

Tag ansvaret for dit eget helbred – ældre og kommunal sundhedsfremme

Hvordan matcher kommuners sundhedsfremmende tiltag de ressourcestærke ældre? Et kvalitativt krydscheck set fra begge sider viser, at indsatsen kan blive langt bedre

De nuværende 65-79-årige, og især de kommende ældre i denne aldersgruppe, kendetegnes ved, at de har haft bedre levevilkår og en højere levestandard end tidligere ældregenerationer. En stor andel af de kommende ældre vil derfor være en gruppe af stærke ældre, det vil sige ressourcestærke mennesker, der klarer sig bedre og har et bedre helbred end samme aldersgruppe havde for blot få år siden (Det Strategiske Forskningsråd 2006). Ikke alene er denne gruppe interessant på grund af deres stærkere fysik og klinisk set raskere helbred, men det er sandsynligvis også en gruppe, der har nogle klare holdninger til deres liv og helbred. Det er derfor vigtigt at vide noget om de ressourcestærke, når man skal målrette sundhedsfremme for fremtidens ældre.

Hvem har ansvaret for denne voksende gruppes sundhed? Selvom levevilkårene er betydeligt forbedrede, stiger risikoen for sygdom med alderen – og man regner med, at mange ældre fremover vil leve med kronisk sygdom (Jeune et al. 2006:54).

Efter kommunalreformen i 2007 har kommunerne fået ansvaret for sundhedsfremme og forebyggelse, og der er blevet etableret mange sundhedsfremmende tilbud målrettet ældre (Sundhedsstyrelsen 2007). Der er derfor også stor interesse for at undersøge effekten af disse kommunale initiativer målrettet ældre. Den nyeste undersøgelse fra AKF viser, at den målbare korttidseffekt er svært at spore (Hansen et al. 2010). I dette studie vil jeg ved hjælp af kvali-

tative interview give et lille indblik i to sider af samme sag; nemlig 1) hvordan en gruppe ældre ressourcestærke personer opfatter deres eget helbred og deres udbytte af den kommunale sundhedsfremme, og 2) hvordan særligt udvalgte videnspersoner på området i forskellige kommuner ser på de ældre og de sundhedsfremmetiltag, som de selv er med til at tilbyde. [Note 1]

Metode: to vinkler på emnet

Som den ene halvdel af studiet har jeg interviewet fire ældre i alderen 68-78 år. De ældre er alle socialt engagerede i forskellige fællesskaber, har alle været på arbejdsmarkedet og har et højt funktionsniveau. De er derfor repræsentanter for den type af ressourcestærke ældre, som der formodentlig kommer flere af i fremtiden.

Fra de kommunale sundhedsforvaltninger har jeg talt med fem videnspersoner fra kommunale sundhedsforvaltninger i fire forskellige kommuner; hhv. ledere og forebyggende medarbejdere, for at høre om deres holdninger til og erfaringer med sundhedsfremmetilbud til ældre.

Jeg har undersøgt dette emne med sociologiske briller ved at inddrage den franske idehistoriker Michel Foucaults *governmentality-perspektiv* og teorien herom. Ved *governmentality* forstås en styringsform, hvor styring foregår ved, at styringen rettes mod individets selvstyring (Foucault 1991:79). Det er individet selv, der skal kontrollere og styre sig selv. Sundhedsfremme målrettet

ældre og de ideer, det bygger på, kan i høj grad siges at handle om selvstyring; de ældre skal nemlig selv gøre nogle ting for at passe på deres helbred, eksempelvis spise sundt og dyrke motion (Coveney 1998:464).

De ældres identitet og livsstil

Det har været vigtigt for mig at undersøge, hvad der kendetegner de ressourcestærke ældre og få dem til med deres egne ord at fortælle, hvordan de lever, og hvad de mener.

De ældre interviewpersoner fortæller, at de har mange aktiviteter i deres dagligdag. En aktiv livsstil er for dem noget, der vælges til, og det betyder meget at have dagen fyldt med et værdifuldt indhold. Som en 78-årig kvinde fortæller: *Jeg skal helst lave noget – prøv at spørge min mand!*

Derfor er de ressourcestærke ældre aktive mange steder, i foreninger, forskellige klubber og idrætsfællesskaber.

De ældre interviewpersoner har alle været aktive i deres arbejdsliv. Derfor er de vant til at have et kollegialt netværk, at have ansvar for nogle opgaver og at være engageret i forskellige sammenhænge. Gøremål, der indeholder disse aspekter, fylder derfor noget i de ressourcestærke ældres pensionisttilværelse. De nyder at agere, som de har gjort på arbejdsmarkedet, dog med den forskel, at aktiviteterne nu er frivillige og drevet alene af lyst. De ældre interviewpersoner oplever, at de lever et meget mere aktivt pensionistliv på deres egne præmisser, end deres for-

Både de ældre og de kommunale interviewpersonerne lægger vægt på, at kommunal sundhedsfremme til de svageste ældre er godt og nødvendigt, det er bare ikke helt klart, hvordan opgaven bedst varetages



ældre gjorde, da de var i deres alder. De har også et bedre helbred, end deres forældre havde, da de gik på pension; de er ikke så nedslidte og mere mobile. En anden betydelig forskel på de ældre interviewpersoner og de tidligere ældre-generationer er, at de oplever deres eget liv som mere frit – både fysisk og mentalt. De interviewede gør de ting, de vil, og de opfatter ikke sig selv som gamle og affældige. En 73-årig mand forklarer aldersopfattelsen på denne måde: *I dag, spekulerer mange af os sikkert ikke, i vores dagligdag over alderen. Du agerer jo bare der, hvor du er, ik?*

Det at agere og gøre de ting, man selv vil, har betydning for de interviewede ældre, eksempelvis nyder de at tage på rejser. For at rejse er de ældre nødt til at have et økonomisk råderum samt være mobile. Dermed har både helbredet og økonomien stor betydning for, om de er i stand til at leve det pensionistliv, de ønsker. De ældre interviewpersoner fortæller selv, at de er bedre stillet økonomisk end deres forældres generation var. Deres økonomiske råderum understøtter deres frie og aktive livsstil, og de er opsat på at bruge deres penge på at nyde livet.

Sundhedsvaner og normer

De ældre interviewpersoner mener alle, at det i høj grad er den enkeltes eget ansvar at passe på sit helbred. En 68-årig mand siger: *Jeg synes, man skal tage ansvar for sig selv altså. Det er ikke mere end rimeligt, man skal ikke bede andre om det - havde jeg nær sagt.*

De ældre har derfor en klar holdning om, at individet selv aktivt kan gøre noget for at passe på og bevare sit helbred, og at man har et ansvar for at forsøge at gøre det. To af de ældre interviewpersoner oplever eksempelvis, at der er en gruppe af ældre, som ikke

formår at holde sig aktive, men i stedet falder hen, fordi de ikke har lyst til at dyrke motion eller ikke kan overkomme at engagere sig i andre mennesker. Det opleves, at denne gruppe af ældre ikke forsøger at tage det nødvendige ansvar, og de interviewede, ressourcestærke ældre distancerer sig fra denne gruppe. De har nemlig selv taget ansvar for deres egen sundhed. De bidrager dermed til at skabe en bestemt norm om, at ældre mennesker selv skal tage initiativ til at gøre noget for at passe på deres helbred og styre eget liv, og ved at fremhæve dem, der ikke gør det, og distancere sig fra dem, fremstiller de interviewede sig selv som "korrekte" ældre mennesker, der lever op til normerne.

Helbredet er det vigtigste for de interviewede ældre. De spiser varieret kost, dyrker og holder sig aktive både ved at bruge hovedet og ved at have bestemte gøremål i hverdagen. En 73-årig mand siger om et godt helbred:

Et godt helbred i almindelige vendinger, så er det nok et, hvor du har en god fysisk form, sådan set. Sørger for at holde dig nogenlunde fit for fight. Sørge for at leve sådan rimelig fornuftigt.

De interviewede ældre har altså et klart billede af, hvilken livsstil der repræsenterer et "godt helbred".

Tre af de ældre interviewpersoner har en kronisk sygdom, som påvirker deres liv i større eller mindre grad, men de ønsker generelt ikke at beklage sig over eventuelle skavanker. De ældre interviewpersoner opfatter sig selv som raske og aktive ældre. Den kroniske sygdom har ikke betydning i forhold til deres opfattelse af sig selv, da de fortsat formår at gøre de ting, de vil, og dermed styrer de selv deres liv.

To af de ældre interviewpersoner fortæller undskyldende i interviewene, at de ikke har gået så mange ture, som de gerne ville, på grund af det kolde vejr i vinter. Denne motionsdisciplin og dår-

Forfatteren har i sit speciale fra Folkesundhedsvidenskab udført et kvalitativt studie af to grupper; hhv. fire ressourcestærke ældre og en lille gruppe kommunalt ansatte med særlig viden og erfaring inden for sundhedsfremmeområdet. Et krydscheck af opfattelser af sundhed, aktivitet og sundhedsfremmetilbud hos de to grupper viser, at kommunernes tilbud om sundhedsfremme bør målrettes bedre mod de svageste ældre, mens de ressourcestærke ældre foretrækker – og formår – selv at aktivere og dyrke egen sundhed både mentalt, fysisk og ernæringsmæssigt.

Helle Stentoft er cand.scient.san. publ og ph.d.-studerende ved Projektet for psykiatrisk rehabilitering, Psykiatrisk Center Ballerup

helle.stentoft@regionh.dk

lige samvittighed afspejler for det første, at der er en særlig aktivitetsnorm, og for det andet, at de to interviewede er bevidste om, at de ikke har levet op til denne norm.

De ældre interviewpersoner har meget forskellige begrundelser for deres daglige motion. En af dem er meget bevist om, at hun dyrker motion for sit eget helbreds skyld og ikke på grund af det sociale. For en af de andre interviewpersoner er det i stedet de sociale aspekter samt samværet med ægtefællen, der er vigtigt i den daglige motion. Her handler motionen altså i højere grad om velvære, lyst og hygge. Overordnet må man sige, at de interviewede ældre opfatter sig som sunde og raske, selv med en kronisk sygdom.

Kommunens sundhedsfremmende rolle

De kommunale interviewpersoner oplever, at der i samfundet er en stærk individfokusering i ansvaret for sundhed – hvor et dårligt helbred betragtes som menneskets egen skyld. I kommunerne er der dog også en holdning om, at både individ, men også samfund – i dette tilfælde kommunen – har et ansvar for individets sundhed.

For de interviewede kommunalfolk handler kommunal sundhedsfremme om, at kommunen både har en forpligtelse til at hjælpe alle ældre mennesker til at blive sunde, og en opgave i at sikre alle ældre en høj livskvalitet.

Forpligtelsen handler om, at kommunerne skal hjælpe de ældre til, at den periode af deres liv, hvor de har behov for hjælp fra det offentlige, eksempelvis hjemmehjælp, bliver så kort som mulig. Kommunernes sundhedsfremmende aktiviteter tager afsæt i det brede sundhedsbegreb (Kamper-Jørgensen & Jensen 2010:36), hvor både sundhedsmæssige og sociale faktorer har en betydning for, hvordan sundhed opfattes. Her er levevilkår og livskvalitet lige så vigtige som sund livsstil og fravær af sygdom. De kommunale interviewpersoner giver udtryk for at mene, at de ressourcestærke ældre er meget opsøgende i forhold til de muligheder, der er, også i kommunalt regi. De mener også, at ældre i dag er bevidste om, hvad de har lyst til at deltage i, hvorimod tidligere

ældregenerationer var mere famlende.

Flere af de kommunale interviewpersoner ser det som kommunens opgave at give alle ældre viden om sundhed og oplysning om, hvilke muligheder de har for at leve sundt. I kommunerne oplever man, at medarbejdernes rolle i forhold til viden ændrer sig i takt med, at der kommer flere ressourcestærke ældre. Den nye type ældre kræver, at kommunerne omstiller sig og følger med informationsudviklingen i resten af samfundet. Der bliver derfor stillet høje krav til vidensniveauet hos de kommunale medarbejdere. En af de kommunale ansatte fortæller:

Hvor vi ligesom før kunne tage en snak om, hvordan er dit liv og din sundhed og sådan noget... der skal vi virkelig være opdateret med viden (...). Nu bliver vi stillet meget op imod, hvad der bliver sagt alle mulige andre vegne.

De ældre er kritiske over for viden fra kommunen, fordi de selv ved meget om sundhed. De ældre opsøger desuden selv i stor stil information og har derfor et mere specialiseret behov for viden fra kommunale medarbejdere.

Overordnet set mener de ældre interviewpersoner, det er godt, at kommunen varetager sin sundhedsfremmende rolle ved at tilbyde aktiviteter og videnformidling, og at sådanne aktiviteter vil være til gavn for nogle ældre. De fortæller dog, at de ikke selv deltager i de kommunale sundhedsfremmende aktiviteter. De ressourcestærke ældre mener nemlig, at de selv kan opsøge den information, som de ønsker, og de aktiviteter, som de har lyst til at deltage i. De interviewede ældre peger på, at det er en gruppe af svage ældre uden viden om eller ressourcer til at være sund, der har behov for kommunens initiativer. Med andre ord mener de ressourcestærke ældre, at kommunens tilbud ikke henvender sig til dem selv og deres livsstil. Med denne indsigt kunne man med rette stille spørgsmålet, om det ikke vil være mere hensigtsmæssigt at målrette kommunernes sundhedsfremmende aktiviteter mod de svageste ældregrupper?



Fremtiden for kommunal sundhedsfremme til ældre

Det er ikke alle ældre, der lever op til normerne om at tage ansvar og have en sund og aktiv livsstil. Begge grupper af interviewpersoner taler om en kategori af ældre, der skiller sig ud, både med hensyn til dårligere livsførelse og ved at have et dårligere helbred, end de stærke ældre har. Denne svage gruppe af ældre er meget differentieret og indeholder blandt andre misbrugerne og alkoholikerne, det vil sige, den indeholder de socialt og økonomisk dårligst stillede mennesker i samfundet.

Både de ældre og de kommunale interviewpersonerne lægger vægt på, at kommunal sundhedsfremme til de svageste ældre er godt og nødvendigt, det er bare ikke helt klart, hvordan opgaven bedst varetages. I en af kommunerne har man opsøgende tilbud, mens andre kommuner har svært ved at håndtere den sundhedsfremmende rolle over for gruppen af de svageste ældre, fordi denne indeholder personer, der af den ene eller anden grund ikke passer ind i de aktiviteter, kommunerne har i øjeblikket. En kommunal leder siger:

Men de [svageste ældre] er jo næsten ikke til at samle i en gruppe, fordi de har en meget speciel adfærd. Jeg ved faktisk heller ikke, hvordan man gør. Så er der jo alle alkoholikerne, der ved jeg heller ikke. Dem har vi heller ikke noget tilbud til altså inden for fritidslivet (...) Men kan du forestille dig sådan tre alkoholikere sammen med alle de der

De ældre interviewpersoner fortæller, at de har mange aktiviteter i deres dagligdag. En aktiv livsstil er for dem noget, der vælges til, og det betyder meget at have dagen fyldt med et værdifuldt indhold



MODELFOTOS: ANNE LEOT DRA BLAAKILDE

nydelige damer? De [alkoholikerne] splitter jo alt ad.

Dette citat sætter problematikken omkring kommunal sundhedsfremme til ældre på spidsen. De interviewede ressourcestærke ældre mener ikke selv at have behov for kommunens sundhedsfremme, men kommunerne har ikke noget konkret tilbud til de svageste grupper af ældre; netop dem med behov for hjælp til et sundere liv.

I fremtidens ældregruppe vil hovedparten bestå af ressourcestærke ældre, mens en mindre del vil være dårligere stillet (Bjerre et al. 2008). Den nærmeste fremtid bringer økonomisk lavvande til kommunerne og en holdning i samfundet om, at sundhedsfremme ikke er værd at prioritere politisk og økonomisk. [Note 2].

Tidspunktet er derfor nu oplagt til, at kommunerne stopper op og overvejer deres sundhedsfremmende initiativer til ældre. Det er for det første nødvendigt, at kommunerne tilrettelægger deres sundhedsfremmende aktiviteter på bedst mulig vis og målretter aktiviteterne bedre efter de ældres forskellige behov. Kommunerne er i denne sammenhæng nødt til at have mere viden om, hvad der medfører en sundhedseffekt og derfor er rentabelt at prioritere, samt hvilke behov de ældre i den enkelte kommune har. Differentieringen i den kommende ældregruppe åbner også op for en overvejelse om, hvilke ældre kommunerne

skal satse på at gøre sundere i disse økonomisk trængte tider. Her vil jeg med baggrund i mit studie argumentere for, at kommunerne i fremtiden skal have en faglig ballast og en vilje til at tilrettelægge sundhedsfremmende initiativer til de svageste ældre; dem der virkelig har brug for kommunal sundhedsfremme.

Note 1

Artiklen bygger på forfatterens kandidatspeciale ved Institut for Folkesundhedsvidenskab: *Tag ansvaret for dit eget helbred – Ældre og kommunal sundhedsfremme i et governmentality-perspektiv*.

Note 2

Regeringen har eksempelvis nedprioriteret de forebyggende hjemmebesøg; ved besøgenes indførsel i 1995 var der tale om et tilbud med to årlige besøg. Som en del af regeringens afbureaukratiseringsplan skal kommunerne fra årsskiftet 2010 kun tilbyde et årligt besøg (Finansministeriet 2009).

Referencer

- Bjerre, Anders et alia (2008). *De unge ældre år 2020*. København: : Institut for Fremtidssforskning. (Medlemsrapport nr. 4). Fremtidssforskning. (Medlemsrapport nr. 4).
- Coveney, John (1998). The government and ethics of health promotion: the importance of Michel Foucault. *Health Education Research*, vol. 13 part 3, pp. 459-468.
- Det Strategiske Forskningsråd (2006). *Det aldrende samfund 2030 – Rapport fra styregruppen for det strategiske fremsyn om det aldrende samfund 2030*. København: Forskningsstyrelsen.

Finansministeriet 2009. *Aftaler om Finansloven for 2010 – November 2009*. København: Finansministeriet. Pp. 93-100.

Foucault, Michel (1991). Question of method; Governmentality. I: Burchell G. Gordon C. & Miller P. 1991. *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. Chicago: The University of Chicago Press. 73-86, 87-104.

Hansen, Eigil B, Jessen Anna & Jørgensen Thea S (2010). *Effekter af en sundhedsfremmende indsats i tre kommuner – En Sammenligning af indsatserne i Assens, Greve og Hjørring Kommuner*. København: Anvendt KommunalForskning.

Jeune, Bernard et alia (2006). Sundhed og funktionsevne i det aldrende samfund år 2030. I: *Det Strategiske Forskningsråd. Det aldrende samfund 2030 – Rapport fra styregruppen for strategiske fremsyn om det aldrende samfund 2030*. København: Forskningsstyrelsen. Pp. 50-78.

Kamper Jørgensen, Finn og Jensen Bjarne Bruun (2010). Forebyggelsesbegreber og sundhedsbegreber. I: Kamper-Jørgensen Finn, Almind Gert & Jensen Bjarne Bruun. *Forebyggende sundhedsarbejde*. København: Munksgaard Danmark. Pp 21-42.

Stentoft, Helle 2010. *Tag ansvaret for dit eget helbred – Ældre og kommunal sundhedsfremme i et governmentality-perspektiv*. Upubl. speciale fra Institut for Folkesundhedsvidenskab. Københavns Universitet.

Sundhedsstyrelsen (2007). *Ældres sundhed – forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne*. København: Sundhedsstyrelsen.