

Tenna Jensen er Ph.d. i historie og ansat som post.doc. på Københavns Universitet ved SAXO-Instituttet. Hun arbejder på projektet *Mad til ældre i Danmark i det. 20. og 21. århundrede*. Projektet er en del af Københavns Universitets stjerneprogram CALM (counter-acting age related loss of skeletal muscle mass).

FRA FORFALD TIL FORBEDRING

Ændrede opfattelser af ældres sundhed i Danmark i det 20. århundrede

Artiklen sætter gennem en analyse af københavnsk ældrepolitik fokus på, hvornår og hvorfor opfattelsen af ældres sundhed ændrede sig fra et upåvirkeligt forfald til den nutidige sundhedsopfattelse, hvor de ældres kroppe er en påvirkelig størrelse, der kan bedres og vedligeholdes ved hjælp af kost og motion. Artiklen søger gennem en analyse af ældrepolitiske diskussioner i Københavns Kommunes Borgerrepræsentation, i perioden 1892 til 1964, at datere ændringen i sundhedsopfattelsen med det formål at bidrage med ny viden om udviklingen af sundhedsopfattelser i Danmark, samt at klarlægge oprindelsen og rammerne for den nuværende ældrepolitiske kurs.



I dag bliver den stadigt voksende aldrende befolkning set som en af den vestlige verdens største samfundsøkonomiske udfordringer. Det stigende antal ældre gør det ifølge FN nødvendigt at skabe samfund med fokus på ”...*older persons and development; advancing health and well-being into old age; and ensuring enabling and supportive environments.*”¹ I Danmark har den samfundsmæssige

1 Report of the Second World Assembly on Ageing Madrid, 8–12 April 2002 på http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/CONF.197/9 d. 19/11 2013.

betydning af at forbedre de ældres sundhedstilstand været et af de mest centrale emner i de nationale politiske diskussioner om velfærdsstatens udfordringer og fremtid siden 1980'erne. Aldringsforskeren Henning Kirk har i sine studier af lægelige aldringsopfattelser i 1800-tallets Danmark vist, at troen på at ældres sundhedstilstand kan forbedres ikke altid har eksisteret. I 1800-tallet opfattede lægestanden, ifølge Kirk, de ældres fysiske og mentale sundhedstilstand som værende i et uafvendeligt forfald, som allerhøjest kunne forsinkes gennem et roligt levned.²

Denne artikel sætter gennem en analyse af københavnsk ældrepolitik i perioden 1892 til 1964 fokus på, hvornår og hvorfor opfattelsen af ældres sundhed ændrede sig fra et ufravigeligt forfald til den nutidige sundhedsopfattelse, hvor de ældres kroppe er en påvirkelig størrelse, der kan bedres og vedligeholdes blandt andet ved hjælp af kost og motion. Artiklen søger gennem en analyse af ældrepolitiske diskussioner i Københavns Kommunes Borgerrepræsentation, i perioden 1892 til 1964, at datere ændringen i sundhedsopfattelsen med det formål at bidrage med ny viden om udviklingen af sundhedsopfattelser i Danmark, samt at klarlægge oprindelsen og rammerne for den nuværende ældrepolitiske kurs.

Artiklens centrale argument er, at forståelsen af ældres sundhed ændrede sig i 1950'erne og blev udmøntet i det ældrepolitiske begreb *længst muligt i eget hjem* i tiårets slutning.³ Tanken om *længst muligt i eget hjem* spejler således afslutningen på et skift i de samfundsmæssige opfattelser af ældres sundhed, der har været bestemmende for alle senere sundhedsfremmende ældrepolitiske initiativer i Danmark.⁴

Materiale og metode

Analysen er baseret på de trykte udgaver af de københavnske borgerrepræsentationsforhandlinger fra 1891-1964. Perioden dækker tiden fra den første lov om Alderdomsunderstøttelse fra 1891 til 1964, da *længst muligt i eget hjem* var blevet det almindelige udgangspunkt for kommunale ældrepolitiske initiativer. Baggrunden for at udvælge kommunale kilder er, at det nu som tidligere er kommunerne, der har ansvaret for at udforme praktiske foranstaltninger for borgerne, herunder de ældre, på baggrund af de statslige love. Søren Kolstrup har netop beskrevet, hvordan kommunernes reformer af praksis på en række velfærdsstatslige

2 Kirk, Henning 1995, s. 228-229.

3 Petersen, Jørn Henrik 2008, s. 165.

4 *Længst muligt i eget hjem* er i de senere år blevet afløst af *længst muligt i eget liv*. Begge har karakter af politiske hensigtsytringer, der begge spejler den danske ældrepolitik's mål. *Længst muligt i eget hjem* er således ikke én politik men er at forstå som en konkretisering af den forståelsesramme, der i sidste halvdel af det 20. århundrede definerede målet for de mange enkelte politiske tiltag.

områder, inklusive ældreområdet, har virket som en drivende kraft i udviklingen af den nationale velfærdsstat.⁵ Analysen tager udgangspunkt i den københavnske udvikling af tre årsager. For det første var København ifølge Kolstrup en af de kommuner, hvor de velfærdsstatslige reformer tidligt blev fremtrædende. For det andet har kommunen i kraft af et stort antal ældre borgere vedvarende haft stor interesse i at udvikle ældrepolitikken. For det tredje foregik den toneangivende geriatriske og gerontologiske forskning i perioden i De Gamles By.⁶ København har derfor på flere områder været frontløber på ældreområdet. Den var eksempelvis den første kommune, der introducerede hjemmehjælp (1955).⁷ Det er derfor sandsynligt, at udviklinger i synet på ældre træder tidligt, og tydeligt, igennem netop i København.

Ældre som ord eller begreb optræder ikke i borgerrepræsentationsforhandlingernes registre i den første del af perioden. Derfor er analysen baseret på diskussioner om etablering eller ombygning af kommunale alderdoms- og plejehjem, samt på forskellige politiske/administrative initiativer som eksempelvis udbetaling af alderdomsunderstøttelse/aldersrente og mindsning af betaling for eller indførsel af velfærdsydelser, der direkte eller indirekte var rettet mod de ældre.⁸

Relevant forskning

Internationalt er historisk forskning i opfattelser af ældres sundhed stadig et relativt begrænset felt. De to mest centrale forskere er historikeren Susannah Ottoway og den Foucault-inspirerede sociolog Stephen Katz. Hvor Ottoway arbejder med aldringsopfattelser og ældreomsorg i 1700-tallets England, interesserer Katz sig for de sociale, politiske, organisatoriske og epistemologiske årsager til geriatrisiens og gerontologiens fremkomst i Vesten og disse specialers brug af aktivitet som medicinsk og politisk styringsværktøj.⁹ Lægevidenskabens syn på aldring og alderdom er også i fokus i den danske aldringsforsker Henning Kirks historiske arbejde. I sin afhandling analyserer han således medicinske kategoriseringer af alderdom, og dermed også tidens lægelige opfattelser af ældres sundhed som,

5 Kolstrup, Søren 1996, s. 65.

6 http://www.denstoredanske.dk/index.php?title=Dansk_Biografisk_Leksikon/Sundhed/L%C3%A6ge/Torben_Geill. d. 12/5 2014.

7 Københavns Kommunes trykte Borgerrepræsentationsforhandlinger, herefter BF 1954–55, s. 1860–79.

8 Med de ældre menes her den del af befolkningen, der på et givent tidspunkt af lokalpolitikkerne blev betragtet som værende ældre. Den lokalpolitiske definition af ældre var gennem århundredet bestemt af hvilke aldersgrupper, der kunne modtage aldersbetinget understøttelse eller andre offentlige ydelser. Disse aldersgrænser har vekslet over tid, og det er derfor umuligt at lave én aldersmæssig afgrænsning af de ældre i tiden 1891–2013.

9 Ottoway, Susanna 2007; Ottoway, Susanna 1998; Katz, Stephen 2000; Katz, Stephen 1996.

ifølge ham, i udstrakt grad ligestillede alderdom med ufravigelig svækkelse og forfald.¹⁰

Bortset fra Kirks arbejde har den danske historiske forskning i ældre særligt været fokuseret på udviklingen af de offentlige velfærdsydelse i det 20. århundrede. Harald Jørgensen arbejdede både med fattigdoms og alderdomsforsorgens udvikling i det 19. og 20. århundrede. Sidstnævnte stod særligt centralt i hans bog om Almindeligt Hospital.¹¹ Nete Wingender har undersøgt skøns- og retspraksisser i danske kommuners tildeling og udbetaling af alderdomsunderstøttelse i perioden 1891-1922.¹² Søren Kolstrup har i sit arbejde om velfærdsstatens udvikling behandlet socialdemokratiets betydning som drivkraft i det kommunale velfærdsarbejde, herunder også på ældreområdet. Endelig har Jørn Henrik Petersen i en lang række værker arbejdet indgående med baggrunden for samt udviklinger indenfor de monetære velfærdsydelse til ældre siden 1891.¹³ Petersens historiske forskning i ældre omfatter også analyser af hjemmehjælpens udvikling i Danmark, hvori han kort kommer ind på fremkomsten af *længst muligt i eget hjem*, som han daterer til 1958.¹⁴ På grund af Petersens fokus forbliver *længst muligt i eget hjem* og de forestillinger om ældres sundhed og ønsker det spejler, dog et udfoldet element i hans gennemgang af de statslige diskussioner om hjemmehjælpens samfundsøkonomiske værdi.

Siden 1980 er der derudover blevet foretaget en mængde humanistisk og samfundsvidenskabelig forskning i ældres nutidige sundhed og livsvilkår i Danmark. I 1990'erne dannede først Gerontologisk Institut og senere Videnscenter på Ældreområdet rammen om en række humanistiske og samfundsvidenskabelige studier om ældres liv og livsvilkår.¹⁵ Interessen for humanistisk og samfundsmæssig viden om ældre er ikke blevet mindre siden.¹⁶ For tiden forskes der blandt andet

10 Kirk, Henning 1995, s.244-45.

11 Jørgensen, Harald 1940; Jørgensen, Harald 1969.

12 Wingender, Nete Balslev 1994.

13 Kolstrup, Søren 1996; Petersen, Jørn Henrik 2008a; Dansk Velfærdshistorie bd. 1-4. om alderdomsforsørgelse og ældrepolitik.

14 Petersen, Jørn Henrik 2008, s. 165

15 Videnscentrets virke beskrives i notatet, *Beskrivelse af Videnscenter på Ældreområdet og Gerontologisk Institut*, Metropol 2010. Centret udgav blandt andet *Viden om aldring* 2006; *Aldring og ældrebilleder* - 1998; *Gerontologi - livet som gammel* 2007. Også SFI udgav har siden 1970'erne udgivet en række rapporter om ældres livsvilkår eks. Olsen, Henning 1973; Platz, Merete 1981; Platz, Merete 1987; Platz, Merete 1992.

16 Jf. eksempelvis projektet *Velfærd for ældre - holdning og handling*, Center for Velfærdsforskning, Syddansk Universitet.

på Center for Sund Aldring og CALM projektet i en række kulturanalytiske samt historiske problemstillinger om ældres liv og sundhed.¹⁷

Alderdomshjemmene oprettes

Den 9. april 1891 blev *Lov om Alderdomsunderstøttelse til værdige trængende udenfor Fattigvæsenet vedtaget*. I lovens paragraf § 1 blev det slået fast, at

*”Den, der efter at have fyldt sit 60de Aar bliver ude af Stand til at forskaaffe sig selv eller dem, overfor hvem der paahviler ham fuld Forsørgelsespligt, det fornødne til Underhold eller til Kur og Pleje i Sygdomstilfælde, skal, for saa vidt han har Indfødsret, efter de nedenfor angivne Bestemmelser være berettiget til at erholde Alderdomsunderstøttelse.”*¹⁸

Dermed påtog den danske stat sig for første gang ansvaret for at understøtte de værdige ældre borgere, der ikke kunne forsørge sig selv, uden at de derved mistede deres borgerrettigheder.¹⁹ Ansvaret for administrationen af loven blev placeret hos kommunerne. Den 1. januar 1892 trådte loven i kraft i hele landet og dermed også i Københavns kommune, hvor Magistratens 3. afdeling fik ansvaret for dens forvaltning. Alderdomsunderstøttelsesloven anerkendte, at der var en del af de værdigt trængende fattige, der ikke længere var arbejdsdygtige, og som det derfor ikke nyttede at udsætte for fattighusenes arbejdsfremmende indretning.²⁰ De gamle, der var svage nok til indlæggelse, skulle nu anbringes på særlige kommunale alderdomshjem, der *”...skulle frembyde nogle Fortrin frem for Stiftelser...”*.²¹ De havde til formål at sikre en passende pleje af de ældre.²² Dermed fik kommunerne pålagt et ansvar overfor de svageste fattige gamles boligforhold og pleje.

Netop fordi kommunens plejeforpligtelser var begrænset til de indlagte i alderdomshjem og hospitaler, er det primært i Borgerrepræsentationens diskus-

17 CALM projektet er finansieret af Københavns Universitets 2016 pulje, projektet beskrives nærmere på <http://calm.ku.dk>. Det kulturhistoriske/etnologiske projekt med titlen Mad til ældre i Danmark 1880–2013, som denne artikel er en del af, er et delstudie under CALM projektet. Man kan læse mere om det kulturhistoriske/etnologiske projekt på http://saxo.ku.dk/forskning/postdoc_projekter/madtilaelde/. Center for Sund Aldring beskrives på siden <http://sundaldring.ku.dk/>.

18 Lov om Alderdomsunderstøttelse til værdige trængende udenfor Fattigvæsenet 9/4 1891.

19 Wingender, Nete Balslev 1994, s. 15–26.

20 Jørgensen, Harald skriver i *Fra lemmestiftelse til moderne plejehjem*, at man allerede fra 1871 fra Københavns Kommunes side var begyndt at opdele fattiglemmerne i grupper alt efter hvilken indsats, der passede til den enkelte. Jørgensen, Harald 1969, s. 75–76.

21 BF 1891, s. 443–444.

22 BF 26/10 1891, s. 437–444 *Behandlede sag om oprettelsen af alderdomshjem i Nikolai og Frelserens Arbejdshuse* hvoraf det fremgår at kommunen tilsigtede, at der i de nye hjem *”... vil blive en ret hyggelig bolig for de pågældende.”*



Billedet viser en sygestue på Almindeligt Hospital i 1905.

Fotograf Holger Damgaard 1870–1945. Billedet er fra KB's digitaliserede billedsamling.

sioner om hjemmenes oprettelse og indretning, man i dag kan finde indlæg, der belyser datidens kommunalpolitiske forestillinger om ældres sundhed.²³

Spisestuer og bevægelse 1891

Et af de steder, hvor de lokalpolitiske sundhedsforestillinger i tiden omkring Alderdomsunderstøttelseslovens indførelse kom klart til udtryk, var i debatten om nødvendigheden af at indrette opholdsrum i de nye alderdomshjem, der blev oprettet først i Nikolaj og Frelserens arbejdshuse.²⁴ Der udtalte borgmester for 3. Magistrat H.A. Jacobi:

”For mandfolkeafdelingens vedkommende ville det navnlig have betydning at have særlige Opholdslokaler, ikke så meget for at faa Spisestuer som fordi Mandfolkene ikke have samme Tilbøjelighed som Kvinderne til at tilbringe Dagen ved deres Seng eller Kommode, og mange af dem sætte

²³ De ældre kunne udover alderdomsunderstøttelse og indlæggelse i alderdomshjem også modtage hjælp i form af naturalier eksempelvis mad, tøj eller brænde enten på deres bopæl eller på udleveringssteder. Disse havde kommunen ingen plejeforpligtelser overfor se ex. Ræder, J.G.F. 1894, s. 72–74.

²⁴ Fra 1901 Københavns Alderdomshjem og endelig efter en sammenlægning med nogle af Almindeligt Hospitals bygninger fra 1919 De Gamles By.

Pris paa at kunne ryge en Pibe Tobak, hvilket ikke godt kan tilstedes i Sovværelserne.”

Der var altså en forestilling om at ældre mænd, i modsætning til ældre kvinder, gerne ville have muligheden for at bevæge sig væk fra deres seng. På trods af kvindernes manglende lyst til at bevæge sig, så Jacobi dog også gerne, at der blev brugt penge til en spisestue til kvinderne, ”...for at man kunne faa Lejlighed til at indhente praktisk Erfaring.”²⁵ Debatten viser, at der blandt lokalpolitikere var et ønske om at gøre forholdene så hjemlige, som det var muligt indenfor de gamle arbejdshuses bygningsmæssige rammer. Der var en klar forestilling om, at de ældre, der havnede på de offentlige alderdomshjem, skulle blive der, og deres formål var derfor at sikre de ældre en pleje, der i højere grad end fattiggårdene tilgodeså deres behov.²⁶ Det fremgår, at lokalpolitikere havde forestillinger om, at ældre mænd var mere aktive end kvinderne. Ovenstående viser dog, at kommunen også var åben overfor, at de ældre kvinders vaner måske kunne ændres, hvis deres mulighed for ophold udenfor sengen blev forbedret. Formuleringerne viser, at der fra kommunens side ikke var et ønske om at gennemtvinge ændringer af de ældres eksisterende vaner, så de i højere grad kunne understøtte eller forbedre deres helbred.

Diskussionen om indretningen af opholdsstuerne var det eneste sted, hvor de ældres kropslige vaner eller behov blev nævnt i Borgerrepræsentationen i 1890’erne. Fraværet af overvejelser over de ældres sundhedstilstand og alderdomshjemmenes ansvar overfor samme skyldes formodentlig tidens lægelige forståelse af ældres kropslige og psykiske tilstand, der, ifølge Kirk, i slutningen af 1800-tallet fortsat byggede på forfaldstanken.²⁷ Ud fra denne logik var vedligeholdelse og/eller passende pleje den eneste indsats, der kunne ydes i forhold til de ældre, der blev indlagt i alderdomshjemmene.²⁸

25 Her mente han erfaring med, om kvinderne ville forlade deres senge. BF 1891, s. 443–444.

26 BF 1891, s. 437–444. For at markere en forskel fra tidligere tiders fattigforsorg blev de indlagte i kommunens alderdomshjem benævnt husfæller i stedet lemmer.

27 Eks. Viden om aldring 2006, s. 18; Ottoway, Susannah 2011, s. 338–354.

28 Dette var ikke ensbetydende med, at alle ældre blev opgivet. Mange ældre blev ifølge Signild Vallgård også indlagt i hospitalerne, af disse blev en del formodentlig behandlet med henblik på bedring af deres tilstand. Dog var behandlingen af en del af de ældre på hospitalerne nok også begrænset til pleje, som før 1930’erne i langt højere grad end nu stod centralt i hospitalernes patientbehandling jf. Vallgård, Signild 1999, s.140–141. Yderligere undersøgelser af ældres hospitalisering i starten af det 20. århundrede er dog nødvendige, før der med sikkerhed kan konkluderes noget om, hvordan ældres sundhed blev opfattet og håndteret på danske hospitaler.



Billedet viser pensionister foran etagebyggeri. Fotograf Sven Türck ca. 1897-1954. Billedet er fra KB's digitaliserede billedsamling.

Aldersrenteboliger 1935

Det fremgår af borgerrepræsentationsforhandlingerne, at denne forståelse af ældres sundhedstilstand stadig var bestemmende for de lokalpolitiske ældreforanstaltninger i København i 1930'erne. I en debat i 1935 om bygning af aldersrenteboliger udtalte borgmesteren for Magistratens 3. afdeling, socialdemokraten Viggo Christensen, således,²⁹

*"...men i øvrigt skal det altsaa være smaa Lejligheder af den Beskaffenhed, at de kan tjene til at forlænge den Gamles Tilværelse som selvstændig Familie i saa lang Tid som det overhovedet er muligt, og når dette saa glipper, skal de glide over i de Gamles By og anbringes , efterhaanden som de bliver skrøbeligere, paa Plejeafdelingen og Sygeafdelingen."*³⁰

29 I 1922 skiftede alderdomsunderstøttelsen navn til alderdomsrenten.

30 BF 1934-35, s. 1812

Det viser, at der i 1935 stadig var en lokalpolitisk forestilling om, at ældres tiltagende svaghed var uundgåelig. Selvom forfaldets tempo muligvis kunne sinkes gennem passende livsstil, var det naturligt at indrette den kommunale boligstruktur, så den uundgåelige overgang fra selvstændig bolig til pleje og sygepladser blev så glidende som muligt. Bevidstheden om ældres forfald nødvendiggjorde dermed, at kommunen, for at leve op til de forestillinger om velfærdsstaten, der eksisterede i den socialdemokratisk dominerede Borgerrepræsentation, måtte påtage sig et ansvar for at sikre acceptable livsvilkår for flere forskellige ældregrupper end tidligere.

Kostens rolle

I første halvdel af det 20. århundrede fandt der ikke mere detaljerede diskussioner af de ældres sundhedstilstand sted i Borgerrepræsentationen end i de refererede debatter. Selv i diskussioner om kosten, som ellers allerede ved århundredets begyndelse af både politikere og videnskabsmænd blev opfattet som væsentligt for den menneskelige sundhed, var der ikke nogen udtrykte overvejelser over, hvorvidt de ældres tilstand kunne forbedres ved hjælp af ændret madindtag.³¹ Det var i stedet andre emner, der dominerede de kommunale debatter om kost. Borgerrepræsentationen diskuterede således i 1906 en klagesag over manglende variation i kosten. Sagen var rejst af husfællerne på Almindeligt Hospital. Magistraten skønnede

*”...at det næppe er Madens kvalitet, men snarere den ringe Variation, der klages over, og vil derfor, i Forventning om Efterbevilling, indenfor beskedenne Grænser anstille Forsøg med større Variation af Retterne.”*³²

Denne og andre diskussioner af kost til ældre indlagt i kommunens institutioner og om indkøb af fødevarer i tiden omkring 1900 viser, at både borgere og kommune havde en forståelse af madkvalitet.³³ De viser også, at kvalitetsforståelsen var gastronomisk/råvarebaseret.³⁴ Tidens gryende ernæringsvidenskabelige dis-

31 Jf. eksempelvis de social statistiske undersøgelser af arbejderbefolkningens forbrug fra 1897 og 1909 (kaldet Forbrugsundersøgelserne) komplet liste findes i Jensen, Tenna 2011; Videnskabelige opfattelser af sammenhængen mellem mad og sundhed i starten af det 20. århundrede se eksempelvis Hindhede, Mikkel 1914; Jürgensen, Christian 1921(1888).

32 BF 1906, s. 2454-2455.

33 BF 1910, s. 3061; BF 1915, s. 1973.

34 På nationalt plan finder man først videnskabeligt begrundede aldersspecifikke overvejelser over kostens betydning for alderdomshjemsboeres sundhed i den statslige Kostordning paa Alderdomshjem fra 1936, der dikterede retningslinjerne for passende kost på de danske alderdomshjem. "Kostordning..." 1936, s. 1-2.

kurs syntes dermed ikke at påvirke de kommunale overvejelser over ældreko-
stens kvalitet nævneværdigt. Dette er interessant både i lys af indsatsen overfor
spædbørnsfamilier og i betragtning af, at den arbejdende befolknings kalorieind-
tag havde været omdrejningspunkt for både videnskabelige, politiske og filantro-
piske indsatser siden 1890'erne.³⁵ Det tyder på, at den ernæringsvidenskabelige
forståelse af kaloriers betydning for den fysiske sundhed på daværende tidspunkt
udelukkende bevidst blev overvejet i forbindelse med skabelse eller styrkelse af
nu- eller fremtidig arbejdsevne.³⁶

Tidens syn på aldringsprocessen gjorde dermed efter alt at dømme, at de kø-
benhavnske lokalpolitikere i tiden fra 1892 til udbruddet af Anden Verdenskrig
ikke havde en bevidst forståelse af at ældres sundhedstilstand kunne og burde
forbedres gennem faktorer som eksempelvis kost og bevægelse, som i dag bliver
anset for at have en stor sundhedsmæssig betydning.³⁷ Fraværet af diskussioner
om ældres sundhed viser, at lokalpolitikere havde et anderledes syn ældre end
på yngre befolkningsgrupper, hvor der fra autoriternes side var et udtalt fokus på
at påvirke sundhedsfremmende adfærd gennem vejledning i eksempelvis kalori-
eoptimering og sund kost. Dette er interessant set i lyset af, at de ældre på da-
værende tidspunkt siden 1892 rent politisk og samfundsøkonomisk havde været
etableret som et særligt befolkningssegment. Netop fordi aldringsprocessen blev
set som en forfaldsproces, fokuserede kommunen i stedet i høj grad på at efter-
leve de ældres ønsker og vaner, ligesom man arbejdede på at sikre en så behagelig
overgang imellem de forskellige stadier af forfald som muligt.

Pladsmangel og nye indsigter 1940-1950

I starten af 1940'erne begyndte forståelsen af det kommunale ansvar for de æl-
dres livsvilkår at ændres. I den ændring spillede opfattelserne af ældres sundhed
en væsentlig rolle. Under Anden Verdenskrig var der hovedsageligt fokus på at
afhjælpe virkningerne af varemangel og rationering for de ældre.³⁸ De fleste drøf-

35 For overvejelser over kvaliteten af arbejderes kost se eksempelvis Hindhede, Mikkel 1914; Bjørnum, Maria Valborg & Heiberg, Povl 1913. For overvejelser over spædbørns ernæring se Løkke, Anne 1998, s.285–306. Svend Skaftø Overgaard har i sin afhandling *Fra mad til ernæring, gennem en analyse af Mikkel Hindhedes forståelse af maden og dens egenskaber, belyst ernæringsvidenskabens opfattelser af mad i Danmark i starten af det 20. århundrede*. Overgaard, Svend Skaftø 2008.

36 Dietrich Milles analyserer i "Working Capacity and Calorie Consumption" hvordan sammenkædningen af fysiologisk viden, industriens krav samt politiske og filantropiske tiltag i Tyskland gjorde, at ernæringstiltag i slutningen af det 19. århundrede primært var rettet imod de arbejdende befolkningslag. Milles, Dietrich 1995, s. 75–97

37 Kost og fysisk aktivitet nævnes eksempelvis som to centrale indsatsområder i Regeringens sundhedspolitiske program "Sund hele livet-" 2002, s. 9

38 Jf. BF 1940–1945.

telser om ældre i Borgerrepræsentationen handlede derfor om uddeling af rationeringsmærker og regulering af tilskud. Præmissen for disse tiltag var naturligt nok forestillinger om, at også dårligt stillede ældre skulle komme igennem krigen uden at sulte. Borgerrepræsentationen vedtog eller nedstemte dog altid nødforanstaltningerne uden egentlige debatter. Disse afslører derfor ikke noget om tidens sundhedsforestillinger.

Tankerne om de ældres forfald og om kommunens ansvar var, som det fremgår af de få længere diskussioner fra krigsårene, der omhandlede andre aspekter af ældrepolitikken, uændrede i begyndelsen af 1940'erne. Formålet med ældrepolitikken var stadig at bygge alderdomshjem og aldersrenteboliger til flere ældresegmenter for, som borgmesteren for 3. Magistrat, socialdemokraten Sigvard Munk, udtrykte det i 1942, at "...skaffe vore ældre Medborgere saa lys og lykkelig en Livsaften, som det nu engang er muligt at skaffe dem."³⁹ I løbet af 1940'erne begyndte der dog at ske ændringer i lokalpolitikernes opfattelse af kommunens ansvar overfor de ældre. På trods af at der blev gennemført forbedringer i De Gamles By og vedtaget nye boligbyggerier til ældre, signalerede stigende pladsmangel på hospitaler og plejehjem, at den hidtidige politik ikke kunne fortsætte.⁴⁰ I 1950 måtte Magistraten konstatere, at ældrepolitikken havde bragt en række stadig voksende problemer med sig:

"Med hensyn til plejeforholdene i det hele taget, det antal mennesker, som trænger til pleje – ikke egentligt sygehusophold, men blot pleje, altså ældre medborgere – er tilstandene i øvrigt ved at nærme sig det katastrofale,"

udtalte borgmester Munk i en diskussion af ombygningen af De Gamles By.⁴¹ Tidligere var ventelisterne blevet brugt af de socialdemokratiske borgmestre som legitimering for opførelse af flere institutionspladser.⁴² Efterkrigstidens voksende ventelister viste dog tydeligt, at det ikke længere var realistisk at bygge sig ud af problemerne. Demografiske fremskrivninger forstærkede ifølge borgmester Munk situationens alvor.

"Vi må se i øjnene, at vi i de første 20-30 år vil få en voldsom forøgelse af de ældre aldersklasser sammenlignet med de yngre, og det er klart, at selvom

39 BF 1942-43, s. 135-37.

40 I 1946 blev der foreslået bevilling til tre boligkomplekser for aldersrentenydere BF 1945-46, s. 1505-20 Modernisering af Nørre Hospital, Københavns Plejehjem og De Gamles By diskuteredes i BF 1946-47, s. 1016-51; De Gamles By diskuterer separat i BF 1950-51, s. 1171-72 samt 1951-52, s. 2909-38.

41 Borgmester Munk, BF 1950-51, s. 1171.

42 Eks. BF 1934-35, s. 1811-22.

levealderen er forøget ganske betydeligt, melder alderens svagheder sig hos disse mennesker.”⁴³

Af borgmesterens ord fremgår det, at selvom der var en bevidsthed om at levealderen var forøget, blev alderens svagheder stadig anset for at være uundgåelige, og man måtte derfor påregne, at antallet af svage ældre ville stige. Tidens forståelse af de ældres sundhed gjorde, sammen med den gældende politik og de demografiske fremskrivninger, det dermed, ifølge borgmesteren, tydeligt, at der fremover skulle tænkes anderledes, hvis udviklingen skulle vendes.⁴⁴

Nye muligheder 1952-1956

I 1952 kan der spores ændringer i den politiske opfattelse af de ældres sundhedstilstand og af muligheden for at påvirke den. I en debat om bevilling til istandsættelse af De Gamles By sagde borgmester Munk.

”Selvom man ved videnskabens hjælp har forlænget levetiden med adskillige år, har man vistnok ikke på samme måde kunnet forlænge den tid, hvori folk kan gøre nytte, altså kunne tage de skavanker bort, som følger med alderdommen, så vi må i hvert fald regne med en betydelig tilgang af plejepatienter.”⁴⁵

Det viser, at borgmesterens opfattelse af de ældres sundhedstilstand som en uundgåelig nedadgående spiral var i bevægelse. Både brugen af ”vistnok” samt hans tanke om, at det kunne være gavnligt, hvis alderens skavanker blev fjernet, viser, at forståelsen af ældres sundhedstilstand som en upåvirkelig størrelse ikke længere var stabil.

Magistraten fulgte meget nøje med i udviklingen af den lægevidenskabelige viden om ældre i 1950’erne, og det kom til at påvirke de lokalpolitiske tanker om ældrepolitikens fremtid. Det er ikke underligt, at der i tiden var et tæt forhold mellem den nyeste gerontologiske/geriatrike forskning og den københavnske ældrepolitik. Fra 1936 til 1966 var Torben Geill overlæge i De Gamles By. Geill var en af grundlæggerne af gerontologien og var internationalt førende indenfor forskning i ældres sygdomme.⁴⁶ Han sad i løbet af sin tid som overlæge med i

43 Borgmester Munk BF 1950–51, s. 1172.

44 Socialdemokratiet havde haft flertal i Borgerrepræsentationen siden 1917, og selvom alle partier i århundredets første halvdel var enige om, at de ældre skulle have stadig bedre vilkår, var socialdemokratiet hovedmotor på udviklingen af bolig/institutionspolitikken i perioden.

45 BF 1951–52, s. 2915–2916.

46 http://www.denstoredanske.dk/Dansk_Biografisk_Leksikon/Sundhed/L%C3%A6ge/Torben_Geill d. 19/11 2013.

mange kommunale udvalg og altid i de udvalg, der behandlede ud- og ombygning af De Gamles By. Han var derfor forbindelsesled mellem videnskabens forestillinger om ældres sundhed og de ældrepolitiske overvejelser i København.⁴⁷

De lokalpolitiske opfattelser af ældres sundhed udviklede sig da også i rivende hast i den sidste halvdel af 1950'erne. Således sagde social- senere overborgmester Urban Hansen i en debat om nybygning i De Gamles By i 1956:⁴⁸

”Der er adskillige eksempler på, at gamle, der tidligere har haft et endog meget stort behov for pleje, nu kan færdes og klare sig selv indenfor institutionens rammer. ... Tidligere tiders tilbøjelighed til at holde ældre svagelige i sengen er nu afløst af bestræbelser for at bringe de pågældende oven senge, så vidt muligt til at gå og i det hele taget klare sig selv. Op træningen medfører som regel en såvel fysisk som psykisk bedring, og i realiteten opnår man altså en økonomisk besparelse, idet megen kostbar pleje undgås.”⁴⁹

Den første ændring i sundhedsopfattelsen var således erkendelsen af, at de institutionaliserede ældres sundhedstilstand kunne påvirkes gennem fysisk træning samt, at en sådan påvirkning var til glæde for både for den ældre selv og kommunens økonomi. Både kommunens og de ældres muligheder havde dermed ændret sig. Det betød, at kommunen nu, i stedet for udelukkende at tænke på ”opbevaring” af de ældre, kunne udvikle genoptræningsaktiviteter med det formål at nedtone den vedligeholdende pleje og dermed spare udgifter. Ændringen i forståelsen af genoptræningens virkninger og muligheder indebar, at den tidligere sammenhæng mellem en mere intensiv pleje og øget velfærd blev brudt. Besparelser var ikke længere ensbetydende med en forringelse af de ældres livsvilkår.⁵⁰

Forbedring af hjemmeboende ældre 1956-1958

Allerede i den udvalgsdrøftelse, der blev det umiddelbare resultat af ovenstående debat, kan man spore en videreudvikling af den nye sundhedsopfattelse. Behandlingsudvalgets ordfører, H. C. Seierup, udtalte i orienteringen om udvalgets arbejde:⁵¹

47 Under Geill var De Gamles By et forskningshospital af internationalt format, der tiltrak besøgende i en lind strøm i en grad, så der flere steder i borgerrepræsentationsforhandlingerne nævnes, at det er nødvendigt at begrænse besøgs mængden.

48 Borgmester for Magistratens 3. afdeling fra 1956-62, hvorefter han blev Overborgmester.

49 BF 1956-57, s. 601.

50 BF 1956-57, s. 601.

51 H. C. Seierup var blandt meget andet socialdemokratisk medlem af Borgerrepræsentationen 1954-64.

*”Er det imidlertid rigtigt med genoptræningen i De Gamles By, hvor gennemsnitsalderen på raskafdelingerne oven i købet er meget nær de 80, må det være ligeså rigtigt at påbegynde arbejdet for de yngre aldersgrupper og altså også for de mennesker, der endnu ikke er kommet i De Gamles By.”*⁵²

Da erkendelsen af at de ældres sundhed kunne påvirkes gennem genoptræning, først var blevet introduceret for de københavnske lokalpolitikere, gik det altså hurtigt med at tænke nye typer af ældrepolitiske foranstaltninger i København. Når kroppens forfald kunne påvirkes, kunne kommunen yde en forebyggende indsats overfor de ældre, der endnu ikke var blevet placeret i en af kommunens institutioner.

Den ændrede opfattelse slog endeligt igennem i debatten om udgivelsen af den hustandsomdelte brochure, der endte med at få navnet – *Mange gode år*.⁵³ I Magistratens oplæg lød det således.

*”Alderdommens problemer har tidligere i det væsentligste været behandlet som et spørgsmål om forsørgelse. I de senere år har man i stigende grad beskæftiget sig med andre sider af alderdommens problemer. På det lægelige område er der gjort store fremskridt i behandlingen af sygdomme hos gamle mennesker, og det har vist sig, at mange af de lidelser, som ofte gør alderdommen til en besværlig og pinefuld tilværelse, kan helbredes eller væsentlig bedres.”*⁵⁴

Drøftelsen af brochuren viste dermed, at den nye sundhedsopfattelse var slået igennem i den kommunale ældrepolitik. For det første optrådte begrebet ”sund” adskillige steder i forhandlingerne og i den endelige brochure.⁵⁵ For det andet blev forebyggelse nu af borgmesteren anset for at være ligeså vigtig for de ældres sundhed som folkepensionen, pensionistboliger, dygtige læger, hjemmeplejen og husmoderafløsningen.⁵⁶ Det var primært de medicinske landvindinger, der blev set som årsagen til den ændrede opfattelse af ældres sundhed. Kost og motion blev beskrevet som to af de mest betydningsfulde elementer i den forebyggede indsats over for den enkelte ældre.⁵⁷ Fokuseringen på kost som et middel til sundhedsfremme var i tråd med tidligere tiders forståelse af dens betydning for børns og arbejderes sundhed. Derimod er det tydeligt, at det nye fokus på genop-

52 BF 1956–57, s. 764–65.

53 Brochuren blev sendt til folkepensionister i Københavns Kommune og genudgivet med jævne mellemrum indtil 1971.

54 BF 1957–58 s. 1090–91.

55 BF 1957–58 s. 1090–94.

56 BF 1957–58, s. 1092–94.

57 ”Mange gode år...” 1959, s. 7–11.

træning og bevægelse byggede mere direkte på forsøgene i De Gamles By end på øvrige samfundsmæssige strømninger.⁵⁸

Udgivelsen af brochuren *Mange gode år* viser således, at det kun tog få år, før ændringen i synet på ældres sundhed var slået igennem i Københavns Kommune og havde omformet den kommunale ældrepolitik. De ældres sundhedstilstand var blevet et påvirkeligt fænomen, hvis parametre kunne defineres og italesættes.⁵⁹

Fra forfald til forbedring

Det nye syn på ældres sundhed blev i løbet af få år knyttet sammen med både de eksisterende kommunale initiativer som hjemmeplejen og institutionsbygning og de nye forebyggende aktiviteter med det formål at holde de ældre ude af de kommunale institutioner. I 1963 udtalte borgmesteren for Magistratens 3. afdeling, socialdemokraten Børge H. Jensen, således: *"Det er fortsat et ledende synspunkt i vort arbejde, at de ældre skal forblive i deres hjem længst muligt..."*⁶⁰ Han beskrev videre, at det var kommunens opgave at sørge for, at både den kommunale boligstruktur og de sundhedsplejende tilbud sammen kunne sikre, at de ældre "... vil kunne forblive længere i deres eget hjem, således at indlæggelse i plejehjemmet kan udskydes længst muligt og i mange tilfælde helt vil kunne undgås."⁶¹

Borgmesteren så dermed den nye sundhedsopfattelse som et naturligt og selvfølgelig udgangspunkt for den kommunale ældrepolitiske indsats. Det var ifølge Borgmesteren ikke længere sikkert, at den enkelte ældre fik brug for at blive indlagt i en kommunal institution. Ideen om længst muligt i eget hjem markerer derfor ikke kun ændringen i opfattelsen af de ældres sundhed men i samme eller højere grad internaliseringen af den nye sundhedsopfattelse i Københavns Kommunes ældrepolitik. Dette skift fandt ikke kun sted i København, som Petersen viser, var overgangen til *længst muligt i eget hjem* en national tendens fra 1958.⁶²

Ændringen i opfattelsen af de ældres sundhed betød, at Københavns Kommune kunne uddelegere en del af sundhedsansvaret til de ældre selv. De ældres medansvar for at påvirke sundhedstilstanden ved at spise rigtigt og holde sig i gang betød sammen med genoptræning og hjemmehjælp, at kommunen ikke

58 "Mange gode år..." 1959, s. 21 og 51.

59 De indgik som årsagsforklaringer samt behandlinger i alle brochurens kapitler. Jf. "Mange gode år..." 1959.

60 BF 1963, s. 1153.

61 BF 1963-64, s. 1147.

62 Dette støttes også af Socialministeriets Kostvejledning for alderdomshjem og hjem for kronisk syge fra 1958. Hvori der også står, at det nu i modsætning til tidligere bliver anset for væsentligt, hvor store mængder kalorier de ældre spiser. Kostvejledning 1958, indledning.

havde samme behov for at bygge boliger til alle ældre.⁶³ I stedet blev det kommunens ansvar at hjælpe de ældre til at holde sig i gang og til at spise rigtigt, så de kunne forblive længst muligt i eget hjem. Den nye sundhedsopfattelse gav dermed lokalpolitikere (særligt de socialdemokratiske) en mulighed for at bryde med den hidtidige politiske linje. Der er derfor ingen tvivl om, at skiftet i sundhedsopfattelsen banede vejen for en ældrepolitik, der ændrede dels tanker om kommunens ansvar og initiativer overfor de ældre, dels de ældres medansvar for egen sundhedstilstand. Lokalpolitikere understregede gentagne gange at skiftet var i overensstemmelse med de ældres egne ønsker.⁶⁴ Den nye politik forenede dermed, ifølge politikere, kommunens og de ældres ønsker til fremtidens ældrepolitik.

Fokuseringen på eget ansvar for egen sundhed begrænsede sig ikke til det ældrepolitiske område i tiden efter Anden Verdenskrig. Signild Vallgård viser i *Folkesundhed som politik*, at fokuseringen på livstilsfaktorer også slog igennem som generel tendens i den brede danske sundhedsoplysning i de sidste årtier af det 20. århundrede. Ved en sammenligning med argumentationen i den svenske sundhedsoplysning mener hun at kunne se, at årsagen til denne vægtning var, at man i Danmark fokuserede sin forebyggende indsats på dødelige sygdomme, hvorimod man i Sverige koncentrerede sig om de ikke dødelige.⁶⁵ Dette betød, at livstilsfaktorer som kost og motion (samt misbrug af alkohol og tobak) kom til at spille en afgørende rolle i den danske sundhedsopfattelse. Tendensen til at italesætte individets ansvar for skabelsen af det gode liv gennem kost og motion, som Vallgård identificerer i andre dele af sundhedsoplysningen senere i århundredet, dominerede altså i den Københavnske ældrepolitik fra og med udgivelsen af *Mange gode år* i 1958.

Den nye sundhedsopfattelse og dens politiske udmøntning i slagordet længst muligt i eget hjem viste sig at være robust. For det første fordi den var forenelig med eksisterende sundhedsopfattelser, hvis validitet allerede var anerkendt for andre aldersgruppers vedkommende. For det andet fordi den bidrog til løsning af fælles mål på måder, der talte til både de borgerlige og de socialdemokratiske medlemmer af Borgerrepræsentationen samtidig med, at den var i overensstemmelse med borgernes ønsker. Og for det tredje, fordi timingen var rigtig. Det blev først relevant og muligt at revurdere opfattelsen ældres sundhed, da Københavns Kommune stod overfor et problem, der ikke kunne løses indenfor den eksisterende ældrepolitiks rammer.

63 Planlægningen og byggeriet af nye institutioner fortsatte, fordi det blev bedømt, at der på trods af de nye muligheder fortsat ville være en større søgning til de kommunale institutioner, end der var kapacitet til. Se eksempelvis BF 1962, s. 2518-2522; BF 1963, s. 1143.

64 Eks BF 1963-64, s. 2583-86; BF 1965-66, s. 776-86; 1966-67, s. 904-10.

65 Vallgård, Signild 2003, s. 264-60.5

Konkluderende bemærkninger

Analysen belyser, hvornår, hvordan og hvorfor den politiske opfattelse af ældres sundhed ændrede sig i København i perioden 1892-64 og ikke mindst hvordan skiftet i opfattelsen fra forfald til forbedring ændrede både lokalpolitikernes mulighedsrum, den ældrepolitiske linje og de ældres ansvar overfor egen sundhed.

Ser man på det kronologiske forløb i ændringen af opfattelsen af ældres sundhed er det interessant, at de ældres alder og samfundsmæssige rolle tilsyneladende forsinkede gennemslaget af den medicinske/ernæringsvidenskabelige kropsforståelse, som allerede ved århundredets begyndelse havde gjort sig gældende i opfattelsen af andre aldersgruppers sundhed. Analysen viser, at opfattelsen af, at ældres sundhedstilstand kunne bedres gennem ændringer af livsstil og forebyggelse, først slog igennem i København i sidste halvdel af 1950'erne, da der var opstået enighed i Borgerrepræsentationen om, at den stigende ældrebefolkning udgjorde et politisk og samfundsøkonomisk problem. Dateringen af den nuværende forståelse af ældres sundhed bidrager dermed både med viden om aldersopfattelser i det 20. århundrede og om tidlige aldersafhængige forskydninger i dannelsen af den nuværende sundhedsopfattelse.

Viden om ændringen i opfattelsen af de ældres sundhedstilstand er væsentlig, hvis vi i dag skal kunne forstå og placere den senere ældrepolitik i en historisk og kulturel kontekst. I dag bliver både rammerne for ældrepolitiske tiltag og de ældres sundhedsansvar og hverdagsliv nemlig stadig defineret af forståelsen for at ældres sundhedstilstand ikke bare kan, men skal, forbedres.

Litteratur

- Aldring og ældrebilleder- mennesket i gerontologien 1998. Anne Leonora Blakilde & Christine E. Swane (red.). Munksgaard.
- Beskrivelse af Videnscenter på Ældreområdet og Gerontologisk Institut 2010. Metropol.
- Bjørnum, Maria Valborg & Heiberg, Povl 1913: "Danske arbejderfamiliers Kost i 1897 og 1909". Særtryk af Maanedsskrift for Sundhedspleje. København.
- Dansk Velfærdshistorie bind 1-4 2010-2012. Jørn Henrik Petersen, Klaus Petersen, Niels Finn Christiansen (red.). Syddansk Universitetsforlag.
- Gerontologi – livet som gammel, en tværfaglig lærebog i gerontologi 2007 (2002). Anne Leonora Blakilde & Christine E. Swane (red.). Munksgaard.
- Hindhede, Mikkel 1914: 5te Beretning fra M. Hindhedes Kontor for Ernæringsundersøgelser, 7 Fynske Landhusholdninger mv. København.

- Jensen, Tenna 2011: Fødevarerforbrug i Danmark i det 20. århundrede. Tre perspektiver på fødevarerforbrugets langsigtede udviklinger. Københavns Universitet (upubl.).
- Jürgensen, Christian 1921(1888): De Menneskelige Fødemidlers kemiske Sammensætning. Gyldensdalske Boghandel.
- Jørgensen, Harald 1969: Fra lemmestiftelse til moderne plejehjem. Københavns Kommunes Socialdirektorat.
- Jørgensen, Harald 1940: Studier over det Offentlige Fattigvæsens Historiske Udvikling i Danmark i det 19. Aarhundrede. Nordisk Forlag.
- Katz, Stephen 2000: "BUSY BODIES: Activity, Aging, and the Management of Everyday Life." *Journal of Aging Studies*. Jun. 2000, Vol.14:2, s.135-152.
- Katz Stephen 1996: *Disciplining Old Age. The Formation of Gerontological Knowledge*. The University Press of Virginia.
- Kirk, Henning 1995: Da alderen blev en diagnose. Konstruktionen af kategorien "alderdom" i 1800-tallets lægelitteratur. Munksgaard.
- Kolstrup, Søren 1996: Velfærdsstatens rødder. Fra kommunesocialisme til folkepension. Selskabet til Forskning i Arbejderbevægelsens Historie.
- Kostordning paa Alderdomshjem 1936. Statens Praktisk-sundhedsmæssige Undersøgelser. København.
- Københavns Kommunes trykte Borgerrepræsentationsforhandlinger 1892-1964. København.
- Lov om Alderdomsunderstøttelse til værdige trængende udenfor Fattigvæsenet 9/4 1891
- Længst muligt i eget hjem – den integrerede ordning 1991. Dansk Sygeplejeråd.
- Løkke, Anne 1998: Døden i barndommen. Spædbørnsdødelighed og moderniseringsprocesser i Danmark 1800 til 1920. Gyldendal.
- "Mange gode år..." 1959: Helse.
- Milles, Dietrich 1995: "Working Capacity and Calorie Consumption". Harmke Kamminga & Andrew Cunningham (red.): *The science and culture of nutrition 1840-1940*. Rodopi.
- Olsen, Henning 1973: Ældre på pleje- og alderdomshjem. Socialforskningsinstituttet publikation 57.
- Ottoway, Susannah 1998: "Providing for the elderly in eighteenth-century England." *Continuity and Change*. Volume 13. Hæfte 3, s. 391 – 418.
- Ottoway, Susannah 2007: *The Decline of Life: Old Age in Eighteenth-Century England*. Cambridge University Press.
- Ottoway, Susannah 2011: "Medicine and old age" Mark Jackson (red.): *The Oxford Handbook of the History of Medicine*. Oxford University Press, s. 338-354.
- Overgaard, Svend Skaftø 2008: Fra mad til ernæring. Københavns Universitet (upubl.).

- Petersen, Jørn Henrik 2008a: Velfærd for ældre. Syddansk Universitetsforlag.
- Petersen, Jørn Henrik 2008: Hjemmehjælpens historie. Syddansk Universitetsforlag.
- Platz, Merete 1987: Længst muligt i eget hjem.... Socialforskningsinstituttet publikation 157.
- Platz, Merete 1981: De ældres levevilkår. Socialforskningsinstituttets meddelelse 32.
- Platz, Merete 1992: Kommunernes ældrepolitik: Fra plejehjem til egne hjem. Socialforskningsinstituttet Rapport 92:2.
- Ræder, J.G.F. 1894: Om Alderdomsunderstøttelse. København.
- Sund hele livet– de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10 2002. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Vallgård, Signild 2003: Folkesundhed som politik, Danmark og Sverige fra 1930 til i dag, Magtudredningen, Aarhus Universitetsforlag.
- Vallgård, Signild 1999: Is old age necessarily connected with high hospital admission rates? *Scandinavian journal of Public Health vol. 2, s. 137-142.*
- Viden om aldring – veje til handling* 2006 (1998): Henning Kirk & Marianne Schroll (red.). Munksgaard.
- Wingender, Nete Balslev 1994: *Gammel og fattig, Skøn og ret i den tidlige aldersforsorg 1891-1922.* Jurist og Økonomforbundets Forlag.

Internetsider

- CALM projektet, er finansieret af Københavns Universitets 2016 pulje, det beskrives nærmere på <http://calm.ku.dk>
- Report of the Second World Assembly on Ageing Madrid, 8-12 April 2002
http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/CONF.197/9
- Projektet Mad til ældre i Danmark 1880-2013 kan man læse mere om på http://saxo.ku.dk/forskning/postdoc_projekter/madtilaeldre/.
- Center for Sund Aldring beskrives på siden
Fra forfald til forbedring
Sciencedirect, database <http://www.sciencedirect.com>
- De biografiske informationer i artiklen stammer alle fra
http://www.denstoredanske.dk/Dansk_Biografisk_Leksikon/

English Summary

Through an analysis of Copenhagen's policies towards the elderly the article turns the focus on when and why the perception of the health of the elderly changed from the assumption of irreversible decline to the present-day view of health, in which the bodies of the elderly are entities that can be influenced, improved and

maintained by means of diet and exercise. Through an analysis of discussions of policies towards the elderly in the Copenhagen City Council in the period 1892 to 1964 the article dates the change in the perception of health to the 1950s, and shows how the emergence of the idea 'as long as possible in one's own home' marks an internalization of the present-day view of health in the policies of the Copenhagen City Council, towards the elderly. The new view of health enabled a transfer of responsibility for the health of the elderly from the council to the elderly themselves, and thus changed the goals and ambitions of senior citizen policies. The analysis thus contributes new knowledge about the development of views on health in Denmark, and clarifies the origins of and framework for the present-day course of senior citizen policies.