

Gerontologien – før – nu – og i fremtiden

Af Annette Johannesen

Jeg er blevet opfordret til at gøre mig tanker om de bevægelser, jeg har set gennemstrømme det gerontologiske felt fra mit arbejdsliv med udvikling af aktiverende omsorg.

Vi taler om en periode på 50 år og det er ret utroligt så anderledes vilkårene var for syge mennesker – og herunder mange med høj alder – i forhold til nu. Det er faktisk opløftende at erkende, hvorledes det har kunnet lade sig gøre at vende indsatsen nærmest 180 grader rundt. Denne omstillingsproces og de fremsynede ideologier har gjort Danmark kendt på verdenskortet for vores velfærdsmodel og ældreomsorg. År ud og år ind kommer besøgende fra udlandet for at lære af vores tilgang til aldring og se vores vifte af hjemmebaserede og aktivitetsfremmende tilbud ved funktionsevnetab.

Jeg begyndte at læse til ergoterapeut i 1969 og havde ufaglært arbejde fra statshospital og plejehjem med mig i bagagen. Dengang tilbragte psykiatriske patienter – herunder også flere som må have haft demens – år ud og år ind på store statshospitaler hvor de levede et institutionsliv bag lås og slå uden andet personligt, end hvad der kunne ligge i et sengebord.

Svært fysisk syge mennesker blev flyttet på plejehjem, hvor de også kun havde seng og sengebord - og lomme penge. De kunne sidde dagen lang i kørestol (måske med sele og et sengebord så de ikke kunne rejse sig) hvis de da ikke var sengeliggende. Det betød tryksår og kontrakturer og indsatsen lød på *kontrakturprofylakse*, hvor deres led blev bevæget passivt igennem eller *venderegime*, hvor de blev vendt fra side til side efter skema for at aflaste tryksår.

At blive syg som gammel kunne i værste fald indebære et institutionsliv, hvor man var fjernet fra vanlige gøremål, selvbestemmelse og roller i livet. Der var gode grunde til at grue for at blive gammel.

I den periode hvor jeg har været med er de store institutioner nedlagt og beboerne er flytter ud i mindre boliger og fællesskaber med støtte. Lange sengelejer blev bandlyst og erstattet af mobilisering og træning og kommunerne fik større ansvar for fremme af borgernes sundhed og for vedligehold af færdigheder. Der er nedlagt senge på hospitalerne og i stedet har kommunerne opbygget systemer som døgn- og akuthjemmepleje, rehabilitering og sundhedscentre med kvalificeret forebyggelse, og behandling.

Normalisering

Med ideologier som "Normalisering" omkring livet med handicap og med Bistandsloven fra 1976 som var baseret på solidaritetsprincip med tanke på at hjælpe, så sygdom og sociale begivenheder ikke måtte komme til at betyde væsentlige forringelser af hidtidige levevilkår. Hjælpen baseredes på skøn og på grundige udredninger af hver enkelt persons særlige situation og med loven fulgte en lang række muligheder for at hjælpe helt skræddersyet den enkeltes liv.

Min første ansættelse som ergoterapeut i Lyngby Tårnbæk Kommune var opgaven at tage på hjemmebesøg for at bevilge hjælpemidler og boligændringer. Vi udlånte en lang række hjælpemidler til at klare de daglige gøremål og vi fik sat større ombygninger af huse og lejligheder i gang – nye køkkener, badeværelser og adgangsforhold inkl. elevatorer. Filosofien var at mennesker med handicap skulle kunne fortsætte deres hidtidige liv på trods af svigtende helbred.

Aktivitet blev en ny trend

”Senilitetsspiralen” var en skræmmemodell for en ond cirkel hvor et passivt, stillestående liv uden aktivitet og sociale kontakter kunne medføre, at man risikerede at gå i stå fysisk og psykisk for til sidst at blive hjælpeløs og ”senil”.

Kommunerne etablerede i perioden og med loven i hånd adskillige dagcentre med alverdens former for beskæftigelse undervisning og terapi og de støttede pensionisternes klubarbejde. Dertil kom som en naturlig del at de kunne tilbyde gratis kørsel for de, som ville deltage.

Fra institution til eget hjem

Den næste af de store forandringer kom i kølvandet på den første ældrekommisjons (1980-82) nye principper om at flytte hjælp og pleje ud i borgernes eget miljø for at styrke selvbestemmelse og kontinuitet og at gøre hjælpen styrkende, så ældre mennesker kunne bruge deres egne ressourcer.

Målet var at borgere på trods af handicap kunne leve så nær det normale og i sædvanlige omgivelser. ”Længst muligt i eget hjem ” blev et slogan som lå til grund for de nye bestræbelser på at sikre kontinuitet og selvbestemmelse. Man opbyggede hjemmepleje og andre ydelser som kom ud i hjemmene.

Det gjaldt om at styrke mennesker med handicap til at bruge deres egne ressourcer. Derfor skulle hjælpen gives i form af hjælp til selvhjælp, og man tænkte i træning for personer med handicap. Der blev ansat kommunale ergoterapeuter og fysioterapeuter, som skulle varetage træning, hjælpemiddelformidling og boligændringer med det mål, at borgerne kunne blive så længe som muligt i eget hjem. I de daværende amter etableredes store hjælpemiddelcentraler hvor borgere og personale kunne se og afprøve de nyeste hjælpemidler.

Kommunal træning nytter – også for de svageste ældre mennesker

Sidst i 1980'erne sattes en stor pulje penge af til social udvikling. De såkaldte SUM midler der forvaltedes af Socialministeriet. Det betød en vækst i mange nye former for initiativer – og samtidig støtte til evalueringer af samme.

Dagtræningstilbud var blevet populært i kommunerne. I 1990-92 var jeg - efter at have sat sådanne tilbud i gang i Gladsaxe og i Faaborg kommuner - med til at dokumentere, at tilbud om ergoterapeutisk og fysioterapeutisk træning af de svageste ældre mennesker i kommunalt regi kan øge selvhjulpethed og livskvalitet samt aflaste og udvikle hjemmepleje og måske også forbrug af sygehus. I dag er der lovgivning om, at kommunerne skal tilbyde rehabilitering

Udvikling af demensomsorg

1989 blev sygdommen senil demens for første gang herhjemme omfattende beskrevet af en ekspertgruppe (bestående især af læger og psykologer) og et interessantpanel på en konsensuskonference ved navn "Senilitet (senil-demens)". Formålet var at "befolkning, behandlere og politikere tildelte patienter med senil demens større opmærksomhed, således at behandling af og forskning i denne sygdom får den plads, som dens alvor og omfang berettiger til."

I starten af 1990 satte Socialministeriets SUM midler undersøgelser i gang om hvilke initiativer som havde vist tegn på at gavne mennesker med demens.

Det er 30 år siden!

I dag er omsorgen for mennesker med demens blevet udviklet, så det betragtes som en specialstopgave at tage sig kyndigt af mennesker med demens.

I kommunerne og gennem frivillige organisationer findes nu en lang række specialtilbud fra de første spæde tegn på mulig demens, over information og støtte når diagnosen er stillet og med kommunale demenskoordinatorer som støtter undervejs i forløbet.

Systemeksport af vores ældreomsorgsmodel

De nye principper for tilrettelæggelsen af ældreplejen fra 1980'erne er blevet til en salgsvare i forhold til udlandet. Det erfarede jeg, det år jeg arbejdede i Japan som dansk ekspert på demens- og ældreområdet.

Andre lande imponeres over, at vi gennem skatten finansierer gratis behandling, pleje, træning og uddannelse. Man fremhæver, at gamle mennesker i Danmark ser ud til at være glade, aktive og friske og med høj grad af selvbestemmelse. Selv de, som bor på plejehjem har hele lejligheder med egne møbler og de kan i princippet gøre, hvad de vil.

Det anses også som attraktivt, at ældre mennesker ikke er afhængige af børnene – men man tænker samtidigt, at det må være ensomt at sidde alene i egen bolig til det sidste.

Mine ønsker for det fremadrettede: sæt den erhvervede viden i omdrejning

Jeg ser at de kommunale budgetter er trængte hvad angår indsats for at fremme aktivitet og socialt samvær og i dag er mange opgaver overgivet til frivillige og til private udbydere. Jeg kunne ønske mig en koordinering af den kommunale ekspertise og de frivillige, private initiativer, så de mange erfaringer som er opnået gennem forskellige projekter kan blive omsat til handling.

Vi ved for eksempel at gamle mennesker som er svækkede, har brug for støtte til at komme ud og til at få sociale kontakter. Vi ved også, at god modtagelse ved indflytning på plejehjem kan give større tilfredshed og samarbejde med pårørende og at det kan give bedre fællesskab og mere aktivitet i plejeboliger, hvis personalet sætter tid af til sociale samværsgrupper blandt beboerne.

Vi ved også, at psykosociale interventioner ved demens (for eksempel kognitiv stimulationsterapi, CST) kan vedligeholde kognitive færdigheder og give bedre sprog og velbefindende.

Skønne år – spændende arbejde