

# Sammenhæng i ældrepolitikken

Vi skal kunne rumme mono- og fler- og tværfaglighed i ét og samme selskab. Vi skal kunne rumme at være både et videnskabeligt selskab og et fagligt selskab. Og så skal selskabet frem for alt stadig være et frirum for alle os tosser med interesse for aldring og gamle mennesker.

Jeg har lyst at fremhæve Ældrekommissionen. Den fylder måske ikke så meget i Danmarkshistorien, men jeg er overbevist om, at den har sat meget markante spor i ældrepolitik og gerontologi herhjemme. Det var Ældrekommissionen, som satte begrebet ældrepolitik på dagsordenen, ordet blev stort set ikke brugt inden. Kommissionen var visionær, fordi den ikke blot beskæftigede sig med *specielle foranstaltninger* for gamle mennesker. Den beskæftigede sig også med rammerne om de ældres tilværelse og muligheder, dvs. de forhold, der er bestemmende for ældres livsvilkår.

Kommissionen leverede en analyse af, hvorledes de økonomiske, sociale, psykiske og helbreds-mæssige vilkår og behov ændrer sig med stigende alder, fx med fokus på bolig, sundhed, kontakt- og aktivitetsmuligheder, på funktionsevne snarere end sygdomme, og den formulerede en kontinuitetsmodel. En kontinuitetsmodel, som brød med gerontologernes evindelige omtale af tilbagetrækningsmodellen som en alt for snæver vurdering af alderdommen og med aktivitetsmodellen som en alt for optimistisk vurdering.

Kontinuitetsmodellen rettede opmærksomheden mod de omgivelser, der former gamle menneskers tilværelse snarere end mod selve aldringsprocessen.

Kommissionen leverede også en analyse af ældrepolitikken, som den så ud i sidste del af 1900-tallet; en analyse som trods sin urbane formulering alligevel var et alvorligt angreb på den daværende ældrepolitik. Den daværende ældrepolitik var tilsyneladende baseret på et syn på aldring som et kontin-

uert tab af funktionsevne. Det kunne man se ved, at det offentlige system næsten kun tilbød ydelser til at *kompensere for fremadskridende tab af funktionsevne*: først hjemmepleje til at kompensere for de første tab af funktionsevne, siden hjælpemidler, og til sidst plejehjem. Der var meget få tilbud rettet mod at bevare og genvinde funktionsevne. Og kommissionen var skarp i sin analyse af manglende sammenhæng i politik og indsats.

## Manglende sammenhæng

Ældrekommissionen gav mange eksempler på dette: Der var samspilsproblemer mht. indtægter, skatter, pensioner, som ramte mange ældre mennesker unødigt hårdt. Der var uhen-sigtsmæssige finansieringsregler for ældreboliger, og regler for boligydelsen medførte, at de dårligst stillede ældre blev udelukket fra egnede boliger.

Efterlønnen medførte, at retten til førtidspension blev begrænset uden socialpolitisk begrundelse. Dertil kom samspilsproblemer i sundheds- og socialvæsenet, således at plejehjemsindflytning medførte unødigt store brud med det hidtidige liv, og at der var offentlig befordring for handicappede der bor i eget hjem, men ikke for handicappede som bor på plejehjem. Uden at sige det direkte så kommissionen også risikoen for den feminisering af fattigdommen, som fremkommer, når en stigende del af pensionen baseres på arbejdsmarkedspension, samtidig med at kvinder på grund af børnefødsler og tidlig tilbagetrækning optjener mindre pension end mænd.

Derfor var et af hovedpunkterne i

Ældrekommissionens anbefalinger, at der måtte skabes bedre sammenhæng i ældrepolitikken, fx sammenhæng eller kontinuitet i livsforløbet, fælles målsætninger for de mange indsatsområder såsom boligforhold, aktiviteter, pension og det offentliges indsats, og sammenhæng i lovgivning og administrative systemer.

## Hvad sker der i forskningen?

Den tumult, som Ældrekommissionen gav i den ældrepolitiske tænkning, afspejler sig også i forskningen. Også her var der tumult, men i en god og konstruktiv betydning. I anledning af selskabets 60 års fødselsdag har jeg studeret abstractkatalogerne fra de nordiske kongresser i gerontologi i 1981 og 1983 og sammenlignet med de seneste par kongresser.

## Kongresserne for 25 år siden sammenlignet med de seneste kongresser

Det var tydeligt i begyndelsen af 1980'erne, at mangefagligheden trængte sig på: Kongresserne sprudler og myldrer med faggrupper, og forskellige faglige perspektiver giver præsentationer af så forskellige emner som samfundsforhold (fx pensionspolitik og demografi), sociale forhold (fx arbejdsophør, boligforhold, sociale netværk), psykologiske forhold (fx hukommelse og ensomhed), biologiske aldersforandringer, sygdom og behandling, epidemiologi og studier af social- og sundhedsvæsenets indsats.

Man ser også spor af tværfaglighed, men endnu kun spagt: Kun få af præsentationerne stammer fra forskning, hvor flere faggrupper har deltaget på



lige fod og bidraget med hver sin faglighed til en dybere forståelse for aldringsprocesser og ældre mennesker.

Alle kongresserne i de år har en række præsentationer af gamle menneskers helbred og trivsel, hvor man kan se, hvor forbavsede forskerne var blevet over, at de fleste gamle er raske og velfungerende.

Men man ser også en række præsentationer, hvor nye ældrebilleder trænger sig på: Det er tydeligt, at gerontologerne i disse år bevæger sig væk fra det klassiske elendighedsperspektiv. Det er også tydeligt, at mange gerontologer i de år bevæger sig uden for kroppen for at studere aldring som et komplekst samspil af biologiske og psykologiske processer og processer i samfund og det sociale liv. Præsentationerne på kongresserne lægger i stigende grad vægt på gamle menneskers egne beretninger og vurderinger, dvs. man tager i stigende grad gamle mennesker alvorligt.

I gennemgangen af de gamle abstract-kataloger blev det også tydeligt for mig, at lægevidenskab og odontologi var stærkt repræsenteret uden at være

dominerende; jeg er bange for, at vi er ved at tabe lægevidenskab og odontologien i de senere års gerontologer, og hvis det indtryk er rigtigt, er det en stor skam.

Forskningen dengang var med få fremragende undtagelser meget deskriptiv, ikke særligt analytisk. De humanistisk / kvalitative metoder var næsten fraværende. Til gengæld begyndte forebyggelsesperspektiverne at trænge sig på, og vi fik mange nye brudstykker til billedet af alderdommen (hukommelse; historie; billedet af de gamle i politik, litteratur og medier; holdningen til gamle; gamles livskvalitet). Også sprogtonen afspejlede overgangen fra en objektgørelse af gamle mennesker (fx begrebet "medicinforsømmelse") til en stærkere markering af gamle som deltagere.

Endnu et par observationer om de videnskabelige præsentationer i begyndelsen af 1980'erne: Gerontologien var næsten uden køn - ofte helt uden skelnen mellem mænd og kvinder, og når der var en skelnen, var det uden refleksion. Og desuden var der meget få præsentationer om demens.

Dette indlæg indeholder nogle refleksioner over udviklingen i samfundet, gerontologien og DGS i de sidste 25 år. Ud over alt det andet, der er sket i samfundet i den periode, så rummer perioden også en historisk ny bølge af forsøgs- og udviklingsprojekter inden for uddannelses-, social- og sundhedssektoren. Før 1980'erne var der ikke megen forsøgs- og udviklingsaktivitet, og den nye bølge har givet mange værdifulde erfaringer og en værdifuld ændringsparathed.

Bjørn Holstein er professor i medicinsk sociologi ved Københavns Universitet.

[Holstein@socmed.ku.dk](mailto:Holstein@socmed.ku.dk)

**Vi skal advokere for styrket kvalitet i forskningen. Og vi skal kunne advokere for styrket kvalitet i praksis under stadig mere pressede politisk-økonomiske vilkår**

## Den tumult, som Ældrekommissionen gav i den ældrepolitiske tænkning, afspejler sig også i forskningen. Også her var der tumult, men i en god og konstruktiv betydning

### Hvordan så DGS ud for 25 år siden?

I 1985 bestod bestyrelsen af 4 læger, 1 tandlæge, 1 demograf og 1 psykolog. I 1990 var der 3 læger, 1 sygeplejerske, 1 ergoterapeut, 2 psykologer, 2 samfundsuddannede. Det var en sprudlende periode med åbenhed og varm velkomst til alle de nye faggrupper - og med lægerne som dem, der inviterede! Det var et ægte tværvideenskabeligt selskab (ikke blot manglevidenskabeligt).

Det var også i disse år, at Gerontologi og Samfund blev en vigtig motor for selskabet, og for gerontologien herhjemme. At DGS var et sprudlende og ægte tværfagligt selskab kan læses ud af tidsskriftets indhold. Figur 1 viser, hvilke artikler der blev trykt i Gerontologi og Samfund i 1985-1986, og man kan se mangfoldigheden, som heldigvis videreføres og udvikles i tidsskriftet i vor tid.

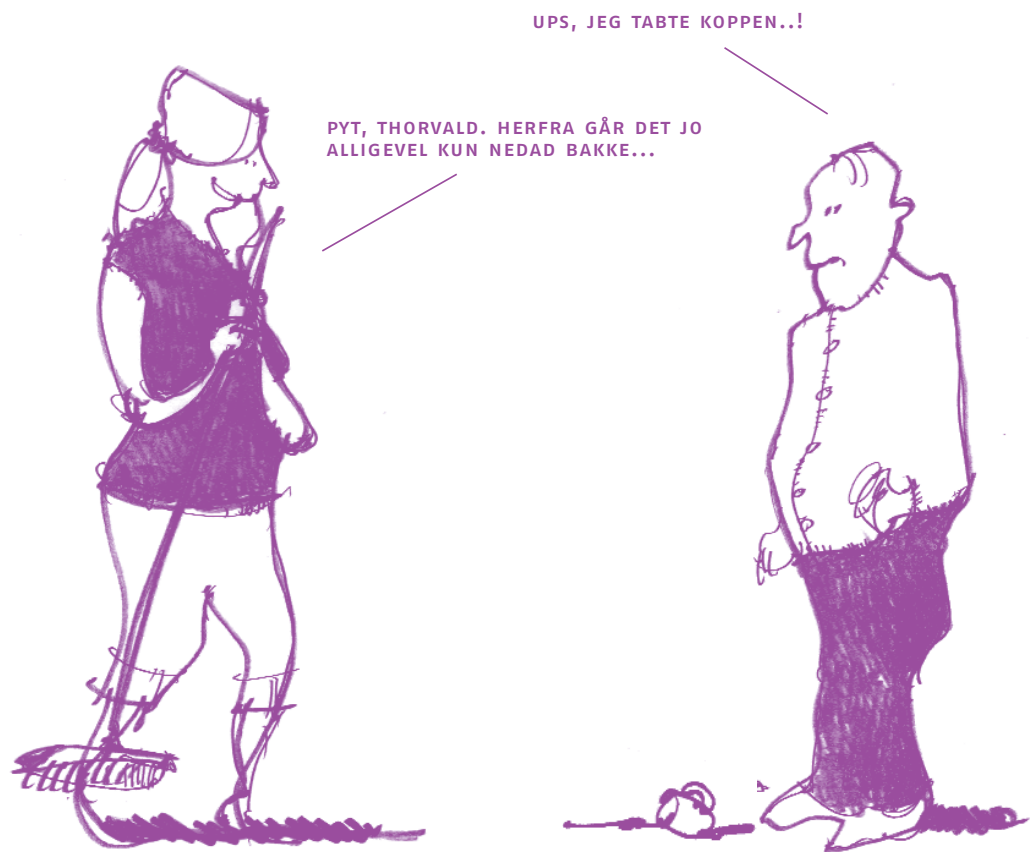
### Hvor er vi så på vej hen i DGS?

De spor, der blev lagt i DGS for 25 år siden bør udvikles og fornyes nok en gang, samtidig med at det bedste vide-

reføres. Vi ser i dag en række nye specialiserede selskaber for personer, der for 25 år siden ville føle sig hjemme i Dansk Gerontologisk Selskab, men som ikke nødvendigvis er medlemmer længere. Et par gode eksempler er specialiserede selskaber for demens og for ældretandpleje.

Det er min opfattelse, at vi som selskab skal være meget omhyggelige med at klargøre den særlige styrke og mission, der er i et tværfagligt gerontologisk selskab. For at fastholde momentet er det vigtigt, at vi fastholder mangfoldigheden i perspektiver, fag og metoder. Vi skal kunne rumme mono- og fler- og tværfaglighed i ét og samme selskab. Vi skal kunne rumme at være både et videnskabeligt selskab og et fagligt selskab.

Vi skal advokere for styrket kvalitet i forskningen. Og vi skal kunne advokere for styrket kvalitet i praksis under stadig mere pressede politisk-økonomiske vilkår. Og så skal selskabet frem for alt stadig være et frirum for alle os tosser med interesse for aldring og gamle mennesker.



<p>Forebyggelse – også i alderdommen</p> <p>Omstilling i hjemmeplejen</p> <p>Plejhjem i krise eller udvikling</p> <p>Brugerindflydelse i ældreomsorgen</p> <p>Historien om nedlæggelsen af et plejhjem</p> <p>Kollektiv hjemmehjælp</p> <p>Geriatrici</p> <p>Pensionistforberedelse</p> <p>Fremtidens ældrebefolkning</p> <p>Livets vendepunkt – regnes det fra fødsel eller død?</p> <p>Identitet</p> <p>Ensomhed</p> <p>Efterløn og delpension</p> <p>Lære for livet – hele livet</p> <p>Plejhjemsbeboeres økonomi</p> <p>Mad på en ny måde</p> <p>Beretning fra et bofællesskab</p>	<p>Længst muligt i eget hjem – hvilket hjem?</p> <p>Seniorgårde, socialpolitik og landsbymiljø</p> <p>Alderdomsforsørgelse i 100 år</p> <p>Demens – et ufuldstændigt puslespil</p> <p>Reparationsalderen – helsekostindustriens påfund</p> <p>Urinincontinens – psykosociale aspekter</p> <p>Demensudvikling og livsforløb</p> <p>Urininkontinens</p> <p>Pensionsdebatten</p> <p>Forberedelse af tilbagetrækning</p> <p>Har vi indflydelse på vores levetid?</p> <p>En levetid på 100 år</p> <p>At blive forstået rigtigt</p> <p>Nye veje inden for gerontopsykologien</p> <p>Psykofarmakologisk behandling ved demens: behandling eller mishandling</p>
--	--

FIGUR 1 Artiklerne i Gerontologi og Samfund 1985 og 1986