

Alderisme i sundhedsvæsenet

af Anne Hagen Berg

Abstract

Alderisme kan forstås som diskrimination, stereotyper og fordomme mod mennesker af høj kronologisk alder. Praksisser, som kan være en trussel mod ældres helbred, ikke mindst når de forekommer i sundhedsvæsenet. Alderisme er samtidig et komplekst begreb, som kun får begrænset opmærksomhed herhjemme. Med udgangspunkt i den internationale forskningslitteratur, og med henvisning til en række eksempler, præsenterer og diskuterer denne artikel alderisme i sundhedsregi. I denne kontekst kan alderisme forstås som et både systemisk, politisk og individuelt fænomen, hvor man i forskningen også finder modstridende konklusioner.

Anne Hagen Berg: cand.mag., ph.d. i historie, postdoc ved Danish Centre for Welfare Studies, Institut for Statskundskab, Syddansk Universitet. anneberg@sam.sdu.dk

Indledning

I 2020 kom ældre menneskers helbred højt på dagsordenen, idet COVID-19 rammer de ældste særligt hårdt. Lande verden over lukkede ned og befolkninger stod sammen om at beskytte ældre medborgere. Hurtigt dukkede dog også hashtags som #BoomerRemover op på sociale medier, en ufølsom og alderistisk betegnelse af virusset med den hensigt at devaluere de ældste og more sig over deres død (Lichstenstein, 2020).

Alderisme (ageism) – diskrimination, stereotyper og fordomme mod mennesker af høj kronologisk alder – er blevet tydelig under pandemien. Aronson (2020) kritiserer mediernes udsagn om, at ”kun” gamle risikerer at dø af sygdommen. Swift og Chasteen (2021) påpeger, at italesættelsen af ældre personer som en homogen, skrøbelig og afhængig gruppe, altså en negativ stereotyp, fører til alderistiske praksisser og følelser. Mangel på ressourcer, i særdeleshed respiratorer, førte til etiske diskussioner om aldersbaseret prioritering og ad hoc-aldersgrænser i praksis (Brown, Francis & Tabery, 2021).

Alderisme er ikke opstået med pandemien, men selvom fænomenet er velkendt herhjemme, fx som aldersdiskrimination på arbejdsmarkedet (Blaakilde, 2021), er alderisme i sundhedsvæsenet stort set ubeskrevet på dansk. Der er behov for at undersøge dette nærmere, både på baggrund af en betydelig international litteratur, der dokumenterer alderisme i sundhedsregi, og en anekdotisk viden om, at høj kronologisk alder kan medføre ringere behandling, også i Danmark. I takt med stigende levealder og stadigt flere medicinske muligheder er der flere ældre og flere multisyge patienter i både den primære og sekundære sundhedssektor. Det medfører et øget behov for opmærksomhed på de mekanismer, der

bestemmer, hvordan disse patientgrupper behandles. Denne artikel undersøger netop dette.

Udgangspunktet er en systematisk indsamling af internationale og danske forskningsartikler om alderisme og med inddragelse af forskning fra både sundhedsvidenskab og andre traditioner. Artiklerne er indsamlet i databaserne CINAHL og JSTOR, suppleret med videre søgning på artiklernes egne relevante referencer (sneboldsmetode). Søgningen er ikke tidsafgrænset, men tematisk afgrænset ved brug af søgeordene *ageism/age criteria + hospitals, medical treatment, health, health policy, doctors, nurses*. Hovedvægten ligger dog på studier, som er udkommet indenfor de seneste årtier. Teksterne er kodet og systematiseret for at identificere de mønstre, litteraturen peger på, og fokus er på meso- og makroniveau, altså strukturel alderisme.

Artiklen diskuterer, om og hvordan pointerne fra den internationale litteratur tegner sig i en dansk kontekst, og peger desuden på steder, hvor der er brug for mere forskning herhjemme. Det er dog væsentligt at bemærke, at en skelnen mellem alderisme og velbegrundet restriktiv behandling kan være kompliceret. Der kan være gode grunde til at behandle ældre, skrøbelige patienter konservativt, hvis de ikke tåler behandlingen godt. Omvendt kan en restriktiv behandling være baseret på negative stereotyper om ældre patienters helbred. Udgangspunktet for denne artikel er at problematisere de steder, hvor *kronologisk alder* får afgørende betydning for behandling, uagtet eller uden en individuel vurdering af patienten. Før vi dykker ned i litteraturen, er det dog vigtigt at give en kort introduktion til begrebet alderisme og dets mulige konsekvenser i en sundhedsfaglig kontekst.

Alderisme på makro-, meso- og mikroniveau

Begrebet ”alderisme” blev første gang anvendt i 1969 af den amerikanske gerontolog Robert Butler, som definerede det som fordomsfuldhed, primært fra de midaldrende mod yngre og især ældre aldersgrupper, alene på baggrund af kronologisk alder (Butler, 1969). Alderisme forekommer dels som eksplicit diskrimination, fx i form af aldersgrænser, og dels som implicitte fordomme, fx om ældre personer som langsomme og afhængige. Det forekommer ligeledes på både systemniveau og individniveau, hvor eksempelvis sundhedspersonale såvel som patienter kan have negative fordomme om aldring (Ouchida & Lachs, 2015). Det er veldokumenteret, at alderisme i sundhedsvæsenet har negative konsekvenser for ældre menneskers helbred og livskvalitet. Chang et al. (2020) viser i et stort review, baseret på kvantitative undersøgelser fra hele verden, at der er signifikant sammenhæng mellem alderisme og forringet helbred. Forekomsten af negative stereotyper og fordomme om gamle og geriatri blandt sundhedspersonale er veldokumenteret, ikke mindst i europæiske og nordamerikanske kontekster (Wyman, Shiovitz-Ezra & Bengel, 2018). Studier viser fx at læger – somatiske og psykiatriske – er mindre positive eller sensitive, hvis de inden mødet med en patient gøres eksplicit opmærksom på, at vedkommende har høj alder (Kessler & Blanchetta, 2020). Sundhedspersonalet kan tale med babysprog (Schroyen et al. 2018), være mindre lydhøre over for de ældre patienter, eller patienterne oplever, at lægen afskriver lidelser som en uundgåelig del af alderdommen. Dette medfører risiko for underbehandling af problemer og smerter, som kan behandles (Ouchida & Lachs, 2015).

Patienternes egen agens problematiseres også. Et israelsk studie af Ben-Harush et al. (2016) blandt læger, sygeplejersker og socialarbejdere, viser, at personalet ofte anser ældre patienter for besværlige, uanset om de er passive eller aktive deltagere i behandlingen. I den internationale forskning er der tendens til at se på fænomenet ud fra en snæver definition, og ifølge Chang et al. (2019) kan det medføre, at de negative konsekvenser af alderisme undervurderes. Internaliseret alderisme, altså nogle ældre menneskers egne negative fordomme om aldring, har ligeledes dokumenteret negativ effekt på helbred, livskvalitet, selvhjulpenhed og endda livslængde (Makris et al., 2015). Det moderne vestlige ideal om aktiv eller succesfuld aldring kritiseres ligeledes for at lægge et urealistisk pres på mennesker af høj alder (Liang & Luo, 2012) og kan således også ses som et moralsk imperativ, der kræver (for) meget af den aldrende person. Som nævnt indledningsvist er det dog sjældent undersøgt, om ovennævnte pointer også gør sig gældende i en dansk kontekst.

Aldersgrænser

Egentlig aldersdiskrimination i sundhedsvæsenet kan tage flere former, hvor ældre patienter behandles ikke-optimalt på grund af alder. Faste aldersgrænser på indgreb eller behandlinger anses i dag af de fleste for at være diskriminerende, og Storbritannien indførte i 2012 et forbud mod aldersdiskrimination i sundhedsvæsenet. Dansk lovgivning indeholder ikke et lignende eksplicit forbud, men lige adgang til sundhedsydelser, uanset alder, er et grundlæggende princip.

Aldersgrænser kan være faste og nedskrevne eller de kan fungere som en tommelfingerregel, som lægen kan læne sig op ad, når behandlingsregimet skal

besluttet. Det er som nævnt en almindelig antagelse, at det ”i gamle dage” var almindeligt med faste aldersgrænser på sygehusbehandlinger i Danmark. Det bedst undersøgte eksempel er fra 1990’erne, hvor flere sygehuse havde aldersgrænser for indlæggelse af apopleksipatienter på neurologiske afdelinger eller apopleksiafsnit (Schmidt, 1994). Patienter over en vis alder blev indlagt på medicinske afdelinger, som ikke nødvendigvis kunne tilbyde specialiseret behandling og genoptræning. I 1994 indskærpede sundhedsmyndighederne, at alder ikke måtte afgøre behandlingen (Olsen, 2003). Olsen (2003) dokumenterede dog, at apopleksipatienter over 60 år også i de tidligere 2000’ere blev signifikant sjældnere indlagt på neurologisk afdeling. Der var, ifølge Olsen, tale om aldersdiskrimination. Ti år senere dokumenterede Oksuzyan et al. (2013), at danskere født i 1905 blev indlagt og opereret hyppigere end de født i 1895. Studiet sammenlignede de to kohorter i hver alder fra 85 til 99 år og kunne dokumentere signifikant flere indlæggelser (af kortere varighed) og flere indgreb i den yngste kohorte. Idet dødeligheden ikke steg i forbindelse med den mere aktive behandling, konkluderer forfatterne, at patienterne i den yngste kohorte i højere grad blev tilbudt behandling på baggrund af en individuel vurdering frem for kronologisk alder, kombineret med mere skånsom teknologi. Med andre ord spillede alder en mindre rolle for den yngre kohorte.

Eksemplerne viser, at alderskriterier har spillet en rolle i den nyeste historiske tid, men tyder også på, at kronologisk alder har fået mindre betydning over tid. Dette er dog ikke ensbetydende med, at problemet er forsvundet. I efteråret 2021 afdækkede *Dagens Medicin* således, at Region Midt opererede med en øvre aldersgrænse på 65 år for MR-scanning ved mistanke om prostatakræft,

selvom gennemsnitsalderen ved diagnosen er 73 år (Jensen, 2021). MR-scanning anbefales i de kliniske retningslinjer, hvorfor grænsen altså betød, at mænd over 65 år ikke blev tilbudt den foretrukne diagnostik. Årsagen blev angivet som ressourcemangel. En måned efter afsløringen blev aldersgrænsen fjernet, så midtjyske mænd over 65 år nu også kan tilbydes MR-scanning ved mistanke om prostatakraft (Albinus, 2021). Aldersgrænser – officielle eller uofficielle – kan altså stadig findes i det danske sundhedsvæsen. Der er således god grund til at undersøge dette nærmere.

Der findes adskillige konkrete eksempler på aldersgrænser i den internationale forskning. Halper (1989) viste for eksempel, at britiske nyrepatienter over 64 år ikke fik tilbudt dialysebehandling som en konsekvens af begrænsede ressourcer. Di Rosa et al. (2018) viser, at italienske brystkræftpatienter under 70 år i højere grad får brystbevarende kirurgi, mens ældre oftere får fjernet hele brystet, uagtet indikationer. I forbindelse med deres forslag til bedre geriatrisk kirurgi, dokumenterer Katlic & Coleman (2019) på baggrund af en række (primært) nordamerikanske og europæiske studier, at ældre patienter diagnosticeres og behandles mindre og senere end yngre for bl.a. mange cancersygdomme. Den anderledes behandling af ældre kan bunde i overvejelser om, hvem der har ret til livreddende og livsforlængende behandling, men også overvejelser om, hvem der tåler behandlingen, og hvornår man stopper den.

Hvor meget behandling skal de ældre have?

I 1980'erne fremsatte blandt andre filosof John Harris (1985) det argument, at ældre havde mindre ret end yngre til livreddende og livsforlængende behandling.

Harris kaldte sin tilgang ”fair innings” med reference til børnedivisionen i amerikansk fodbold, hvor alle spillere skulle sikres lige mange halvlege (innings). På samme måde skulle sundhedsvæsenet sikre, at alle fik lige mange halvlege, altså leveår. Efter en vis alder – fx 70 eller 80 år – skulle retten til livsforlængende behandling frafalde, fordi personen på det tidspunkt sandsynligvis havde gennemlevet et 'normalt' livsforløb af den rette længde og med de rette højdepunkter. Patienter over denne alder skulle have lindring, men ikke livsforlængelse. Ressourcerne skulle i stedet bruges til at sikre yngre patienters mulighed for også at gennemleve dette 'normale' livsforløb. Baggrunden var en bekymring over den stadigt stigende andel af ældre borgere og den hastige udvikling af nye, dyre sundhedsteknologier, som Harris mente tilsammen udgjorde en potentielt tikkende bombe under økonomien.

I modsætning til ”fair innings”-argumentet mener andre, at den teknologiske udvikling medfører overbehandling af de ældste patienter. Ifølge Kaufman (2010) følger der af den teknologiske udvikling et moralsk imperativ til stadig øget teknologibrug blandt både læger, patienter og pårørende. Teknologi forstås her som medicin, udstyr og procedurer. Tilgængeligheden af stadigt mere avanceret teknologi samt et socialt og bureaukratisk system, der favoriserer øget teknologibrug over pleje, medfører, at ældre patienter udsættes for stadigt flere interventioner. Kaufman et al. (2011) beskriver, hvordan pacemakers hos 80+ årige kan forlænge dødsprocessen og medføre en flere år lang gradvis udvikling af hjertesvigt, som ifølge forfatterne ikke nødvendigvis er at foretrække over pludselig død af et hjertestop. Gullette (2010) fremhæver, hvordan aldersbetingede forandringer som menopausen ikke længere anses for en naturlig

del af aldringsprocessen, men medikaliseres. Det moralske imperativ til teknologibrug implicerer en faldende accept af aldring, og risikerer at føre til overbehandling og medikalisering af alderdommen som sådan (Ehrenreich, 2018).

Kronologisk alder spiller således en kompliceret rolle i beslutninger. På den ene side er der – historisk og aktuelt – eksempler på, at alder i sig selv afgør, om en patient tilbydes en given behandling. Det kan være et spørgsmål om allokering af ressourcer som i eksemplet fra Region Midt, som vækker genklang af 1980'ernes diskussioner om "fair innings". På den anden side implicerer den øgede præference for 'teknologisering' en risiko for ringere livskvalitet og ringere helbred over længere tid. Begge faldgruber betyder, at hensynet til den enkelte patient overses.

Alder som forklarende variabel

Et argument *for* aldersgrænser – faste eller relative – kan være omsorgen for skrøbelige patienter. Skrøbeligheden bliver større i høj alder og fravalget af behandling kan således potentielt sikre, at patienten ikke lider skade. Der kan dog ikke sættes automatisk lighedstegn mellem høj kronologisk alder og skrøbelighed, og det fik i 2005 geriater Marianne Schroll til at kalde alderskriterier "en slags hjælpevariabel for den ubeslutsomme læge." (Aagaard, 2005). I de senere årtier har lægevidenskaben i stigende grad brugt skrøbelighedsindikatorer og biologisk alder til at vurdere kroppens 'alder' ud fra en række fysiske parametre. Man kan således godt have en biologisk alder, der er højere eller lavere end den kronologiske alder. Det er et forsøg på at anerkende aldersbetingede forandringer i kroppen uden at sætte lighedstegn med kronologisk alder. Nogle mener dog, at

biologisk alder baseres på en alderistisk bias, fordi det forudsætter, at aldring er *forfald* (Cohen et al., 2020). Aldringsforskning kunne, ifølge forfatterne, i stedet fokusere på udvikling, forandring og lignende, som har mere positive konnotationer.

Der er ikke enighed om én definition eller model for måling af hverken biologisk alder eller skrøbelighed. Ifølge Vass & Hendriksen (2016) findes mere end 25 modeller, hvilket gør det vanskeligt at bruge begreb og skalaer meningsfuldt i praksis. Det er heller ikke nødvendigvis det samme fænomen, der tales om videnskabeligt og klinisk. Det kan derfor måske være svært at se helt bort fra den kronologiske alder, som bliver en slags forklarende variabel (Bytheway, 2005). Halvorsen et al. (2008) påpeger, at der mangler retningslinjer for, hvordan man konkret skal bruge biologisk alder som klinisk målestok. Uklarheden medfører en øget risiko for overbehandling og for lidt reel pleje af de gamle patienter, fordi sundhedspersonalet prioriterer den specialiserede teknologiske behandling, i tråd med Kaufmans moralske imperativ.

Silotænkning, over- og underbehandling

Forskningen peger desuden på en række alderistiske systemer, som kan forårsage både over- og underbehandling af ældre. Overbehandling er et velkendt problem og kan ske som et resultat af, at lægen overser kompleksiteten i den multisyge – i praksis oftest ældre – patients helbred og fokuserer på at behandle ét problem (Fialová et al., 2018). Med den moderne lægevidenskabs tendens til silotænkning og fokus på enkelte organer eller problemer, er risikoen, at en patient af forskellige speciallæger får udskrevet forskellige lægemidler, som ikke

harmonerer. Det eksemplificeres i Riiskjærs (2019) beretning om moderens forløb som kronisk hjertepatient gennem 20 måneder frem til hendes død. Riiskjær beskriver, hvordan moderen gentagne gange fik lægemidler, der direkte modvirkede hinanden, og hvordan sygehus- og kommunalsektorerne ikke altid arbejdede sammen, med det resultat, at moderen ikke fik den nødvendige pleje og genoptræning. Hyperspecialiseringen i det moderne sundhedsvæsen har klare fordele, fordi lægerne bliver bedre og mere erfarne, hvilket kan komme multisyge og ældre til gavn. Det kan dog også være en ulempe, hvis der ikke er tilstrækkelig koordinering på tværs af specialer.

Afprøvning af lægemidler

Et strukturelt problem er udelukkelsen af ældre (typisk over 65 eller 75 år) fra kliniske afprøvninger af lægemidler (Briggs, Robinson & O'Neill, 2012). Afprøvningsdesignet, så deltagerne er relativt sunde og raske uden komorbiditeter, og altså i praksis oftest er yngre. Det betyder, at der ikke er dokumenteret effekt på ældre og multisyge, og lægemidlet udskrives derfor ikke nødvendigvis til disse patienter. Det kan dog også være problematisk, når de ældre alligevel får udskrevet lægemidlet. Ældre kroppe kan have større eller mindre tolerance overfor lægemidler end yngre kroppe, eller lægemidlet kan reagere anderledes på den ældre patient end beskrevet (Fialová et al., 2018).

Når ældre personer udelukkes fra afprøvningsdesignet, skabes ikke tilstrækkelig viden om lægemidlets virkning og bivirkninger hos patienter af høj alder. Samtidig er lægemidternes krydsvirkning typisk ikke afprøvet, hvilket medfører yderligere risici for ældre patienter, som i højere grad tager flere

lægemidler og derfor risikerer at tage lægemidler, der ikke fungerer sammen. Idet ældre personer statistisk set har det største forbrug af medicin, er det relevant at inkludere dem i de kliniske afprøvninger, så de faktisk får så effektiv og risikofri medicinsk behandling som muligt.

Munk et al. (2020) nuancerer ovenstående konklusioner i en undersøgelse af hvorvidt de patienter, der får udskrevet et bestemt lægemiddel, lever op til inklusionskriterierne for de kliniske afprøvninger. De konkluderer, at lægemidlet også bruges til andre patienter end dem, det var afprøvet på. Det vil sige, at det i praksis ikke nødvendigvis er sådan, at ældre patienter ikke får den pågældende medicin og har gavn af den - men også, at det ikke altid er til at vide, om lægemidlet har den ønskede effekt hos de ældre patienter.

Sundhedspolitikker

Kronologisk alder spiller en rolle i mange nationale politikker på sundhedsområdet, fx i forhold til fertilitetsbehandling, pædiatri, forskellige psykologiske tilbud og screening. Screeningprogrammer for brystkræft, tarmkræft og livmoderhalskræft har alle en øvre aldersgrænse i både Danmark og internationalt, selvom prævalensen af cancer stiger med alderen. Det anses af bl.a. Fernando, Arora & Crome (2011) for alderistisk, fordi det implicit signalerer, at ældres kræftsygdomme ikke er lige så vigtige at forebygge og behandle. Til grund for aldersgrænserne ligger sundhedsfaglige og sundhedsøkonomiske overvejelser, fx forventet restlevetid, sygdommens forløb i forskellige aldersgrupper og cost-benefit-analyser (CBA). Avorn (1984) påpegede dog, at modeller som CBA og kvalitetsjusterede leveår (QALYs) som målestok i udarbejdelsen af policies har et

aldersdiskriminerende potentiale, idet investeringen i ældre ofte vil vise sig mindre økonomiske gunstig over tid.

Alderismebegrebets fravær i offentligheden

Alderisme får kun begrænset opmærksomhed i Danmark, både i forskningen og offentligt. Hvis vi retter blikket mod offentligheden var perspektivet eksempelvis påfaldende fraværende i debatten om TV2-dokumentaren ”Plejhjemmene bag facaden”, som ellers fik meget offentlig opmærksomhed i 2020. Selvom dokumentaren afdækkede omsorgssvigt på danske plejehjem og dokumenterede, at plejhjemsbeboere blev talt ned til og udsat for hårdhændet behandling, blev spørgsmålet om alderisme ikke rejst. Debatten drejede sig i stedet om manglende ressourcer og dårlige vilkår for medarbejderne i plejesektoren. Man kan argumentere for, at problemet er et alderistisk system uden den nødvendige tid til omsorg for plejhjemsbeboerne, men man kan også argumentere for, at medarbejderne udviser en individuel, alderistisk praksis. Her skal ikke drages konklusioner, men under alle omstændigheder var det et eksempel på, at alderisme mangler som perspektiv i debatten om velfærdens og sundhedsvæsenets udvikling.

I de senere år er det moralske imperativ til teknologiske løsninger ligeledes udfoldet i offentligheden. En plakat fra Venstres velfærdskampagne fra 2018 illustrerer teknologiens status i behandling og som velfærdsmarkør. På sociale medier og i bybilledet kunne man således se tidligere statsminister Lars Løkke Rasmussen foran en CT-scanner – et stykke avanceret og dyr teknologi – akkompagneret af teksten ”230 CT-scannere på sygehusene. Det er velfærd.”

Kontrasten til det foregående eksempel er slående og de to eksempler eksemplificerer tilsammen risikoen for, at omsorg får lavere status i skyggen af den teknologiske udvikling.

Konklusion

Alderisme er et komplekst begreb. Høj kronologisk alder er genstand for modsatrettede tendenser i sundhedsvæsenet, som kan have negative konsekvenser for ældre patienter. Negative stereotyper om ældre samt hyperspecialisering af sundhedsvæsenet risikerer således at forårsage både over- og underbehandling. Samtidig kan der være gode, sundhedsfaglige argumenter for at behandle skrøbelige, ældre patienter restriktivt. Det væsentlige er, om beslutningen baseres på en individuel vurdering af patientens tilstand og behov, eller om den kronologiske alder bliver en afgørende variabel i sig selv. Der er behov for såvel opmærksomhed på som debat om behandlingen af ældre og den potentielle alderisme, der kan findes forskellige steder i sundhedssektoren. I det lys er det på rette tid, at bekæmpelse af alderisme er en del af WHO's program for 2021-2030, som de kalder *Decade of Healthy Ageing*. I takt med såvel demografisk som teknologisk og lægefaglig udvikling er dette nødvendigt, så både omsorg og behandling sikres i en balance, der giver plads til den enkelte patient.

Litteratur

Albinus, N.-B. (2021). Midtjylland fjerner kontroversiel aldersgrænse for MR-diagnostik af mistænkt prostatakræft. *Dagens Medicin*. 26/11/2021, s. 12.

Aronson, L. (2020). 'Covid-19 kills only old people.' Only? *The New York Times*.

Online. Tilgængelig på:

<https://www.nytimes.com/2020/03/22/opinion/coronavirus-elderly.html> [Tilgæet

15/6 2021].

Ben-Harush, A. et al. (2017). Ageism among physicians, nurses, and social workers: Findings from a qualitative study. *European Journal of Ageing*, 14(1), s. 39-48.

Blaakilde, A. L. (2021). Fra 'generationskamp' til 'generationssvigt'. Alderisme gennem to århundreder. *Gerontologi*, 37(1), s. 20-3.

Briggs, R., Robinson, S. & O'Neill, D. (2012). Ageism and clinical research. *Irish Medical Journal* 105(9), s. 311-2.

Brown, T.R., Francis, L.P. & Tabery, J. (2021). When is age choosing ageist discrimination? *Hastings Center Report*, 51(1), s. 13-15.

Butler, R. (1969). Age-ism. Another form of bigotry. *The Gerontologist*, 9(4), 243-6.

Bytheway, B. (2005). Ageism and age categorization. *Journal of Social Issues*, 61(2), s. 361-74.

- Chang, E.-S. et al. (2020). Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. *PLoS One*, 15(1), e0220857.
- Cohen, A. A. et al. (2020). Is aging biology ageist? *The Journals of Gerontology: Series A*, 75(9), s. 1653-5.
- Di Rosa, M. et al. (2018). Ageism and surgical treatment of breast cancer in Italian hospitals. *Aging Clinical & Experimental Research*, 30(2), s. 139–144.
- Ehrenreich, B. (2018). *Natural Causes. An epidemic of wellness, the certainty of dying, and killing ourselves to live longer*. Hachette UK.
- Fernando P., Arora A. & Crome P. (2011). Combating age discrimination: A United Kingdom perspective. *European Geriatric Medicine*, 2, s. 263-269.
- Fialová, D. et al. (2018). Ageism in medication use in older patients. I: Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (red.) *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature.
- Gullette, M. M. (2010). *Agewise. Fighting the new ageism in America*, Chicago: The University of Chicago Press.
- Halper, T. (1989). *The misfortunes of others. End-stage renal disease in the United Kingdom*. Cambridge: Cambridge University Press.

Halvorsen, K. et al. (2008). Priority dilemmas in dialysis: the impact of old age.

Journal of Medical Ethics, 34(8), s. 585-589.

Harris, J. (1985). *The Value of Life. An Introduction to Medical Ethics*. London og

New York: Routledge.

Jensen, J. B. (2021). Hvis det var brystkræft, var der rullet hoveder. *Dagens*

Medicin, 1/10 2021, s. 3.

Katlic, M. R. & Coleman, J. (2019). Principles of geriatric surgery. I: Rosenthal,

R., Zenilman, M. & Katlic, M. (red.) *Principles and Practice of Geriatric*

Surgery. Springer, Cham.

Kaufman, S. R. (2010). Making longevity in an aging society: linking Medicare

policy and the new ethical field. *Perspectives in Biology and Medicine*, 53(3), s.

407–424.

Kaufman et al. (2011). Ironic technology: Old age and the implantable

cardioverter defibrillator in US health care. *Social Science & Medicine*, 72(1), s.

6-14.

Kessler, E.-M., & Blachetta, C. (2020). Age cues in patients' descriptions influence

treatment attitudes. *Aging & Mental Health*, 24(1), s. 193–196.

Liang, J. & Luo, B. (2012). Toward a discourse shift in social gerontology: From successful aging to harmonious aging. *Journal of Aging Studies*, 26(3), s. 327-34.

Lichstein, B. (2020). From “Coffin Dodger” to “Boomer Remover”:
Outbreaks of ageism in three countries with divergent approaches to coronavirus control. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 76(4), s. e206-e212.

Makris, U. E. et al. (2015). Ageism, negative attitudes, and competing co-Morbidities. Why older adults may not seek care for restricting back pain: A qualitative study. *BMC Geriatrics*, 15(1), s. 1-9.

Munk, N. E. et al. (2020). Differences between randomized clinical trial participants and real-world Empagliflozin users and the changes in their glycated hemoglobin levels. *JAMA Network Open*, 3(2), e1920949.

Oksuzyan, A. et al. (2013). Changes in hospitalisation and surgical procedures among the oldest-old: a follow-up study of the entire Danish 1895 and 1905 cohorts from ages 85 to 99 years. *Age and Ageing*, 42(4), s. 476-81.

Olsen, T. S. (2003). Diskrimination af ældre med apopleksi. *Gerontologi og samfund*, 19(4), s. 88-9.

Ouchida, K. M. & Lachs, M. S. (2015). Not for doctors only: Ageism in healthcare. *Generations*, 39(3), s. 46-57.

Riiskjær, E. (2019). *I patientens fodspor*. København: Munksgaard.

Schmidt, D. (1994). Sorterer med døden som indsats. *Ældre Sagen*, 7(1), s. 4-5.

Schroyen, S. et al. (2018). Communication of healthcare professionals: Is there ageism? *European Journal of Cancer Care*, 27(1), e12780.

Swift, H. J. & Chasteen, A. L. (2021). Ageism in the time of COVID-19. *Group Processes & Intergroup Relations*. 24(2), s. 246-52.

Vass, M. & Hendriksen, C. (2016). Der mangler dansk konsensus om definitionen af skrøbelighed. *Ugeskrift for Læger*, 178, s. 2-5.

Wyman, M. F., Shiovitz-Ezra, S. & Bengel, J. (2018). Ageism in the health care system: Providers, patients, and systems. I: Ayalon, L. & Tesch-Römer, C. (red.) *Contemporary perspectives on ageism*. Springer Nature.

Aagaard, P. (2005). Alder var en dårlig undskyldning. *Dagens Medicin*, 2005(30), s. 24-6.