningsjournal, Nuuk.

Bjerregaard P, Nielsen NO. 2016. Kost. I Dahl-Petersen IK, Larsen CVL, Nielsen NO, Jørgensen ME, Bjerregaard P. 2016. *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014. Levevilkår, livsstil og helbred*. SIFs Grønlandsskrifter 28. København og Nuuk, Statens Institut for Folkesundhed og Departementet for Sundhed.

Bjerrum L, Barfod S, Becker U. 2010. *Spørg til alkoholvaner– diagnostik og behandling af alkoholproblemer*. København. Sundhedsstyrelsen og DSAM. 1. udgave.

Christensen AI, Jensen HAR, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. 2016. *Funktionsniveau blandt personer på 60 år og derover. Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2013*. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Clarke A, Warren L. 2007. Hopes, fears and expectations about the future: what do older people's stories tell us about active ageing? *Ageing & Society*, Vol. 27, 465-488.

Clark-Ibáñez M. 2004. Framing the social world with photo-elicitation interviews. *American Behavioral Scientist*, 47, 12, 1507-1527.

- Collings P. 2001. "If you got everything, it's good enough": perspectives on successful aging in a Canadian Inuit community *Journal of cross-cultural gerontology*, 16, 127–155.
- Collings P. 2000. Aging and Life Course Development in an Inuit Community. *Arctic Anthropology*, 37, 2, 111-125.
- Collings P. 2005. Housing policy, Aging and Life Course Construction in a Canadian Inuit Community. *Arctic Anthropology*, Volume 42, 2, 50-65.
- Collings P, Wenzel G, Condon RG. 1998. Modern food sharing networks and community integration in the central Canadian Arctic. *Arctic*, 12, 4, 301-314.
- Curtis T. 2001. *Kommunikation mellem læge og patient i Grønland – en kvalitativ undersøgelse af interaktionen mellem parterne i den tolkede konsultationssamtale*. Ph.d. afhandling. København, SIF's Grønlandsskrifter 12.
- Dahl-Petersen IK, Larsen CVL, Nielsen NO, Jørgensen ME, Bjerregaard P. 2016. *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2014. Levevilkår, livsstil og helbred*. SIFs Grønlandsskrifter 28. København og Nuuk, Statens Institut for Folkesundhed og Departementet for Sundhed.
- Demensredegørelse 2012*. Departementet for Sundhed.
- Dunér A, Nordström M. 2007. The roles and functions of the informal support networks of older people who receive formal support: a Swedish qualitative study. *Ageing & Society* 27, 67–85.
- Dylov ML. 2018. *Når ens skæbne er at have to rødder. En undersøgelse af ældre grønlandske migranternes tilknytning til nationale og sociale fællesskaber*. Upubliceret lukket speciale afleveret ved Københavns Universitet.
- Finkelstein SA, Forbes DA, Richmond CAM. 2012. Formal Dementia Care among First Nations in Southwestern Ontario. *Canadian Journal on Aging*, 31, 3, 257-270.
- Forslag til Demensplan 2013*. Departementet for Sundhed og Infrastruktur.
- Grønland i tal 2019. Grønlands Statistik 2019
<http://www.stat.gl/publ/da/GF/2019/pdf/Gr%C3%B8nland%20i%20tal%202019.pdf>
- Gubrium JF, Holstein JA. 2003. Beyond stereotypes, i, *Ways of Ageing*, Gubrium JF (red), Holstein JA (red), Blackwell Publishing, 3-10.
- Günther CM, Bürger A, Rickert M, Crispin A, Schulz CU. 2008. Grip strength in healthy Caucasian adults: reference values. *J Hand Surg Am*. 33, 558-65.
- Halkier B. 2010. Fokusgrupper, i, *Kvalitative metoder. En grundbog*, Brinkman S (red.), Tanggaard L (red.). København. Hans Reitzels Forlag, 121-136.
- Hastrup K, Rubow C, Tjørnhøj-Thomsen T. 2012. *Kulturanalyse kort fortalt*. København, Samfundslitteratur.
- Hopkins SE, Kwachka P, Lardon C, Mohatt GV. 2007. Keeping busy: a Yup'ik/Cup'ik perspective on health and aging. *Int J Circumpolar Health*. Feb; 66, 1, 42-50.

Inatsisartutlov nr. 20 af 23. november 2015 om alderspension

Jakobsen A, Laurberg P, Vestergaard P, Andersen S. 2013. Clinical risk factors for osteoporosis are common among elderly people in Nuuk, Greenland. *International Journal of Circumpolar Health*, Vol. 72, 19596.

Jensen T, Schlütter M, Olsen MAF, Jensen A, Nørtoft K, Nielsen LO, Hounsgaard L. 2018. *Et godt liv for ældre i det sydlige Grønland: et eksplorativt studie af muligheder og udfordringer. Arktisk Aldring rapport nr. 3.*

Katz S. 1996. *Disciplining Old Age, the Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville: U of Virginia.

Kim CR, Jeon YJ, Kim MC, Jeong TJ, Koo WR. 2018. Reference values for hand grip strength in the South Korean population. *PLOS ONE*.

Larsen CVL, Hansen CB, Ingemann C, Jørgensen ME, Olesen I, Koch A, Backer V, Bjerregaard P. 2019. *Befolkningsundersøgelsen i Grønland 2018 - Levevilkår, livsstil og helbred. Oversigt over indikatorer for folkesundheden*. SIFs Grønlandsskrifter 30. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Larsen LS, Normann HK, Hamran T. 2016. Collaboration between Sami and non-Sami formal and family caregivers in rural municipalities. *Ethnic and Racial Studies* 39, 5, 821-839.

Lassen PO, Olsen TM, Jakobsen A, Andersen S, Laurberg P, Nielsen OBF. 2013. 10-year Follow up on Medication and Functional Level in Nursing Home Residents in North Greenland. *Poster session EUGMS, Venedig, Italien.*

Laursen K, Lange S, Bjerregaard P. 2003. *Sundheds- og behovsprofil blandt ældre i Qasigiannguut "... at være gammel i Qasigiannguut"*. Qasigiannguut.

Lewis J P. 2011. Successful aging through the eyes of Alaska Native elders. What it means to be an elder in Bristol Bay, AK. *The Gerontologist*, 51, 540–9.

Lynge I, Munk-Jørgensen P, Pedersen AL, Mulvad G, Bjerregaard P. 2003. *Psykisk helbred hos patienter i Grønlands sundhedsvæsen*. SIFs Grønlandsskrifter 15. København, Statens Institut for Folkesundhed.

Lynggaard K. 2010. Dokumentanalyse, i, *Kvalitative metoder. En grundbog*, Brinkmann S (red.), Tanggaard L (red.). København. Hans Reitzels Forlag.

MacLeod ML, Kulig JC, Stewart NJ, Pitblado JR, Knock M. 2004. The nature of nursing practice in rural and remote Canada. *The Canadian Nurse*; Vol. 100, 6, 27-36.

MacLeod ML, Martin Misener R, Banks K, Morton AM, Vogt C, 2008. "I'm a different kind of nurse": advice from nurses in rural and remote Canada, *Nursing Leadership*, Vol 21, 3, 40-53.

Mitchell, C. 2008. Getting the picture and changing the picture: visual methodologies and educational research in South Africa. *South African Journal of Education*, 28, 3, 365-383.

Nørtoft K. 2018. At vælge en bolig at blive ældre i, i *Gerontologi. Perspektiver på ældre mennesker*, Glasdam S, Jacobsen FF, Gads Forlag.

Nørtoft K, Carroll S, Siren A, Bjerregaard P, Larsen CVL, Brædder M, Hounsgaard L, Jensen T. 2018. 'Enhancing Well-Being Among Older People in Greenland through Partnerships of Research, Practice and Civil Society', *The Arctic Yearbook 2018*.

Nørtoft K, Jensen T. 2017a. Aldringsidentitet i spændingsfeltet mellem fangersamfund og velfærdsstat. *Psyke og Logos: Psykologiske perspektiver i Grønland*, 1, 38, 32-51.

Nørtoft K, Jensen T. 2017b. 1. kommune-workshop i projekt Arktisk Aldring (AgeArc). Arktisk Aldring rapport nr. 1.

Nørtoft K, Jensen T. 2018a. Mad i alderdommen: livskvalitet, netværk og aktiv aldring. *Tiki-usaaq*, 26,2, 16-23.

Nørtoft K, Jensen T. 2018b. *Qaanaaq: Arktisk Aldring(AgeArc) Rapport nr. 4*.

Nørtoft K, Jensen T. 2019. Ildsjæle i ældreplejen i Grønland. *Omsorg*, 36, 3, 44-48

Olsen MAF. 2018. *Gammel i Grønland. En undersøgelse af de ældre grønlanderes livsvilkår og opfattelserne af ældregruppen i 1900—tallets første årtier*. Upubliceret kandidatspeciale afleveret ved Københavns Universitet.

Olsen TM, Laurbjerg P, Andersen S. 2010. *Funktionsniveau og sygdom hos personer på alderdomshjem i Ilulissat*. Abstract from NunaMed, Nuuk, Grønland.

Pensionsredegørelse 2006. 2006. Familiedirektoratet.

Petersen R. 1999. Grønlandske hushold og deres opgaver i gamle dage. *Tidsskriftet Grønland*, 47, 6, 213-232.

Pink S. 2009. *Doing sensory ethnography*. Sage, Los Angeles, London, New Delhi, Singapore, Washington DC.

Rasmussen K. 1906. *Under nordenvindens svøbe*. Gyldendalske Boghandel. Nordisk Forlag. København og Kristiania.

Redegørelse om botilbud og ældreinstitutioner 2008. 2008. Departementet for Familie og Sundhed.

RemoDem 2013. <http://www.remodem.eu/project/greenland.aspx>

Rikli RE, Jonas J. 2004. *Senior Fitness Test. Fysisk formåen hos ældre – manual og referenceværdier (Senior Fitness Test Manual)*. Oversat fra engelsk af Torben Hanson og bearbejdet til dansk af Nina Beyer. FADL's Forlag, København.

Saabye HE. 1816. *Brudstykker af en Dagbog, holden i Grønland i Aarene 1770-1778*. Odense.

Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, De la Fuente JR, Grant M. 1993. Development of the alcohol use disorders identification test (AUDIT): WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption-II. *Addiction*, 88, 791-804.

Schlütter M. 2019. At rejse for at leve. *Omsorg* 36, 3, 18-23.

Statistikbanken. Grønlands Statistik. <http://bank.stat.gl/pxweb/da/Greenland/Greenland>

Videncenter for Demens: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/>

Warren LA, Shi Q, Young K, Borenstein A, Martiniuk A. 2015. Prevalence and incidence of dementia among indigenous populations: a systematic review. *International Psychogeriatrics* 27, 12, 1959-1970.

Yu R, Ong S, Cheung O, Leung J, Woo J. 2017. Reference Values of Grip Strength, Prevalence of Low Grip Strength, and Factors Affecting Grip Strength Values in Chinese Adults. *Journal of the Society for Post-Acute and Long-Term Care Medicine* 18, 1525-8610.

Ældre i fremtidens Grønland. 2012. Naalakkersuisuts ældrestrategi 2012-2015. Grønlands Selvstyre.