

ANNE MARIE BECK, BIRGITTE HØJLUND, LOUISE SCHEEL THOMASEN (RED.)

at skabe gode dage

Hverdagsliv i
et gerontologisk
perspektiv



at skabe gode dage

At skabe gode dage

Hverdagsliv i et gerontologisk perspektiv

1. udgave

© Dansk Gerontologisk Selskab, 2016

Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse

Redaktør

Louise Scheel Thomasen

Redaktionsgruppe

Anne Marie Beck, Birgitte Højlund
& Louise Scheel Thomasen

Baggrundsgruppe

Bitten Salomonsen, Dorthe Jørgensen,
Grethe Thing & Kirsten Korsgaard

Omslag og grafisk tilrettelæggelse

Bjørn Rasmussen Grafik

Tryk

Toptryk Grafisk, Gråsten

Trykt ISBN: 978-87-981407-1-9

Elektronisk ISBN: 978-87-981407-7-1

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på institutioner
eller virksomheder, der har indgået aftale med
Copydan Tekst & Node, og kun inden for de rammer,
der er nævnt i aftalen.

at skabe gode dage

Hverdagsliv i
et gerontologisk
perspektiv

Anne Marie Beck, Birgitte Højlund, Louise Scheel Thomasen (red.)

Dansk Gerontologisk Selskab

Indhold

Forord	side 7
Af Jette Thuesen	
Indledning	side 8
Af Anne Marie Beck, Birgitte Højlund og Louise Scheel Thomasen	
1 Hverdagslivet – en livsvigtig opgave	side 13
Af Ole Mygind, Jette Bangshaab og Knud Ramian	
2 Isoleret i eget hjem – fanget i egen krop	side 23
Af Jens Kofod	
3 Er ensomhed skæbne ved høj alder?	side 31
Af Karen Pallesgaard Munk, Michael Smærup og Kristian Frausing Hansen	
4 Den utilregnelige krop At leve med sygdom og svækkelse i alderdommen	side 39
Af Louise Scheel Thomasen	
5 Døden i et hverdagsperspektiv	side 47
Af Mette Raunkjær	
6 Et aktivt sexliv hele livet	side 55
Af Maj-Britt Joost	
7 Ældreliv og udeliv	side 63
Af Lise Nevstrup Andersen	
8 Uden mad og drikke...	side 73
Af Anne Marie Beck	
9 Reminiscens Samvær og livskvalitet i demensomsorgen	side 83
Af Anders Møller Jensen, Susanne Bollerup Overgaard og Agnete Amlund Rasmussen	
10 At mødes gennem musikken Nærvær og kommunikation med personer med demens	side 93
Af Aase Marie Ottesen	
11 Livsorienterede samtaler støtter mennesker i forandringsprocesser	side 103
Af Joan Lythe Andersen og Rikke Gregersen	
12 Dilemmaer i omsorgen for mennesker med demens	side 113
Af Pia Østergaard	
13 Den rehabiliterende tilgang: Kulturændring i plejeboliger	side 121
Af Knud Erik Jensen, Jan Sau Johansen og Ole Mygind	
14 De små skridts vej til bedre hverdage på plejecentret En introduktion til Forandringscirklen	side 129
Af Emma Winther og Birgitte Højlund	

Forord

Det er en stor glæde at præsentere bogen *At skabe gode dage. Hverdagsliv i et gerontologisk perspektiv*.

Ideen blev født for fem år siden i Dansk Gerontologisk Selskabs bestyrelse. Ambitionen var på det tidspunkt at præsentere viden om aldring, gerontologisk viden, på en tilgængelig måde – både for de faggrupper, der indgår i svækkede ældre menneskers hverdag og for en bredere offentlighed. Bogen lever til fulde op til ambitionen.

I bogen er hverdagslivet omdrejningspunktet. Kapitlerne kredser på forskellige måder om hverdagslivets betingelser og vilkår. Nogle kapitler handler om, hvordan svækkede ældre mennesker håndterer disse vilkår, og andre handler om, hvordan fagpersoner kan støtte svækkede ældre mennesker i deres bestræbelser på at skabe gode dage.

En fagbog, der har hverdagslivet som omdrejningspunkt, er ret unik i en dansk sammenhæng. Hverdagslivet nyder ikke den store opmærksomhed i faglitteraturen. Måske skyldes det, at hverdagslivet ses som det ordinære, det rutineprægede, det upåagtede. Men et fokus på hverdagslivet giver os også et indblik i, når hverdagens rytmer og rutiner udfordres, som tilfældet ofte er hos svækkede ældre mennesker. Og dermed er det et væsentligt fokus i en tid, hvor interessen for subjektive perspektiver er stigende i social- og sundhedsfaglig praksis.

Også i gerontologisk forskning er det relativt nyt at beskæftige sig med svækkede ældre menneskers hverdagsliv. De første skridt til en dansk forskning i ældre menneskers hverdagsliv

blev taget i slutningen af 80'erne og op gennem 90'erne, hvor et kulturgerontologisk forskningsmiljø voksede frem i Danmark omkring daværende Gerontologisk Institut. Senere flyttede de statslige støttekroner andre steder hen, og forskningen blev spredt for alle vinde. Den forskning og videnproduktion, der ligger til grund for nærværende bog, er resultatet af de spor, der blev lagt dengang og ikke mindst af ihærdige enkeltpersoner, der vedholdende har fastholdt interessen for ældre menneskers hverdagsliv samt fonde, der har støttet op om interessen.

Det er vores håb i Dansk Gerontologisk Selskab, at bogen må blive til gavn og glæde både hos undervisere og fagpersoner, der tager del i svækkede ældre menneskers hverdagsliv, hos alle os andre, som på anden måde gør det, og hos de personer, de gode dage skabes med og for. Endelig er det vores håb, at bogen må bidrage til at styrke interessen for det ordinære, det rutineprægede, det upåagtede – og for hvordan vi kan støtte, når det udfordres.

En række personer og organisationer skal takkes: Først og fremmest tak til redaktionsgruppen, uden hvis utrættelige indsats bogen aldrig var blevet til noget. Tak til forfatterne for de mange gode bidrag og til bogens baggrundsgruppe, bestående af repræsentanter fra social- og sundhedsskoler, som har bidraget til at sikre bogens relevans. Tak til VEGA-netværket, som har bidraget til en god del af kapitlerne. Vi er glade for samarbejdet med jer. Og sidst, men ikke mindst, tak til Helsefonden, som troede på og støttede projektet.

God læselyst!

Jette Thuesen

Næstformand i Dansk Gerontologisk Selskab

At skabe gode dage

Med denne antologi sætter Dansk Gerontologisk Selskab fokus på hverdagslivet for ældre mennesker, som det leves, udfordres og skabes i samspil med fagpersoner. Den er henvendt til studerende og undervisere på social- og sundhedsfaglige uddannelser såvel som andre, der har interesse for hverdagsliv i et gerontologisk perspektiv. En række forfattere fra forskning og praksis har bidraget med kapitler, der belyser forskellige aspekter af hverdagslivet. Fælles for flere af dem er ældre menneskers ønske om og bestræbelser på at leve et godt liv med gode dage, hver dag, også når man har brug for hjælp til at skabe dem.

Hverdagen er som oftest ikke noget, vi lægger mærke til. Den udgøres af alle rutinerne, gentagelserne og de små, upåagtede handlinger. Den er omsluttet af en selvfølgelighed, som gør, at vi tager den for givet (Bech-Jørgensen, 1994; Löfgren & Ehn, 2009).

Samtidig er hverdagen blevet tildelt en særlig opmærksomhed i de senere år. Man kan rehabilitere hverdagen og genoptræne sig til den. Vi lever længere, og livet som ældre er i stigende grad genstand for politisk opmærksomhed, med fokus på mulighederne for at vedligeholde, genoptræne og rehabilitere.

Mange ældre mennesker er i høj grad i stand til at klare sig selv og skabe gode liv uden hjælp. De fleste får dog også i kortere eller længere perioder brug for hjælp til at klare de daglige gøremål. Men hvordan leves hverdagen som ældre, når sygdom og svækkelse udfordrer opfattelsen af, hvem man er, og hvad man er i stand til? Og hvordan kan man som fagperson bidrage til at skabe

gode dage sammen med ældre mennesker, der er afhængige af hjælp for at få hverdagen til at fungere? Det handler denne antologi om.

Forståelser af hverdagsliv

Den østrigske sociolog Alfred Schutz betragtes som en af de første, der i nyere tid har beskæftiget sig videnskabeligt med hverdagslivet. Han arbejdede ud fra et fænomenologisk perspektiv, hvilket betyder, at han tog udgangspunkt i menneskers egne erfaringer af verden.

Schutz lægger vægt på, at hverdagen er en intersubjektiv virkelighed – dvs. vi har en fælles, 'common-sense'-forståelse af, hvad der foregår i hverdagen – også selv om vi tolker virkeligheden forskelligt. Hverdagens virkelighed er organiseret omkring et HER (den foregår et bestemt sted) – og et NU (den foregår i et bestemt tidsrum). Hverdagen er tidsmæssigt og rumligt struktureret, og denne strukturering skal koordineres med andre menneskers strukturering af deres hverdag (Schutz, 2005). Hverdagslivet har altså både en subjektiv og erfaret dimension, ligesom den foregår inden for nogle særlige rammer, som har indflydelse på, hvordan livet udfoldes. Med dette blik kan vi se på fx et plejecenter som en særlig ramme omkring hverdagslivet. Den fysiske indretning indbyder til særlige måder at leve og bo på med andre mennesker, og hverdagens gang struktureres af plejens organisering og personalets rutiner og vaner.

Den danske sociolog Birthe Bech-Jørgensen beskriver hverdagslivet som dynamisk – det er på én gang det samme og dog lidt forskelligt hver

dag. Det bliver til gennem de måder, vi håndterer vores livsbetingelser på (Bech-Jørgensen, 1994). En forståelse af hverdagsliv for ældre mennesker handler altså både om at søge indsigt i, hvordan han eller hun selv oplever, forstår og skaber mening i dagligdagen, og om at forstå, hvordan de rammer, hverdagen udspiller sig i, påvirker den.

Hverdagen er tæt knyttet til vores oplevelse af, hvem vi er, uanset alder. De vaner og rutiner og små og store begivenheder, vi lever med hver dag, er en fast bestanddel af vores liv. Bech-Jørgensen beskriver vores hverdagsaktiviteter som henholdsvis upåagtede, strategiske og symbolske aktiviteter. Ved sygdom sker der ofte det, at de upåagtede aktiviteter skifter status og bliver strategiske eller symbolske. Vi lægger som regel først for alvor mærke til hverdagens vaner, når selvfølgeligheden brydes, når vi midlertidigt, eller måske slet ikke mere, er i stand til at opretholde de kendte rutiner. Når man gennem et langt liv fx har været vant til selv at kunne handle ind og holde hus og en dag ikke længere er i stand til det, skifter hverdagens aktiviteter ofte betydning. De små, selvfølgelige, ja måske endda trivielle rutiner, kræver pludselig en særlig indsats, og værdien af dem ændres.

De fagpersoner, man modtager hjælp fra, bliver en del af tilværelsen. Ud over at tage vare på, at krop, helbred og funktionsevne holdes ved lige, og om muligt forbedres, er en af de primære opgaver, når man arbejder med ældre mennesker, at bidrage til at skabe et godt hverdagsliv. Jo større viden og indsigt, man som fagperson har i det upåagtede, strategiske og levede hverdagsliv, jo større er chancen for, at denne opgave lykkes.

Introduktion til bogens kapitler

Hensigten med bogen er ikke at give en udtømmende oversigt over hverdagslivet aspekter, hvis dette overhovedet er muligt, men at give indsigt i udvalgte emner og inspirere til yderligere fordybelse.

Antologien er bygget op, så kapitlerne kan læses i sammenhæng eller hver for sig. Efter hvert kapitel følger forslag til videre læsning, som man kan anvende til at gå mere i dybden med det konkrete emne.

Første kapitel af Ole Mygind, Jette Bangshaab og Knud Ramian præsenterer centrale begreber i VEGA-netværkets arbejde med hverdagsliv og en social aldringsmodel baseret på et livsløbsspektiv. Kapitlet skaber afsæt for refleksioner over hverdagens indhold og forløb og tilbyder konkrete redskaber til at analysere hverdagsliv.

Jens Kofod fokuserer i sit kapitel på de vilkår, en svækket krop udgør for deltagelse i et socialt liv. Med udgangspunkt i fortællingen om Maryanne viser han, hvordan det sociale liv langsomt dør ud, og ensomhed bliver et vilkår. Kapitlet viser også, hvordan hjemmet ændrer status, når det bliver til en arbejdsplads.

Ensomhed er et hovedtema i næste kapitel af Karen Pallesgaard Munk, Michael Smærup og Kristian Frausing Hansen. De tager fat på en udbredt myte om ensomhed som en fast følgesvend i alderdommen. Kapitlet undersøger og differentierer ensomhedsbegrebet og holder det op imod, hvad man kunne kalde alderdommens 'grundvilkår': Den korte livstid, tab af nære og kære, tab af 'livsvidner', tab af social identitet og evt. tab af fysisk autonomi.

Louise Scheel Thomasens kapitel handler om ældre menneskers erfaringer med at leve med en syg og svækket krop. I arbejdet med at skabe gode dage med svækkede ældre mennesker må der tages højde for hverdagens omskiftelighed, kroppens utilregnelighed, og at aldring i alderdommen er en proces med store udsving og forandringer, der kan gøre det svært for nogle at honorere krav om kontrol over krop og helbred.

I Mette Raunkiærs kapitel handler det om at være døende hjemme, set fra både ældre, syge menneskers perspektiv såvel som deres pårørende. Det viser, hvordan hjem og relationer ændrer karakter,

når hjemmet bliver ramme både for en døendes hverdag, hvor pårørende hjælper til, og samtidig er arbejdsplads for det personale, der også bliver en del af hverdagen.

Næste kapitel handler om et ofte forsømt område, der kan være skyld i konflikter og forringet livskvalitet, nemlig ældre menneskers seksualitet. Maj-Britt Joost beskriver konkrete redskaber til at tage hånd om seksuelle problemstillinger med særligt fokus på, hvordan man kan hjælpe mennesker med kognitiv svækkelse, fx en demenssygdom, til at bevare et aktivt sexliv.

Det følgende kapitel af Lise Nevstrup Andersen sætter fokus på udeliv og design af udearealer ved ældreboliger og institutioner. Naturen har en positiv indvirkning på fysisk og mental sundhed, og forfatteren argumenterer for, at det bør være en del af den faglige opgave at bidrage til, at ældre mennesker kan bevare et aktivt udeliv på egne præmisser.

Anne Marie Becks kapitel handler om betydningen af tilstrækkeligt mad og drikke for ældre menneskers velbefindende og funktionsevne. Der er bl.a. fokus på tidlig opsporing og på, hvordan arbejdet med måltid og ernæring kan tænkes ind i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser.

Næste kapitel af Anders Møller Jensen, Susanne Bollerup Overgaard og Agnete Amlund Rasmussen drejer sig om reminiscens som socialfaglig tilgang. Kapitlet beskriver en omsorgspraksis baseret på reminiscens med udgangspunkt i praksis på plejecentre og en case fra Den Gamle By i Aarhus, der har indrettet en særlig erindringslejlighed.

Dernæst viser Aase Marie Ottesen i sit kapitel, hvordan omsorgsgivere ved at anvende sang, musik og musiske elementer kan forbedre deres

kommunikation, relation og samværsform med personer med demens samt forebygge vanskelige pleje- og omsorgssituationer.

Joan Lythje Andersen og Rikke Gregersen præsenterer ”den livsorienterede samtale”, en metode til at støtte forandringsprocesser, der kan være svære at håndtere. Forfatterne fokuserer på, hvordan fagpersoner kan hjælpe ældre mennesker med at forholde sig aktivt til situationen og udvikle nye kompetencer til at leve en meningsfuld hverdag.

Pia Østergaard diskuterer i sit kapitel centrale problematikker vedrørende værdighed, magtændelse og omsorgspligt i omsorgen for mennesker med demens. Kapitler handler også om meningsfuld kommunikation og meningsfuldhed som pædagogisk princip som centrale elementer i mødet med ældre mennesker med demens.

Knud Erik Jensen, Jan Sau Johansen og Ole Mygind diskuterer begreberne rehabilitering og hverdagsrehabilitering og fremhæver i denne sammenhæng en rehabiliterende tilgang i plejeboliger som en mere inkluderende tilgang. Baseret på en vidensopsamling fra et netværkssamarbejde mellem medarbejdere og ledere i plejeboliger præsenteres erfaringer fra praksis.

Antologiens sidste kapitel af Emma Winther og Birgitte Højlund handler også om at skabe forandringer i faglige tilgange i plejeboliger. Forfatterne fokuserer på, hvordan man kan arbejde systematisk med at få et solidt fagligt fokus på den gode hverdag i plejeboligen ved hjælp af Gennembrudsmetoden.

Anne Marie Beck, Birgitte Højlund
og Louise Scheel Thomasen

Referencer

Bech-Jørgensen, B (1994). *Når hver dag bliver hverdag*. København: Akademisk Forlag.

Löfgren, O & Ehn, B (2009): Routines made and Unmade. I Shove, E, Trentmann, F & Wilk, R. *Time, Consumption and Everyday Life. Practice, Materiality and Culture*. Oxford: Berg Publishers, s. 99-112.

Schutz, A (2005). *Hverdagslivets sociologi: En tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag.

Hverdagslivet – en livsvigtig opgave

Kapitlet præsenterer en forståelse af ældre, sårbare menneskers hverdagsliv baseret på VEGA-netværkets arbejde. Når hverdagslivet involverer personlig og praktisk hjælp, er det essentielt, at fagpersonalet har en forståelse for og er i stand til at understøtte gode og meningsfulde dage for det enkelte ældre menneske.

Der præsenteres en model for social aldring set i et livsløbsperspektiv, som kan anvendes analytisk til at forstå, hvilke forhold der kan skabe såvel positive som negative udfordringer for ældre mennesker i hverdagen. Modellen omfatter livets løbebaner, køreplaner, endestationer og hverdagens forskellige stunder.

Endvidere gennemgås modellen “hverdagsviften/dagens gang”, et dialogredskab til beskrivelse og analyse af tidens forløb og de forskellige stunders betydning på en almindelig dag. I den sammenhæng præciseres det, at hverdagen også indeholder ude-, aften- og natteliv og tre begreber: dagens orden, tidens fylde og det daglige råderum.

Kapitlet kan skabe afsæt for refleksioner over hverdagens indhold og forløb og tilbyder konkrete redskaber til at analysere hverdagsliv med henblik på at skabe gode, meningsfulde dage for ældre mennesker.

Ole Mygind

Ergoterapeut, MA i rehabilitering, diplomuddannelse i ergoterapi.
Projektchef på MarselisborgCentret.
Deltaget i VEGA-netværket siden 2000.

Jette Bangshaab

Fysioterapeut, diplom pæd., cand.scient.soc. Lektor og programleder ved
University College Nordjylland.

Knud Ramian

Cand. psych. Seniorskonsulent på DEFACTUM, en del af Koncern Kvalitet i Region Midtjylland.
Deltaget i VEGA-netværket siden starten i 1996.

Hverdagsliv som teoretisk begreb

Hverdagslivet har let ved at forsvinde fra vores bevidsthed. Det fremstår selvfølgeligt og til tider banalt – til trods for, at det er selve rygraden i vores livsførelse. Hverdagslivet består af aktiviteter, handlinger, følelser, tanker, værdier og normer og er derfor centrale elementer i et menneskes liv, fra man er barn, til man bliver ung, voksen og sidenhen i livet bliver en gammel voksen. Begrebet hverdagsliv er så at sige et billede på helheden i det daglige liv (Nielsen, 2003). At bidrage til at understøtte et hverdagsliv, der tager afsæt i at bevare de elementer, der hidtil har været væsentlige for den enkelte voksne ældre, og således bidrage til de gode dage i gamle voksnes liv, anser vi som en særdeles vigtig opgave at varetage i ældreplejen (VEGA-netværket, 2012).

For at kunne bidrage til det gode hverdagsliv er viden om og forståelse for hverdagslivet som begreb væsentligt. I dette kapitel har vi derfor valgt at sætte fokus på at beskrive, synliggøre og forstå hverdagslivet blandt gamle voksne. Dette med henblik på at skabe et fundament for professionel viden og bevidsthed om hverdagslivet – en viden og bevidsthed, der kan sikre, at der i den social- og sundhedsfaglige indsats er fokus på at være medskabere af det gode hverdagsliv for gamle voksne. Med dette afsæt kan der bidrages til et godt liv ud fra fru Jensens perspektiv og en forståelse af, at gode hverdage og liv i hverdagen er en af ældreplejens "livs-vigtige" opgaver (Ramian et al., 2012).

VEGA er et videnskabeligt netværk om gamle voksnes hverdagsliv. VEGA fremmer praksisrelevant gerontologisk viden ved at styrke videnskabelige aktiviteter tæt på praksis.

VEGA-netværket (Ramian et al., 2012) har udviklet begreber til forståelse af hverdagslivet, og i dette kapitel fremstiller vi de begreber om hverdagslivet, som er udviklet på baggrund af dette arbejde. Begreberne kan anvendes i den daglige praksis i samarbejdet med gamle voksne og bidrage med brugbare forståelser og metoder

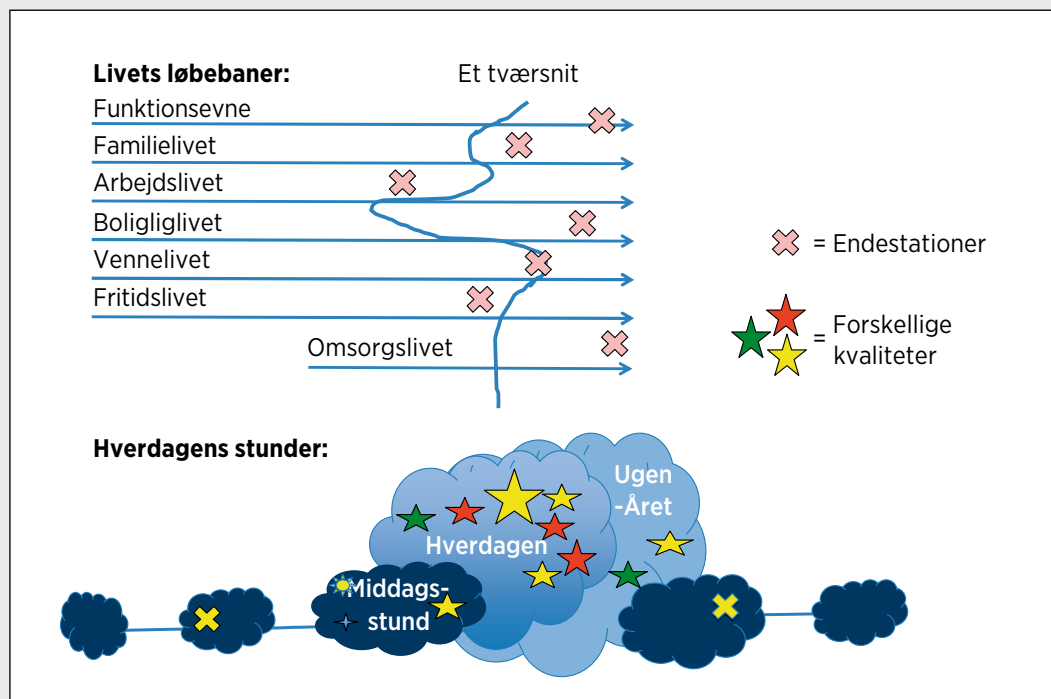
til at fokusere på den enkeltes hverdage og kan bidrage til at give svar på det vigtige spørgsmål: *Hvad er en god dag for dette menneske?* (VEGA-netværket, 2012).

Social aldringmodel

Social aldring er en af flere modeller, der beskriver og forstår aldring som en del af et helt livsløb (Bengtson et al., 2002); og at anvende ordet aldring understreger aldringsprocesserne hos mennesker fra fødsel til død – aldring er så at sige en rejse i tiden. Den sociale aldringsmodel kan anvendes til at analysere og beskrive mønstre i gamle voksnes hverdage og i den enkeltes livsløb (Elbrønd, 2011) med henblik på at synliggøre hverdagslivet og dets betydning. I den sociale aldringsmodel opereres der med begreberne: *livets løbebaner, køreplaner og endestationer* (Ramian, 2008). Modellen præsenteres i figur 1.

Livets løbebaner

Løbebaner er spor, eller forløb, i et menneskes livsløb, og tilsammen udgør de livsløbet. En løbebane skal forstås som en sammenhængende række af begivenheder, der forløber over år på udvalgte områder af tilværelsen. Vi kan eksempelvis tale om en funktionsevne-livsløbebane, en familielivs-løbebane, en arbejdslivs-løbebane og om løbebaner for boligliv, venneliv og fritidsliv. På hver af disse løbebaner vil der i løbet af livet optræde en række begivenheder og vendepunkter, som kan få indflydelse på begivenhederne på andre løbebaner. Eksempelvis vil en ændring i funktionsevnen have en del følger på de andre løbebaner – det samme vil gælde for flytning til en ny bolig.

Figur 1 | Social aldringsmodel

(Ramian, 2011)

Køreplaner

Til løbebanerne hører der også en slags 'køreplan', det vil sige, at bestemte begivenheder oftest indtræder på relativt faste tidspunkter i livsløbet. En kvindes familieløbebane kan indeholde en række af sammenhængende begivenheder: Hun finder sig en partner; får børn, der kommer i skole; får uddannelse; flytter hjemmefra; børnene finder sig partnere og får børnebørn, der gør hende til bedstemor; og måske bliver hun sidenhen oldemor og enke. For dette forløb kan der laves en individuel beskrevet køreplan med omtrentlige årstal for de enkelte begivenheder. Betragter vi befolkningsgrupper generelt, vil der ofte være opkoblinger af bestemte begivenheder på bestemte steder i livsløbet. Selvom der findes individuelle variationer, eksisterer der et kulturelt kodeks for, hvornår begivenheder oftest indtræder i forhold til de gængse normer. Eksempelvis kan man sige, at der eksisterer et kulturelt kodeks, eller kulturelt definerede normer, for det tidspunkt, hvor man forventes at tage en uddannelse, og hvornår man

forventes at stifte familie. Vi kan kalde det køreplaner for uddannelse og køreplaner for at stifte familie.

Kulturelt definerede normer omsættes således ofte til konkrete køreplaner, og derfor udvikles der forventninger hos såvel personen selv som blandt omgivelserne til, hvornår bestemte begivenheder bør indtræffe. Samtidig ændrer disse normer sig over en årrække i takt med den samfundsmæssige orden og udvikling. Køreplanen "at forlade arbejdsmarkedet" har fx ændret sig over årene og varierer også fra social gruppe til social gruppe. Køreplaner er derfor ikke konstanter, der er fastlagte, men er at betragte som dynamiske og under løbende forandring afhængig af den aktuelle tidsperiode og samfundsmæssige diskurs og kontekst. De er i høj grad også under indvirkning af menneskers ønsker, forventninger og handlekraft.

Social aldring som bevægelser mod endestationer

Til de fleste løbebaner er der knyttet en viden og opfattelse om 'endestationer'. Endestationer er det sted på en løbebane, hvor det statistisk set er overvejende sandsynligt, at der ikke indtræffer yderligere begivenheder, og der ofte heller ikke er forventninger om det. Man er nået til enden af sin arbejdsløbebane, når man bliver pensioneret, og det forventes ikke, at man genoptager erhvervsarbejde igen. Man er nået til enden af sin ægteskabelige løbebane, hvis man bliver enke, og man er kommet til enden af sin venne-løbebane, når man ikke længere har jævnaldrende venner, der stadig er i live.

Det er bevægelsen mod endestationerne, der betegnes som social aldring. Det varierer fra person til person, hvornår man kommer til de forskellige endestationer. Man kan blive enke i en ung alder eller enke i en sen alder, og man kan trække sig fra arbejdsmarkedet tidligt eller sent. Den sociale alder er således dynamisk, individuel og ikke entydig – det samme kan siges om den biologiske aldring, hvor det også ses, at ikke alle organer ældes med samme konstante hastighed (Viidik, 2002).

Løbebaner, køreplaner og endestationer - opsamling

Endestationer, løbebaner og køreplaner er sociologiske teorier, der knytter an til grupper af mennesker. Statistisk set er der meget få, der gifter sig igen efter at være blevet alene, ligesom det er statistisk korrekt, at venner i det store og hele er jævnaldrende, og at de ved bortfald i begrænset omfang erstattes af andre. Det udelukker ikke spredning og individuelle forskelle. For det første, vil der altid være personer, for hvem køreplaner og endestationer ikke gælder. For det andet, er alle køreplaner og endestationer løbende til 'forhandling' og ændrer sig i takt med den samfundsmæssige situation og udvikling - boligkøreplanen ser fx anderledes ud i Italien end i Danmark. For det tredje, kan køreplaner og endestationer

variere fra samfundsgruppe til samfundsgruppe, fx præges familiekøreplanerne meget af social klasse. Begrebet 'løbebaner' er til dels en konstruktion, og det er muligt at konstruere andre løbebaner end de her nævnte.

Den sociale aldring og hverdagslivet

Ser vi på en gammel voksens liv og hverdag på et givet tidspunkt ud fra den sociale aldringsmodel, kan man aflæse vedkommendes sociale alder ved at lave et tværsnit af løbebaner og køreplaner. Den enkeltes sociale aldring vil være et udtryk for samspillet mellem de aktuelle positioner på de forskellige løbebaner, og der tegner sig et billede af den enkeltes livshistorie samt generationshistorien, hvor livshistorien er sat ind i en samfundsmæssig kontekst. Tilsammen skaber dette vilkårene for hverdagslivet og er en vej til at forstå dette hverdagsliv og hvad, det består af i relation til aktiviteter, handlinger, følelser, tanker, værdier og normer.

Hverdagen og stunderne

Til den sociale aldringsmodel, som VEGA arbejder med, knytter sig også en forståelse af hverdagen som en række af stunder. En dag består af stunder, og i hverdagen forsøger vi at give hver af disse stunder betydninger og fylde dem med kvaliteter, som vi anser for nødvendige, nyttige, glædelige osv. Dagens stunder udgør ikke en tilfældig strøm; der er en form for orden i dem. I dagens orden skal der være plads til det betydningsfulde, og stunderne kan have forskellige grader af mening, betydning og værdi (Ramian, 2010).

Hverdagens stunder består af morgener, måltider, formiddage og aftener, symboliseret gennem skyer. Stjernerne symboliserer kvaliteter i stunderne. Figur 1 viser, at hverdagen med dens stunder er præget af karakteristiske gentagelser: vaner, rutiner og traditioner, der installerer en form for stabilitet, forudsigelighed og sammenhæng i hverdagslivet. Hverdagen styres af vaner

og rutiner, uden at man er stærkt bevidst om det, og af forskellige aktiviteter, der udtrykker normer og værdier, og som giver hverdagslivet mening. Vaner, rutiner og meningsfulde aktiviteter medvirker til at skabe, genskabe og opretholde sammenhængen i hverdagen (Nielsen, 2003).

Metoder til at identificere og beskrive disse kræfter er en forudsætning for både at synliggøre og forstå hverdagslivet og en forudsætning for at yde en faglig indsats, der både respekterer og støtter dette hverdagsliv hos voksne gamle. Det enkelte menneskes livsmønster er den karakteristiske sammenhæng, der udgøres af gentagne begivenheder i hverdagen, ugerne, månederne og årene.

VEGA-projekterne "Mere Liv i Gamles Hverdag" har vist, hvordan det hverdagsliv, der synes fyldt med banaliteter, i virkeligheden udfolder sig i dette samspil, som formentlig er langt mere komplekst, end det endnu har været muligt at forstå og beskrive (Ramian et al., 2012). VEGA-projekterne har også vist, hvordan den enkelte sammen med de nærmeste forsøger at forme hverdagslivets tidsrum med betydninger, så ønsker, værdier og behov tilgodeses inden for de muligheder og begrænsninger, som de aktuelle vilkår byder på. Fx er der i et projekt om udeliv og aften-nattelig på et plejecenter etableret en indsats for mere liv i en ældre kvinde, Agnetes, aftenliv. Indsatsen tager udgangspunkt i et fodbad efter aftensmaden, og dette tiltag er valgt, fordi Agnete altid har nydt at komme i bad, få parfume på og være velsoigneret. Efter fodbadet får Agnete sine fødder og ankler smurt ind i creme, og senere kommer aftenhjælperen ind med te og smører ostemadder til hende.

Denne lille historie tjener som eksempel på en for Agnete meningsfuld og glædeskabende handling, der tager afsæt i noget, som hun har været vant til at gøre og sætte pris på i sit tidligere hverdagsliv (Naldahl & Lange, 2010).

Refleksioner over forandringer og social aldring i hverdagslivet

Arbejde, partner, bolig og børn udgør nogle af de strukturerende elementer i hverdagens begivenheder, og dermed i løbebanerne. Til de enkelte begivenheder og stunder i hverdagen og vendepunkter i livet knytter der sig forskellige gøremål. De konkrete handlinger – løsning af hverdagens udfordringer i løbebanerne, der udføres i stunderne for at opretholde stabilitet, afspejler grundlæggende værdier for det enkelte menneske. Det kan handle om at opsøge og etablere nye sociale relationer, når gamle forsvinder, eller undlade at gøre dette, og det kan handle om, hvad man vælger at gøre med de timer, man tidligere brugte på arbejde, når man bliver pensionist: Er det så meningsfuldt for den enkelte at holde fri og passe hus og have, eller er det meningsfuldt at finde et frivilligt arbejde eller anden beskæftigelse uden for hjemmet? Succesraten for at lykkes med at udføre disse aktiviteter er afgørende for, om de enkelte stunder opleves som menings- og værdifulde for det enkelte menneske.

Med alderen sker der en bevægelse mod endestationerne, og det kan nødvendiggøre en reorganisering og måske en nyorientering i hverdagslivet og dets betydninger. Det er afgørende at have en forståelse for den type af forandringer af livsmønsteret for at kunne yde en faglig indsats, der er funderet på, respekterer og støtter op om det enkelte menneskes hverdagsliv, således at der skabes kvalitet i hverdagslivet i aldringens bevægelse mod endestationerne.

Forandringer i hverdagslivet opstår, hvis den gamle voksne oplever fysiske, psykiske eller mentale funktionsnedsættelser på baggrund af sygdom eller svækkelse, tab af ægtefælle og venner. Når gamle voksne opnår en høj alder, er der ofte flere forandringer i spil på samme tid. Hvis hustruen, der har været centrum i familie- og vennelivet dør, kan der pludselig sidde en ægte-mand tilbage med al for meget alenetid, og denne forandring kan trække betydninger ud af mange dele af hverdagslivet.

Det afhængige og det uafhængige hverdagsliv

For raske, friske ældre mennesker, der ikke behøver hjælp i hverdagen, kan hverdagslivet leves og tilrettelægges uden hensyntagen til det offentlige hjælpesystems perspektiver på hverdagen. For at forstå situationen for gamle voksne, der har brug for hjælp, er det relevant at forholde sig til det afhængige hverdagsliv – det liv, gamle voksne må leve, når offentlige hjælpeforanstaltninger er en nødvendig løbebane i hverdagen.

Undersøgelser har kortlagt, at der på tværs af fortællinger om hverdagslivet blandt 16 gamle voksne mellem 70-80 år eksisterer en stærk fælles værdi i at have et uafhængigt hverdagsliv, også selvom man lever et liv med funktionsnedsættelser. Det at klare sig selv anses af den enkelte som en stærk værdi, som giver betydning til forskellige dele af hverdagens løbebaner (Andersen & Relsted, 1999).

En afhængig hverdag udgør således et særligt hverdagsliv, og når plejepersonalet kommer til at tage del i gamle voksnes hverdagsliv, dage og stunder, intervenerer det offentlige hjælpesystem i hverdagslivet. Det skaber nogle særlige rammer for, hvorvidt gamle voksne kan leve et godt hverdagsliv med det offentlige hjælpesystem som løbebane.

Hverdagsviften (figur 2), der beskriver dagens gang, er en metode udviklet til at synliggøre forløbet i gamle voksnes hverdagsliv og kan anvendes til at beskrive og forstå hverdagens gang og dermed understøtte en forståelse af de udfordringer, som plejepersonalet konfronteres med, når de qua deres arbejde med gamle voksne kommer til at tage del i deres hverdage (Elbrønd, 2000, 2001, 2005, 2015).

Hverdagsviften som dialogredskab

Som metode kan hverdagsviften anvendes til at illustrere, hvor og hvordan tiden forløber på en almindelig hverdag. Til hver af dagens stunder

knytter der sig betydninger, som er væsentlige at kende for at kunne yde en god social- og sundhedsfaglig indsats.

Baggrunden for forståelse af hverdagsviften er begreberne *dagens orden*, *tidens fylde* og *det daglige råderum*.

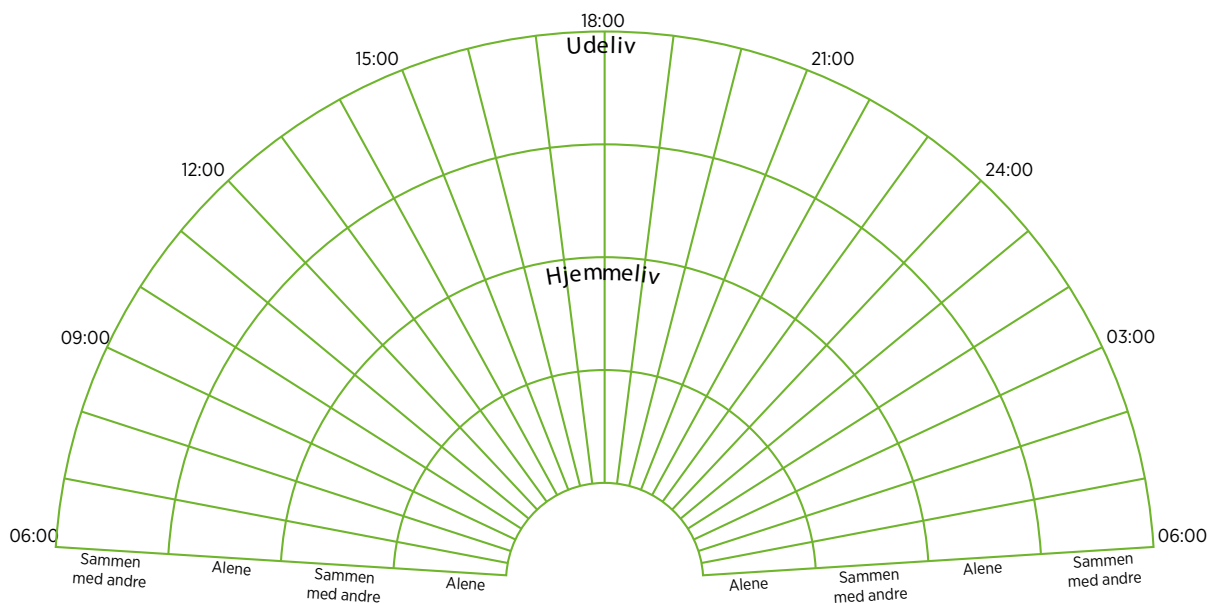
Dagens orden er en betegnelse for alle de begivenheder, der finder sted i løbet af dagens stunder – morgenstund, middagsstund, eftermiddag, aften og nat, og den knytter sig til den sekventielle rækkefølge af forskellige begivenheder i disse stunder. Der vil for hvert menneske være forskellige betydninger, følelser og værdier knyttet til dagens orden.

Tidens fylde beskriver det, tiden anvendes til i form af gøremål, samværstid, alenetid og ventetid, og der kan også her være forskellige betydninger knyttet til stunderne i tidens fylde. I tidens fylde kan der være indlejret tider, som indeholder konsekvenser af tidligere tider eller har følger for efterfølgende stunder. Når nogen fx vælger at være formand for eller medlem af det lokale beboerråd og bruge tid på dette, kan det have sammenhæng med, at vedkommende tidligere har været aktiv i foreningsarbejde og fundet dette betydningsfuldt. Et andet eksempel er at bruge tid på korte gåture med henblik på at være i god form til sommerens vandretur langs Hærvejen – noget, der kun er muligt og behageligt, hvis man er i god form.

Det daglige råderum beskriver gamle voksnes samspil med omgivelserne og mulighederne for at håndtere og råde over disse omgivelser. Der er fem forskellige dimensioner i råderummet:

- Det oplevede råderum, der er en persons evne til sansemæssigt og intellektuelt at opfatte barrierer og muligheder i omgivelserne
- Det reelle råderum, der er en persons aktuelle fysiske formåen og mulighed for ved egen

Figur 2 | Dagens gang



Dette samtaleark kan hjælpe dig med at skabe overblik over, hvordan dage fungerer på godt og ondt, og hvad du ønsker af forandringer. En samtalepartner stiller meget konkrete spørgsmål til dagens gang og fungerer sammen med dig som penne - fører, dvs. noterer undervejs ordret ned, hvad du fortæller.

Du inviteres til helt konkret at fortælle om, hvordan dage forløber fra morgen til aften og fra aften til morgen. Hvor opholder du dig henne i løbet af et døgn? Hvordan starter dagen? Hvordan forløber morgen - stunden, formiddagen, eftermiddagen mv.? Hvor og hvornår er du alene eller sammen med andre? Hvad laver du inden for og uden for hjemmet? Hvilke ting betyder noget for dig i forskellige sammenhænge?

I løbet af samtalen kan du og din samtalepartner måske få belyst, hvad du ser som stjernestunder og udfordringer, hvad du ønsker af forandringer og hvilke små skridt, du tager, i den rigtige retning. Placer evt. symbolerne/de farvede Post-its til højre forskellige steder på samtale-arket. Hvis du gør det med mellemrum, kan du holde øje med, om der sker forandringer i dine dage.



Kast lys over **STJERNESTUNDER**. Konkrete spørgsmål kan være: Hvornår på døgnet har du det godt? Hvor ligger ressourcerne for dig? Hvornår på døgnet og i hvilke situationer får du positiv energi og støtte? Marker det evt. med stjerner på illustrationen eller lav en note på en Post-it.

Kast lys over **UDFORDRINGER**. Konkrete spørgsmål kan være: Hvornår står du over for udfordringer i løbet af døgnet? Hvor er det svært? Hvor oplever du vanskeligheder? Marker det evt. med en brun sten på illustrationen eller lav en note på en Post-it.

Kast lys over **ØNSKER** om forandringer i din dagligdag. Konkrete spørgsmål kan være: Hvad må gerne være anderledes i løbet af dagen, hvis du kan bestemme? Hvis du har tre ønsker til noget, du kan ændre på eller forbedre i din dagligdag, hvad skulle det så være?

Kast lys over **SMÅ SKRIDT** som du nogle gange tager i en retning, der er rigtig for dig. Har du handlet anderledes, end du plejer, i bestemte situationer? Har du for nylig registreret små eller store positive forandringer i krop - følelser - tanker - handlinger?

hjælp at bevæge sig omkring og overvinde afstande og håndtere forskellige forhold i omgivelserne

- Det betingede råderum, som vedrører en persons aktuelle evne til og mulighed for at få andres hjælp eller at bruge hjælpemidler til at overkomme barrierer og udnytte muligheder i omgivelserne
- Det sociale råderum, der dækker over muligheder for at indgå i sociale sammenhænge
- Det ønskede råderum, der betegner en persons ønsker og lyst til at udnytte mulige råderum i hverdagslivet.

På baggrund af disse begreber er hverdagsviften/dagens gang udviklet som en metode til at forstå og analysere, hvad en dag består af i relation til den enkeltes opfattelse af orden, fylde og råderum. En måde at arbejde med ovenstående på er derfor at anvende hverdagsviften "Dagens gang" som dialogredskab (Elbrønd, 2015).

Dialogredskabet består af fire kort og kræver en samtalepartner for den voksne ældre. Ud fra den voksne ældres fremstilling af, hvordan hans dage forløber og fungerer, anvendes de fire kort til at sætte fokus på, hvad der er af stjernestunder, og hvad der er af udfordringer i hverdagen. Dette med henblik på en dialog omkring, hvilke ønsker den voksne ældre har til ændringer, og hvordan "små skridt" i den rigtige retning mod en bedre hverdag kan sættes i gang.

Hverdagsviften/dagens gang er fremstillet i figur 2, hvor det er beskrevet, hvordan denne kan anvendes som et dialogredskab med henblik på at tilrettelægge indsatser, der bidrager til det gode hverdagsliv set ud fra et subjektivt perspektiv. Hverdagsviften/dagens gang kan fx anvendes til at identificere alenetid; derefter kan det undersøges, om denne tid er forbundet med glæde og meningsfuldhed eller knyttet til ubehag og meningsløshed, og hvilke "små skridt" der så kan tages for at ændre på dette.

Refleksioner over hverdagslivet og dets indbyggede værdier og betydninger

De individuelle forskelle i hverdagslivet og stunderne findes i de individuelle betydninger eller værdier, der er knyttet til hverdagens tid og stunder. Et givent tidsrum eller en stund kan rumme såvel positive som negative kvaliteter. Alle mennesker forsøger at få tilgodeset deres værdier i hverdagen med de kræfter, de har til rådighed og inden for de muligheder, der byder sig i den aktuelle situation. En del af hverdagens mestring er derfor at fylde tiden og stunderne med noget betydningsfuldt, fordi det er nødvendigt, nyttigt, glædeligt, styrkende eller lignende.

Betydning kan knyttes an til alle typer tidsrum, og der kan ledes efter betydninger i uger, i foråret og i året som helhed. Nogle gange er betydninger ikke engang tydelige for den enkelte selv, men skal måske tales frem. I den sammenhæng er hverdagsviften en relevant og systematisk metode til brug i daglig praksis.

Omsorgskøreplanen – når hverdagen er et arbejdsmæssigt anliggende

I det afhængige hverdagsliv bliver social- og sundhedspersonalet og andet fagpersonale aktive deltagere i gamle voksnes hverdagsliv, hvis hverdag kan blive afhængige af andre menneskers tilstedeværelse og indsats. Det bringer en ny køreplan ind i livet: omsorgskøreplanen, og den rummer stationerne på omsorgens vej. Hvordan bibeholdes den enkeltes selvstændighed i omsorgskøreplanen? Når man modtager omsorg, indebærer det en afhængighed af hjælp fra andre. Det kan ofte handle om omfanget af både personlig og praktisk hjælp og den måde, hvorpå man involveres i, hvordan omsorgen ydes. Hvordan kan man fx få den mad, man ønsker, og spise den på den måde, der opleves betydningsfuldt, når man ikke længere har funktionsevnen til selv at frembringe sine måltider?

Omsorgskøreplanen fastlægges af det offentlige i forhold til, hvornår der ydes omsorg, hvor meget og hvordan omsorgen ydes. Omsorgskøreplanen bliver et nyt sæt af vilkår, der kommer ind i 'for-handlingerne' om hverdagen. Det kan ske, at hverdagen gradvis tømmes for handlinger og værdier i en selvforstærkende proces i takt med, at den voksne ældre udfører færre og færre handlinger selv, men hvis det opdages i tide, har det vist sig muligt at bremse denne udvikling og tilføre hverdagens stunder mere værdi (Ramian, 2010).

Afrunding

Det kræver et særligt fagligt blik på, hvordan indsatsen skal tilrettelægges, når det er hverdagslivet hos den gamle voksne, der skal understøttes med hjælp. Skal dette særlige blik styrkes, er det nødvendigt at uddannelse, oplæring og kompetenceudvikling har fokus på dette, og der skal arbejdes med begreber, metoder og redskaber, der styrker et fokus på hverdagen og dens stunder som genstand for indsatsen.

Uddannelse, oplæring og kompetenceudvikling bør ikke kun være rettet mod krop, aktivitet, funktion og deltagelse, men også på hverdagen og dens stunder.

Vi har i dette kapitel sat fokus på forståelse af hverdagslivet som et afsæt for at skabe gode hverdage for gamle voksne, der er afhængige af andres hjælp, og vi har præsenteret henholdsvis den sociale aldringsmodel og hverdagsviften/dagens gang for at bidrage med en teoretisk og metodisk tilgang, der skal skærpe den antagelse, at kvaliteten i ældreplejen også bestemmes af dens evne til at producere gode dage i gamle voksnes hverdag.

Forslag til videre læsning

Anderson, L (red.) (2002). *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur.

Højlund, B (2010).

Når fokus flyttes fra kroppen og til livet – Historien om fem års arbejde med faglig udvikling på Kastanienhaven. Give: Kastanienhaven.

Ramian, K et al. (2013). Rehabilitering af hverdage. *Gerontologi* 29(1):4.

Ramian, K & Dyrholm, I-L (2008).

Mere Liv i gamles hverdag. Eller hvordan ældreområdet kan lave udviklingsarbejde i sparetider. *Gerontologi* 24(4):12-15.

Referencer

Andersen, A and Relsted, N (1999). Ældres hverdagsliv & bolig. *Gerontologi & Samfund* 15(2):36-38.

Bengtson, VL, Burgess, EO, Parott, TM & Mabry, JB (2002). Ingenting är mer praktisk användbart än en god teori. I Anderson, L (red.). I *Socialgerontologi*. Lund: Studentlitteratur, s. 19-50.

Elbrønd, M (2000). *Det afhængige hverdagsliv. Casebaserede studier af hverdage, som er et arbejdsmæssigt anliggende for andre*. Herning: Social- og sundhedsskolen.

Elbrønd, M (2001). At se hver dag i sammenhæng. *Gerontologi & Samfund* 1(17):12-15.

Elbrønd, M (2005). *Hverdagsliv til arbejdsbrug. Samlet formidling af VEGA-netværkets erfaringer gennem 10 år*. Herning: Social- og sundhedsskolen.

Elbrønd, M (2011). *Kort om VEGA*. Kan hentes på: <http://knudramian.pbworks.com/w/file/50006548/Kort%20om%20VEGA.doc>. [1. februar 2016].

Elbrønd, M (2015). *Vejen frem - Tidsbegrænset indsats målrettet børn, deres familier og netværk* (Upubliceret).

Naldahl, K & Lange, I (2010). Fokus på det upåagtede aften-og nattelev. I Ramian, K (red.) *Mere liv i gamles hverdag*. Århus: VEGA-Netværket, Center for kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, s. 11-14.

Nielsen, DK (2003). *Hjerneske og hverdagsliv*. Aalborg: Aalborg Universitetsforlag.

Ramian, K (2008). *Hverdagsliv hos gamle - om udviklingen af en model for social aldring. Version 3.2*. Aarhus & København: VEGA-netværket & Dansk Gerontologisk Selskab. Kan hentes på: <http://knudramian.pbworks.com/f/social+aldring+3.2.pdf>. [12. juli 2016].

Ramian, K (red.) (2010). *Mere liv i gamles hverdag*. Aarhus: Center for kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Ramian, K, Elbrønd, M, Dyrholm I-L, (2012). *Adding value to the daily lives of vulnerable elderly people*. Dansk udgave. 21st Nordic congress of Gerontology. Copenhagen juni 2012. Kan hentes på: <http://knudramian.pbworks.com/w/file/etch/54802765/Adding%20values%20dk%20final%203.pdf>. [5. juli 2016].

VEGA-netværket (2012). *Mere Liv i gamles hverdag*. Projekt hjemmeside. Kan hentes på: <http://knudramian.pbworks.com/MereLiv>. [1. februar 2016].

Viidik, A (2002). *Boken om kroppens åldrande*. Stockholm: Liber.

Isoleret i eget hjem – fanget i egen krop

Kapitlet tager udgangspunkt i fortællingen om Maryanne, der venter på at komme på plejehjem. Hun oplever, at hendes sociale liv dør ud samtidig med, at hun må opgive den del af sin identitet, der ligger i hendes hjem. Baseret på forfatterens ph.d.-projekt behandler kapitlet følgende emner: Isolation og ensomhed, Livshistorier, Konsekvenser af kroppens forfald, Hjælpemidlernes indtog, Angsten for at falde, Privathedens forsvinden og Det præsentable hjem. Alle temaer er illustreret ved hjælp af empiriske eksempler.

Et gennemgående tema er Maryannes oplevelse af stigende afhængighed af hjælp udefra, og at relationer til familie og hjemmehjælpere derfor får større betydning. Disse relationer kan være med til at forhindre, at hendes sociale liv dør ud.

Kapitlet inviterer endvidere til refleksion over, hvad der sker, når kroppen svækkes i den sene del af livet, hjemmet bliver til en arbejdsplads, og de rum, vi oplever som meget private, bliver til arbejdsrum.

Jens Kofod

Mag.scient., ph.d. Chefkonsulent, Professionshøjskolen Metropol.

Når det sociale liv dør ud

Dette kapitel handler om Maryanne*. Hun er enke, bor på Nørrebro og er visiteret til plejehjem. Jeg bruger beskrivelser af Maryannes dagligdag til at vise, hvordan hendes sociale liv dør ud. At det sociale liv dør ud betyder, at vores krop fysisk kommer i vejen for vores ønske om at bevæge os. Filosoffen Hannah Arendt og antropologen Robert Murphy har inspireret mig til at se det uddøende sociale liv hos gamle mennesker. Hannah Arendt skriver i sin bog *The Human Condition* (1958) om, at oplevelser skal deles med andre mennesker for at blive virkelige. Oplevelser forbliver private og bliver med tiden uvirkelige, hvis man ikke har nogen at dele dem med. Det er et udtryk for, at vores sociale liv langsomt dør ud, og at vores identitet gradvist afvikles.

Maryanne oplever, at hendes svækkede krop isolerer hende i hendes hjem. Kroppen bliver et fængsel, fordi den isolerer hende fra en række sociale fællesskaber, som hun gerne ville tage del i, fx ved at besøge familie, venner eller den lokale ældrecafé. Kroppens forfald gør også Maryanne afhængig af hjemmehjælp og af familiens hjælp for at få hendes dagligdag til at fungere. Hun er afhængig af deres hjælp for at skabe det billede af sig selv, som hun foretrækker. Hvis hun fx vil have noget bestemt tøj på, eller vil i byen for at se et teaterstykke, skal hun have hjælp til det.

I den sammenhæng bliver det helt afgørende for Maryanne og andre gamle mennesker, hvordan deres relation er til hjemmehjælper og familie. Hvis de er gode, kan de få den hjælp, de har brug for til næsten at kunne opretholde det hjem, de ønsker, og det billede af sig selv, som de foretrækker. Men når jeg skriver 'næsten', er det fordi, det ikke altid lykkes for dem. De situationer er svære. Og det er dem, som dette kapitel tager udgangspunkt i. For at opdele beskrivelserne af, hvordan Maryanne oplever, at hendes sociale liv dør ud, og

opgiver den del af sin identitet, der ligger i hendes hjem, har jeg inddelt kapitlet i disse emner:

- Isolation og ensomhed
- Livshistorier
- Konsekvenser af kroppens forfald
- Hjælpebidlernes indtog
- Angsten for at falde
- Privatheden forsvinder
- Gæster til middag. En vigtig del af identiteten
- Det præsentable hjem.

Isolation og ensomhed

Når jeg ser mig omkring i Maryannes lejlighed, er der to ting, som falder i øjnene. Hun virker isoleret fra omverdenen og ensom. Her er halvmørkt, og modsat Jagtvejens støj af liv er her stille. Gardinerne er næsten trukket for vinduerne, og sammen med gardinet, som dækker døren ud til gangen, kommer den lille stue til at virke klaustrofobisk på mig. Indtrykket forstærkes af den tætte luft i lejligheden. Maryanne har kun varme på i stuen. Hun har ikke luftet ud længe, måske som et forsøg på at spare på varmen. Måske er det for svært for hende at åbne vinduerne. Her er en lugt af uvasket tøj, som blander sig med duften af kaffe.

Ensomheden er en anden ting, som er iøjnefaldende hos Maryanne. Ud over at være meget alene handler ensomheden om, at mange af hendes venner og familiemedlemmer er døde. Flere af de gamle mennesker i undersøgelsen fortæller om, hvordan de savner at kunne dele deres oplevelser med deres fortrolige. Maryanne fortæller fx om, at hun en dag så nogle børn, som legede med balloner i gården. Hendes datter og svigersøn var ude at rejse, så dem kunne hun ikke fortælle om oplevelsen. Og hjemmehjælperen havde ikke tid til at høre om den. Et par dage efter blev hun i tvivl, om der virkelig havde været børn med balloner i gården. For Maryanne forblev børnenes leg med balloner en privat oplevelse, og den bliver med tiden uvirkelig. Betydningen af at have nogle at dele sine oplevelser med gentog sig mange gange

*) Empirien om Maryanne er hentet fra min ph.d.-afhandling (Kofod, 2008). I teksten refererer jeg til denne afhandling som 'undersøgelsen'. Dertil indgår dele af teksten i dette kapitel også i min bog *Gamles Sociale Liv* (Kofod, 2015).

i mine interview med de gamle mennesker. I den sammenhæng beskriver flere af dem en meningsløshed med at blive så gammel. Når jeg spurgte yderligere ind til dette, viste det sig, at det netop var manglen på nogen at dele oplevelser med, som fik dem til at tænke på deres tilværelse som meningsløs. De oplever, at deres sociale liv dør ud.

En væsentlig grund til, at Maryanne oplever at være isoleret fra verden omkring hende, er, at hun ikke kan forlade sit hjem uden hjælp. Hun fortæller mig flere gange om hjemmehjælperens råd: "Jeg har fået besked på, at jeg under ingen omstændigheder må gå ud uden den" (hendes rollator). Selv med rollator er Maryanne faldet, og hjemmehjælperen har rådet hende til slet ikke at gå ud. Hjemmehjælperen har en stor autoritet for Maryanne, og hun vælger at følge hendes råd. Selv om det hver gang er en forskrækkelse at falde, har Maryanne ikke mistet sin humoristiske sans, når hun beskriver det seneste fald: "Men jeg var heldig. Den (rollatoren) falder først, og så falder jeg ovenpå!"

På billedet ses en gammel kvinde. Smilet røber, at humoren er intakt. Sygdommene spiller ikke nogen stor rolle i Maryannes fortælling om sig



Maryanne. Foto: Torben Eskerod.

selv. Der er kommet flere sygdomme til: leddegigt, Parkinson, stærkt nedsat syn og hørelse, sammen med en række andre mindre skavanker. Maryanne konfronteres med den sociale død på grund af sin svækkelse og sine sygdomme, men det var ikke desto mindre hendes gode humør, som jeg huskede, når jeg gik fra hendes lejlighed.

Maryanne var den første af de 16 gamle mennesker, jeg kom i kontakt med. Jeg havde rigtig god tid til at snakke med hende, fordi det i begyndelsen var svært at finde tilstrækkeligt med deltagere til min undersøgelse. Og det var en fornøjelse at snakke med hende. Maryanne var positiv over for sine omgivelser, og det var tydeligt, at hendes hjemmehjælper, Kirsten, sjældent havde travlt med at komme videre til det næste besøg. Maryanne var meget interesseret i fugle og fodrede dem på sin balkon. Oplevelsen af fuglene blev virkelig og fik en helt anden vægt for Maryanne, når hun fortalte Kirsten og mig om den.

Livshistorier

Det er vigtigt at kende detaljer om Maryannes liv for at kunne give hende social pleje. Det vil sige en pleje, som rækker ud over den fysiske, som handler om mad, medicin, hygiejne og lignende. En social pleje handler om at videreføre det sociale liv og de dele af det, som har betydning for gamle menneskers identitet. Fx er det vigtigt at vide, hvorfor Maryanne omgiver sig med så mange billeder af ugler, og at kvinden i midten af familieportrætterne på hendes stuevæg er hendes elskede mor.

Maryanne var rigtig glad for den hjemmehjælp, hun modtog, og særligt Kirsten, hendes faste hjælper: "Hun er simpelthen dagens højdepunkt". Det rokkede ikke ved hendes tilfredshed, at der iblandt kom afløsere. Når jeg refererede klager fra de andre gamle mennesker, som jeg talte med under mit feltarbejde, sagde hun: "De skulle skamme sig!"

Kirsten betød meget for Maryanne. Da hun ("hendes hjemmehjælper") kom fra ferie, sagde Maryanne: "Du aner ikke, hvad det betyder at

tale med en, du kender, og som kender dig”. Maryanne havde efterhånden opbygget en så god relation til Kirsten, at hun ofte begyndte sin arbejdsdag med at spise morgenmad med Maryanne. Maryannes evne til at skabe en god relation til hjemmehjælperen var vigtig. Jeg opfattede det som Maryannes måde at imødegå en social død på. Det gav hende både støtte til at fremtræde, som hun gerne ville og en tålmodig lytter til sine historier.

Konsekvenser af kroppens forfald

Kroppen isolerer gamle mennesker fra flere af de sociale fællesskaber, de tidligere tog del i. Besøg hos en veninde, en tur i biografen og lignende krævede andres hjælp. Maryanne havde takket nej til at komme i aktivitetscenteret, men var ikke blevet hjulpet til at finde andre fora, hvor hun kunne møde ligesindede. For Maryanne og de andre gamle mennesker var kroppen konstant i vejen. De ting, vi tager for givet, fx den mulighed at gå ned og købe ind, møde en ven på en café eller lignende, var umulige for hende. Min situation var karakteriseret ved, at jeg slet ikke mærkede min krops tilstedeværelse. Jeg bevæger mig ved hjælp af den og oplever omverdenen med den, men jeg tænker ikke på den. Man kan sige, at kroppen er til stede som en forudsætning for, at jeg kan gå rundt for at finde Maryannes opgang, men den er samtidig fraværende for mig, fordi jeg ikke skænker den en tanke (jf. Leder, 1990).

For Maryanne og de andre gamle mennesker i undersøgelsen er det helt anderledes. Hver gang hun ønsker at rejse sig, skal hun nøje overveje, hvordan hun kan gøre det, fordi hun ellers risikerer at falde. For Maryanne er “bentøj” ikke, hvad det har været, og det bliver det heller ikke igen. Kroppen gør hele tiden opmærksom på sig selv og forhindrer hende i spontant at foretage sig ting, som kræver noget af hendes krop. Maryannes krop gør hele tiden opmærksom på sin tilstedeværelse.

Da jeg interviewer Maryanne, er hendes krop langsomt blevet svækket gennem flere år. Hendes fysik er blevet ringere, og særligt bentøjet er “ikke

længere til at stole på”. Dertil kommer, at hun bliver svimmel, når hun rejser sig. Hun har næsten opgivet at læse selv de store typer i avisen og ugebladene. I et senere interview fortæller hun om vores første møde i døren til sin lejlighed: Hun kunne kun se min silhuet. Hvordan jeg i virkeligheden så ud, var det ikke muligt for hende at beskrive.

På den måde var kroppen også blevet et fængsel for Maryanne. Hun har lysten til at springe ud af sengen om morgenen, til at gå ned til kiosken eller bare til at rejse sig fra lænestolen for at hente teskeen til at røre rundt i kaffen. Men hun kan kun med stort besvær gøre det. Hun bliver meget forpustet, og det kræver alle hendes kræfter at komme op af lænestolen, og derefter tager det lang tid for hende at få vejret igen. Når kroppen på den måde kommer i vejen, mister Maryanne også muligheden for umiddelbart at være til stede i sine omgivelser. Når kroppen bliver en forhindring, er Maryannes adgang til omgivelserne mere eller mindre blokeret. Fra at være et sted med muligheder, som omgivelserne er for de fleste af os, præges adgangen til omgivelserne for Maryanne af vanskeligheder, som hun skal forsøge at overkomme. Hun prøver fx at klare dem ved nøje at overveje, hvordan teskeen i køkkenet kan hentes.

Billedligt talt ændrer Maryannes lejlighed sig fra at være et velkendt landskab, som hun let kan komme rundt i alle kroge af, til at være et landskab med bjerge og stejle skrænter, hun skal bestige for fx at komme op af stolen (se også Murphy 1990 for en lignende beskrivelse). Lejlighedens hjørner bag møblerne er blevet uvejsomt område, som hun ikke kan komme hen til, fordi der ikke er håndtag, som kan støtte hendes balance. Hvis fx hjemmehjælperen havde glemt at sætte stikket i til hendes lampe ved lænestolen efter støvsugning, kunne Maryanne ikke – uden at risikere at falde – sætte det i igen. Hun kunne med andre ord kun bevæge sig ad de brede stier i lejligheden. Stier, som var lidt bredere end rollatoren. Det vil sige fra lænestolen til hhv. køkkenet, toilettet og soveværelset.

Maryanne fortæller, at det også kunne være svært for hende at komme med ud til fx fami-



Maryanne i lænestolen. Foto: Torben Eskerod.

liefester. For det første, oplevede hun, at “jeg er besværlig at have med, fordi jeg skal løftes over dørtrinene”. Hun havde svært ved at holde fast på bestik og tallerken, og det blev ikke bedre af den store opmærksomhed, hun vakte til festerne: “De stirrer jo på mig. Der er ingen, som tænker på, at det kunne være generende for mig ... Jeg kan lige så godt se det i øjnene. Det (Maryanne med sin rollator) er ikke noget kønt syn.”

Hjælpebidlernes indtog

Maryannes kropslige forfald satte sine spor i lejligheden med hjælpebidlernes indtog. På billedet af Maryanne i lænestolen kan man, hvis man ser nøje efter, se flere forskellige hjælpebidler. I højre side af billedet kan man ane håndtaget på hendes rollator. På sofabordet står en lampe med forstørrelsesglas i, og på bordet ligger flere forskellige forstørrelsesglas. Forstørrelsesglassene er svære at se på billedet, og Maryanne bruger dem sammen med lampen i hendes sidste forsøg på at skelne de store typer i ugebladene fra hinanden. Hvad man heller ikke kan se er, at telefonen har ekstra store taster, som er beregnet til svagtse-

ende. Tasterne gjorde det muligt for Maryanne at ringe til sin familie og også på den måde imødegå, at hendes sociale liv døde ud.

Hjælpebidlerne blev udskiftet jævnlige. Maryanne havde brugt briller, så længe hun kunne huske. De var blevet stærkere og stærkere. Hun begyndte at supplere brillerne med forstørrelsesglas. Det gjorde det i en periode muligt for hende at læse ugebladene. Herefter kom endnu stærkere briller og flere forstørrelsesglas. Da jeg taler med hende ved vores sidste interview, har hun stadig ugebladene liggende, men hun har nu næsten opgivet at læse i dem.

Angsten for at falde

Håndtag, rollatorer og de øvrige hjælpebidler er alle med til at kompensere for de gamle menneskers svækkede kroppe. Men de kan ikke kompensere for, at bentøjet iblandt svigter helt, hvis fx det ene ben giver efter under dem. Ofte indleder de et interview med at fortælle om, hvordan de dagen før med nød og næppe undgik at falde. De fortæller typisk, at de lige fik fat i reolen eller i dørkarmen og derved genvandt balancen.

Historierne om fald var også hyppige. Fx fortæller Maryanne: "Og det var frygteligt med den højre hånd, fordi jeg faldt. Jeg tænkte, jeg skulle fra den der (stol) via sofaen hen til min rollator. Fra sofaen ville jeg kravle ... dér stod den (rollatoren) skubbet tilbage ... og så ville jeg kravle over dér. Tænk, så falder jeg ned i stolen. Armlænet var så hårdt, så jeg bøjede et ribben."

Alle gamle mennesker i min undersøgelse har oplevet at være faldet og ligge på gulvet og vente på, at nogen skulle komme og hjælpe dem op fra gulvet. De beskriver det som et mareridt. En oplevelse af total hjælpeløshed. Maryanne fortæller, at det var frygteligt at ligge dér uden at være i stand til at tage telefonen. Den totale hjælpeløshed kom til at fremstå som et billede på deres afhængighed og mistede autonomi. Dette er ydmygende, fordi deres krops forfald står så lysende klart, når de ligger på gulvet uden kræfter til rejse sig. Og ydmygende, fordi deres afhængighed af andre står alt for klart. Det er vigtigt, fordi det at bo alene signalerer, at vi er i stand til at klare os selv. Et tegn på uafhængighed og autonomi. Hele idealet om at kunne klare sig selv, som de har gjort hele deres voksne liv, blegner, når de ligger der.

Privatheden forsvinder

Kroppens fysiske svækkelse har mange konsekvenser for gamle mennesker. De mister gradvist kontrollen over hjemmet, og det forvandles langsomt til en arbejdsplads. Den del af lejligheden, som er privat, bliver mindre og mindre i takt med, at kroppen svækkes. Oprindeligt var bad og soveværelse meget private rum (jf. Gullestad, 1992). Det er de ikke længere. Man kan sige, at deres hjem præinstitutionaliseres (Buus, 2001), fordi det også bliver en arbejdsplads. Det kommer til udtryk på mange måder. Maryannes hjem var præinstitutionaliseret, fordi andre har fået nøgle til hendes hjem. Hun tager ikke længere imod besøg ved at lukke folk ind i lejligheden. Hendes børn og andre mennesker har fået nøglen til hendes private hjem, og derfor er det ikke Maryanne, der lukkede op, når jeg ringede på. Flere gange under mine besøg oplever jeg, at hjemmehjælperen låser

sig ind, råber: "Hej" og begynder at støvsuge, mens jeg er ved at lave et interview. Det bud, som kommer med maden, når mange gamle mennesker heller ikke at udveksle mange ord med. Ofte når buddet at sætte maden på spisebordet og være ude af lejligheden igen på mindre end 30 sekunder.

Maryanne har fået sat en hospitalsseng ind i sit soveværelse. Hospitalssengen kræver mere plads end hendes egen seng, og derfor har sengebord og andre mindre møbler i soveværelset måttet vige pladsen. Noget lignende er tilfældet i spisestuen. Her er flere andre møbler sat ind. Møbler, som øjensynligt er i vejen for, at hendes rollator kan komme rundt i lejligheden. Den måde, møblerne nu står på, efterlader også et indtryk af, at deres nye placering ikke kun har været betinget af rollatorens bevægelsesmuligheder, men i lige så høj grad af, at hjemmehjælperen skal kunne komme frem med sin støvsuger. Flyttekasserne og støvet på spisebordet vidner også om, at det er længe siden, hun har serveret middage for gæster her.

En anden del af præinstitutionaliseringen handler om, at de gamle mennesker nu skal tilpasse deres dagligdag til hjemmehjælperens tidsplaner. Det er endnu et eksempel på, at privathed forsvinder i takt med, at hjemmet bliver en arbejdsplads. Det betyder, at grænserne for, hvad der er privat, forrykkes. Hjemmehjælperen skal ofte hjælpe gamle mennesker ud af sengen og ud på toilettet om morgenen. Det vil sige, at de skal færdes i de mest intime rum, som vi som almindelige besøgende sjældent får adgang til.

Else er en af de andre deltagere i undersøgelsen. Hun er 97 år og datter af en velhavende manufakturhandler i Århus. Hendes historie illustrerer, hvordan hun tilpasser sig hjemmehjælperens skema. Hun fortæller om en almindelig dag, som ligner Maryannes og de øvrige deltageres: "Den begynder kl. 08.00, hvor hjemmehjælperen hiver mig ud af sengen." Spørgsmål: "Hiver dig ud af sengen?" "Ja ... det er, fordi jeg har dårlig ryg. Jeg skal have hjælp til at komme ud af sengen. Hun skal også hjælpe mig med at komme i tøj. Hun laver kaffe i køkkenet, smører en skive brød

til mig og reder min seng ... Det er det.” Spørgsmål: “Og hjemmehjælperen kommer tilbage kl. 13?” “De kommer bare for at se til mig ... Når de kommer ind, råber de ‘Det er hjemmehjælpen!’ ... og jeg ved aldrig, om det er nogen, jeg kender.” Elses sidste besøg af hjemmehjælperen var kl. 21. Denne hjemmehjælper skulle lægge hende i seng, og Else afslutter beskrivelsen af dette besøg med følgende kommentar: “De kommer tilbage kl. ni for at lægge mig i seng. Men når jeg hører døren smække bag hende, så tænder jeg lyset og ringer til min datter for at fortælle hende, at jeg har det godt.” Hun fortæller, at hun er udpræget B-menneske. Allerhelst ville hun blive liggende om morgenen og gå senere i seng om aftenen.

Det præsentable hjem

Særligt kvinderne i undersøgelsen har svært ved at acceptere, at de ikke kunne opretholde, hvad de opfattede som et præsentabelt hjem. Else siger det med sætningen: “Der er ikke orden på det her!” Den sætning rummede hendes frustration over, at hun ikke kunne præsentere hjemmet, som hun gerne ville, og over hendes afhængighed af hjemmehjælperen. Fx var det en kilde til frustration, hvis en hjemmehjælper lagde hendes nyvaskede tøj på den forkerte hylde i skabet. Hendes fysiske svækkelse forhindrede hende i at nå tøjet, hvis det fx lå blot én hylde højere end normalt. Det samme oplevede Maryanne. Hvis hendes aftensmad blev sat på den forkerte hylde i køleskabet, kunne hun ikke nå den. Og hun fik ingen aftensmad.

Det præsentable hjem var gået helt tabt for Else: Toiletstolen i soveværelset var hun meget ked af. Men hun sad i kørestol. Døren ind til toilettet var for smal til, at hun kunne komme ud på toilettet med kørestolen. Og hun fortalte, at hun havde udviklet en “diplomatisk blære”, således at hun kun skulle leve med lugten i kort tid. For Else var kontrollen nu reduceret til hendes egen krop. Den gullige plet på tæppet mindede også Else om den manglende orden. Else kom til at spille karrysovs på tæppet en dag, hun sad og spiste. Der er derfor kommet en stor gullig plet på hendes

lyse tæppe. Det er hun meget ked af, og hun gruer for tanken om, at lejligheden skal sælges, og at køberne skal se pletten.

Selvom Maryanne er rigtig glad for sin hjemmehjælp og de afløsere, der også kommer, oplevede hun, ligesom alle de andre gamle mennesker, også uforudset ventetid som ydmygende. Jenny, som er en af de andre gamle mennesker i min undersøgelse, er et godt eksempel. Hun var visiteret til rengøring hver anden uge. Den skulle begynde kl. 08.00 torsdag morgen. Hun stod tidligt op den dag. Gjorde klar ved at flytte lidt om på møblerne. Hvis hun orkede, satte hun nogle af stolene på bordene, selv om det var tungt for hende. I flere tilfælde måtte hun vente til kl. 13 på hjemmehjælpen. Jennys korte kommentar var: “Tja, jeg kunne have gjort noget andet.” Og om ventetiden sagde hun: “Det var forfærdeligt ... Det var meget ubehageligt ... Og du vidste aldrig, hvem der kom ... Og når det var overstået, var det virkelig en lettelse”. Jenny markerede, at hun gerne ville have gjort rent på en bestemt måde ved at sætte stole op på bordene og flytte møblerne, sådan at der kunne støvsuges under dem. Hun oplever imidlertid, at da hjemmehjælperen kommer, skal det gå hurtigt, fordi hjemmehjælperen er forsinket og skal skynde sig videre. Så fra at være i kontrol over rengøringssituationen, oplever Jenny frustration over, at hun ikke kan kontrollere, hvad der foregår i hendes eget hjem. Det var tillige en ydmygelse for særligt kvinderne at opleve, hvordan de ikke blev respekteret, når der ikke blev gjort rent, som de ønskede det. De havde mange års erfaring i, hvordan man støvsuger og vasker gulve, og de kunne med det samme se, om det var gjort “rigtigt”, som de beskrev det. Resultatet var, at de ikke kunne skabe den fremtoning af deres hjem, som de ønskede sig.

Afrunding

Maryanne bliver gradvist isoleret fra verden, når hendes krop kommer i vejen. Kroppen er blevet et fængsel. Maryanne oplever, at hendes sociale liv delvist dør ud, fordi hendes krop kommer i vejen for hendes adgang til og lyst til at deltage i om-

verdenen. Kroppen spærrer hende inde, hendes hjem forandres, og det bliver en arbejdsplads for hjemmehjælpere. Maryanne og de øvrige gamle mennesker i min undersøgelse oplever stigende afhængighed af hjælp udefra, og derfor får deres relationer til familie og hjemmehjælper større betydning.

Maryanne er imidlertid stadig meget positiv og snakkesagelig på trods af hendes situation. Og selv om billederne portrætterer Maryanne som en svækket gammel kvinde, som står foran opløsningen af sit hjem og en indflytning på plejehjem, har hun relationer til familie og hjemmehjælper, som imødegår hendes oplevelse af, at hendes sociale liv dør ud. Hun bliver stadig værdsat og har betydning for sin familie. Med familiens hjælp får hun mulighed for at forhindre, at hendes sociale liv dør helt ud, da hun som regel kan dele sine oplevelser med dem. Kroppen, der fanger hende, og som

sætter betingelser for hendes interaktion med omverdenen, kan hun dog ikke gøre noget ved.

Forslag til videre læsning

Baunsbak-Jensen, A (2001). *Til sidst*.
Herning: Povl Kristensens Forlag.

Gubrium, JF (1975).
Living and Dying at Murray Manor.
New York: St. Martin's Press.

Hoff, M (2003). *Som en tyv om natten. En kvalitativ undersøgelse af oplevelser og narrativer forbundet med krop, aldring og fysisk aktivitet*. Ph.d.-afhandling. Odense: SDU.

Reddy, GP (1998). *Danske Dilemmaer*.
Mørke: Grevas Forlag.

Referencer

Arendt, H (1958). *The human condition*.
Chicago: University of Chicago Press.

Buus, N (2001). På tærsklen til hjemmet – om paradoksal kommunikation i hjemmehjælpen. I Skånning Nielsen, E & Lomborg, K (red.). *På arbejde i hjemmet – en bog om hjemmehjælpere*. København: Gyldendal.

Gullestad, M (1992).
The Art of Social Relations – Essays on Culture, Social Action and Everyday Life in Modern Norway. Oslo: Scandinavian University Press.

Kofod, J (2008). *Becoming a Nursing Home Resident. – an Anthropological Analysis of Danish old People in Transition from Home to Nursing Home*. Ph.d.-afhandling. København: Københavns Universitet.

Kofod, J (2015). *Gamles sociale liv*.
København: Munksgaard.

Leder, D (1990). *The Absent Body*.
Chicago: University of Chicago Press.

Murphy, RF (1990[1987]). *The Body Silent*.
New York: W.W. Norton.

Er ensomhed skæbne ved høj alder?

I gennem den gerontologiske videnskabs historie har der været en udtalt optagethed af ældres ensomhed og af forestillinger om, at ensomhed er en uafvendelig ledsager til moderne alderdom. Ifølge moderne ensomhedsforskning er dette dog en myte. Spørgsmålet er imidlertid, om ikke ensomhed har flere former, end traditionelle ensomhedsundersøgelser hævder. Tilværelsen er kompleks og ikke mindst for den enkelte ældre med høj alder. Udbredt ensomhed i alderdommen kan således på en og samme gang være en myte og en sandhed for nogle.

Kapitlet undersøger og differentierer ensomhedsbegrebet og dets relevans i forhold til, hvad man kunne kalde alderdommens 'grundvilkår': Den korte livstid, tab af nære og kære, tab af 'livsvidner', tab af social identitet, evt. tab af fysisk autonomi.

De forskellige dimensioner af ensomhed: kosmisk, kulturel, social eller interpersonel illustreres med et caseeksempel, og risikogrupperne beskrives.

Karen Pallesgaard Munk

Ph.d., cand. psych. aut. Lektor, Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet.
Forskningsleder, VIA Aldring og Demens, Center for Forskning.

Michael Smærup

Ph.d., cand. pæd. soc. Adjunkt, VIA Aldring og Demens, Center for Forskning.

Kristian Frausing Hansen

Cand. psych., ph.d.-studerende, Institut for Kultur og Samfund, Aarhus Universitet.
Lektor, VIA Aldring og Demens, Center for Forskning.

Myter om alderdom og ensomhed

Ensomhed er på dagsordenen i samfundsdebatten, og den synes at være præget af to dominerende, men ikke altid klart udtalte, antagelser: At ensomhed primært er et alderdomsfænomen, og at alderdommens ensomhed er et særligt kendetegn ved moderne samfund. Forskningen, der har været optaget af ensomhed hos gamle mennesker, har som forklaringsmodel opereret med en tese om, at det moderne samfund har en fremmedgørende og ensomhedsfremmende virkning på især de ældre (Tornstam, 2011).

Temaet 'ældre og ensomhed' er imidlertid et kompliceret emne, og fortællingen om 'de gode gamle dage', hvor gamle mennesker havde det bedre i storfamiliens varme, end de har i nutidens formelle velfærdssamfund, er langt hen ad vejen en myte, som det vil blive gjort klart i det følgende.

Med dette kapitel vil vi nuancere forståelsen af ensomhed som begreb og som samfundsphænomén. Hvilken forståelse af ensomhed, vi har som samfund, er ikke uden betydning, idet den fx kan inddrages som argument for, at pårørende ikke gør nok for deres ældre slægtninge, og i sidste ende have konsekvenser for eksempelvis prioriteringen af økonomiske midler til ældreomsorg. Da fortællingen om moderne ensomhed hos ældre bliver ved med at florere i samfundet, er det vigtigt i denne sammenhæng at se på, hvad forskningen siger om de faktiske forhold i fortidens bondesamfund og i Sydeuropa og om udbredelsen af ensomhed i dag. Derefter vender vi os mod en nuancering af ensomhedsbegrebet og afslutter med at kigge på risikofaktorer for udvikling af ensomhed.

Myten om 'de gode gamle dage'

Forestillingen om ensomhed som den moderne alderdoms sikre følgesvend har historisk set været knyttet dels til alderdommens mange tab (af samfundsroller, af godt helbred, af familie og venner), dels til den måde, samfundet har behandlet gamle

mennesker på. Tornstam (2011) anskuer den moderne optagethed af ensomhed som værende knyttet til individualismens tidsalder, men også relateret til den franske sociolog Émile Durkheims forestilling om anomi og modernisme. Vestlige samfund gennemgik fra midten af 1800-tallet og godt 100 år frem store forandringer ikke bare i produktionsvilkår, men også i måder at leve på og relatere sig til hinanden på. Med anomi mente Durkheim (1978; [1897]), at samfundene gik mod opløsning af fælles normer og tab af sammenhængskraft. Mange sociologer op igennem 1900-tallet mente, at denne opløsning fik store konsekvenser for det enkelte menneske i form af fremmedgjorthed og ensomhed.

Parallelt med denne generelle pessimisme voksede den opfattelse frem, at ensomhed i alderdommen er et vilkår, der særligt følger med moderne samfund, ikke mindst velfærdssamfundet (Gaunt, 1991). Sociologerne Cowgill og Holmes (1972) udviklede den såkaldte 'moderniseringsteori' om gamle menneskers skæbne som udstødt fra familie og arbejdsliv, når et givet samfund gennemgår en moderniseringsproces. Det blev anskuet som et særtræk ved det moderne samfund, at de gamle gik fra uformelt underhold og omsorg i bondesamfundets storfamilier til formel institutionsomsorg på fx et plejehjem og derved blev ekskluderet fra samfund og familie (Gaunt, 1991).

Historieforskningen kan imidlertid kaste et andet lys over samfundsudviklingen. Særligt de svenske historikere Birgitta Odén (1994) og David Gaunt (1991) har med undersøgelser af forholdet imellem generationerne i de gamle svenske bondesamfund og tværkulturelle undersøgelser af gamle menneskers forhold vist, at den moderne opfattelse af alderdommens betingelser i præmoderne bondesamfund og i andre kulturer er en myte. For det første, blev man ikke så gammel før industrialismens gennembrud, så der var ikke nær så mange ældre mennesker, som man ser i dag. For

det andet, var der ikke noget økonomisk sikkerhedsnet under mennesker, der ikke længere kunne arbejde. Dette var en sag for familien, og hvis den ikke var der, var det en opgave for 'sognet' og for fattighuse. Forholdet imellem generationerne var heller ikke så rosenrødt, som moderne fortællinger om fortiden antyder. Gamle selvejerbønder udformede som regel tyngende forsørgelseskontrakter som betingelse for, at næste generation kunne overtage gården; det eneste magtmiddel, man havde, for at skaffe sig forsørgelse som gammel. Det kom ganske ofte til at ligne slaveri, hvor de unge slavede for de ældre. Disse forhold gav anledning til mange retlige tvister, oprør og vold mod de ældre. Besiddelsesløse ældre derimod måtte flytte på fattighus, blive bortauktioneret som billig arbejdskraft eller gå på 'rundgang', dvs. på forsørgelsesomgang i sognet, som man også har set det i Sydeuropa (Tornstam, 2011).

Konkluderende viser historiske og sociologiske undersøgelser, at moderniseringsteorien og forestillingen om de 'gode gamle dage' ikke har noget på sig. Denne bygger på en idé om, at det er mere sikkert og generelt bedre for gamle mennesker at have familien som sikkerhedsnet, frem for det offentlige, men heri er en generel tilbøjelighed til at overse vigtigheden af at være selvforsørgende som gammel, og dermed økonomisk uafhængig af familien (Tornstam, 2011; Odén, 1994; Gaunt, 1991). Generelt synes det at have været gældende igennem historien og på tværs af kulturer, at besiddelsesløse ældre mennesker ikke har haft det særligt godt. Her er velfærdsstaten overlegen.

Myten om den ensomme alderdom

At betingelserne for at have en god alderdom i dag er langt bedre end i gamle dage udelukker dog ikke nødvendigvis, at man som ældre kan opleve ensomhed i nutidens velfærdssamfund. Så hvad siger sociologisk forskning om forholdet imellem ensomhed og moderne alderdom i forhold til tidligere livsfaser, først og fremmest ungdommen?

Mange ensomhedsstudier har haft den mangel, at de ikke omfatter hele livsløbet og dermed ikke giver mulighed for at sammenligne aldersgrupper og aldersfaser. Dette har bl.a. Tornstam (2011) udbedret med to repræsentative tværsnitsundersøgelser af svenskere i aldersspændet fra 25-79 år i 1985 samt 25-90 år i 2008. Begge undersøgelser viser et næsten jævnt fald i ensomhedsintensitet og -kvantitet fra knapt 9 % i 25 års alderen til hhv. ca. 6.5 % i den første og under 6 % i den anden undersøgelse i 60 års alderen. Ved ensomhedsintensitet forstås, at følelsen af ensomhed kan være mere eller mindre påtrængende; den kan så at sige fuldstændigt dominere en person, eller den kan være en stille nagen, som man helst vil glemme (Rubinstein, 1986, s. 194). I begge undersøgelser er der en lille stigning til henholdsvis knapt 7 % i 79 års alderen i 1985-undersøgelsen og til godt 6 % i 90 års alderen i 2008-undersøgelsen. Ensomhed ser således ud til at være mest udtalt hos unge, falde i løbet af voksenårene, for at stige igen hos 60+-årige, men ikke til noget særligt højt niveau. Dertil kommer, at hyppigheden af ensomhed oven i købet er faldet ganske meget fra 1985 og 23 år frem hos 60+-årige – helt i strid med hypotesen om det moderne samfunds fremmedgørende og ensomhedsfremmede effekter (Tornstam, 2011).

Blandt ensomhedsforskere i dag er der enighed om, at forestillingen om en udbredt ensomhed hos gamle mennesker i moderne velfærdssamfund baserer sig på en myte (Tornstam, 2011; Heylen, 2010). Det betyder som sagt ikke, at der ikke findes ensomme gamle mennesker. Spørgsmålet er imidlertid, om der ikke findes forskellige former for ensomhed, som er knyttet til forskellige slags livssituationer og til det sociale livs kompleksitet. Der er forskel på at være ung uden endnu at have etableret sig i voksenroller og på at være gammel, hvor livet snart er slut, og hvor ens jævnaldrende nærmeste måske er døde (Munk, 1999). Vi kan nu vende os mod en undersøgelse af ensomhed og alderdom.

Ensomhed og alderdommens sociale kompleksitet

En præmis for ensomhedsforskningen er en grundlæggende forståelse af mennesket som et væsen med sociale behov. Som det antydes, er sammenhængen mellem ensomhed og alderdom ikke så ligetil, som man kunne tro (Heylen, 2010; Tornstam, 2011). Dels kan alderdom på grund af aldersgrænser i sig selv medføre risiko for social udstødning, dels kan dårligt helbred gå ud over evnen til at føre det selvstændige og aktive sociale liv, som man kunne, da man var rask og rørig, og endelig kan aldrende personer opleve ensomhed, som ikke har noget med alderdommens vilkår at gøre, men er knyttet til vanskeligheder tidligere i livet, som bæres med ind i alderdommen (Tornstam, 2011; Lasgaard, 2010). Med andre ord kan man ikke forstå ensomhed uden at inddrage det dynamiske forhold imellem det enkeltes livsløb, familien og samfundet.

Udredning af fænomenet ensomhed, både teoretisk og empirisk, vanskeliggøres af såvel dets tabubelagte karakter som af de forskellige discipliner – først og fremmest sociologi, psykologi og filosofi – forskelligartede definitioner af begrebet. Man er dog nået til en vis grad af enighed om, at ensomhed er en differentieret størrelse, der er knyttet til forskellige aspekter af det sociale livs kompleksitet. Den hænger sammen med grundlæggelsen af barnets tilknytning til andre mennesker i den tidlige barndom, med de socialt set udfordrende overgange i livsløbet (fx tab af en nær pårørende) og med tilværelsens eksistentielle vilkår som sådan. I de sidste år er der kommet yderligere et aspekt ind i ensomhedsforskningen, nemlig sammenhænge mellem fysisk sundhed og ensomhed. Folkesundhedsforskere mener at have fastslået, at langvarig ensomhed i sig selv er farlig for ikke bare det psykiske (såsom depression og tristhed), men også for det fysiske helbred (Avlund et al., 1998; Lund et al., 2002; Lund & Avlund, 2004). På den anden side betones det visse steder, at selvvalgt isolation med tilhørende ensomhedsfølelse kan have sine positive sider

(Elsass, 2016). Den moderne forskningslitteratur er dog koncentreret om de negative aspekter ved ensomhed, og det er disse, vi vil koncentrere os om i denne tekst.

Forskellige former for ensomhed

Helt basalt kan man sige, at ensomhed er en oplevelse eller en tilstand knyttet til det sociale liv. Overordnet betragtet er der tale om en slags oplevet social mangelsituation. Det er vigtigt at have for øje, at det enkelte menneskes præferencer og forventninger til det sociale liv er en væsentlig faktor i forståelsen af ensomhed. Hvis der er en forskel imellem det ønskede eller forventede og det faktiske sociale liv, kan det få ensomheden til at bryde frem. Ifølge Heylen (2010) skal ensomhed i bred forstand forstås som en negativ, subjektiv oplevelse, som er knyttet til en mangel på, eller dårlig kvalitet af, sociale relationer. Det er endvidere vigtigt at gøre sig klart, at der ikke er noget direkte forhold imellem oplevelsen af ensomhed og det at være alene. Man kan både føle sig ensom sammen med andre mennesker og være alene uden at føle sig ensom. Det vil altid være et spørgsmål om den enkelte persons opfattelse og fortolkning af den situation, vedkommende befinder sig i (Munk, 2012). Imidlertid understreger den amerikanske antropolog R.L. Rubinstein (1986, s. 185), at ensomhed med en vis sandsynlighed kan knyttes til (ydre) social isolation:

1. Ensomhed opleves givetvis oftest, når man faktisk er alene.
2. Især den kortvarige ensomhed i ungdommen kan 'jages bort' ved at opsøge selskab.
3. Jo mere man ser til andre, jo større er sandsynligheden for, at man finder personer eller sammenhænge, som kan fordrive ensomheden.

Ifølge Weiss (1973) er der to forskellige former for ensomhed, som begge er udtryk for en affektiv tilstand: emotionel og social ensomhed. Emotionel ensomhed opstår ved fravær af en tilknytningsfigur eller en intim relation, og social ensomhed forekommer ved fravær af et tilgængeligt socialt netværk. Denne opdeling har været

retningsgivende for ensomhedsforskningen.

Ensomhed kan ifølge Sadler og Johnson (1980) eksistere over fire dimensioner, som også inkluderer Weiss' opdeling:

Kosmisk ensomhed: Følelse af fremmedgjorthed fra virkeligheden som helhed, fra Gud eller fra sin skæbne. Man kunne med Erikson (1983) også kalde det en slags eksistentiel fortvivelse.

Kulturel ensomhed: En følelse af fremmedgjorthed fra almindeligt accepterede normer og regler og idealer, fordi man selv kommer fra en anden kulturel sammenhæng.

Social ensomhed: Er opfattelsen af en slags eksil, forkastelse, eksklusion fra sociale sammenhænge.

Interpersonel eller emotionel ensomhed:

Repræsenterer oplevelse af adskillelsen fra signifikante andre; konkrete, nære personer, som man savner og længes efter.

Sadler og Johnsons opdeling af ensomhedens dimensioner giver en vigtig skelnen, som bedre sætter os i stand til at forstå, hvordan flere former for ensomhed i alderdommen kan udvikles. Den følgende historie om Kamma illustrerer anvendeligheden af Sadler og Johnsons fire ensomhedsdimensioner og giver også indsigt i, hvilke strategier et gammelt menneske kan tage i anvendelse for at mindske sin ensomhed.

Fortællingen om Kamma som

'Palle alene i verden'

Kamma er 82 år og enke. Hun har en søn, men ingen børnebørn. Ægteskabet har været lidt vanskeligt, og efter ægtefællens død forestillede hun sig, at hun skulle bruge sin nye frihed til at opbygge en hyggelig dagligdag med håndarbejde, blomsterpasning og omgang med venner. Men af flere grunde bliver det tiltagende svært at finde nye, jævnaldrende venner:

"Nu oppe på torvet – og vi har boet her i mange år. I lørdags – jeg mødte ikke et menneske, jeg kendte. Det er helt underligt, hva? – Ja, de er døde."

Men ind imellem møder Kamma ukendte, mulige venneemner: *"Jeg prøver at smile til nogen i min egen alder, men det er meget sjældent, jeg får et smil igen. Det kan jeg ikke forstå. For vi er da i samme båd, ikke? Jeg er sikker på, at mange af de ældre damer, jeg kommer forbi, de vil godt smile, men jeg ved det ikke. Jeg ved ikke, hvorfor de ikke gør det. Det koster da ikke penge, vel? Der kan somme tider komme et forsigtigt smil..."*

I takt med, at mulighederne for at etablere en varieret og hyggelig tilværelse indskrænkes på grund af stigende fysisk skrøbelighed, nedsætter Kamma sine aktiviteter. Hvor meget afhænger af årstiderne; om vinteren til et minimum, hvorfor hun bliver deprimeret og sover meget, mens forår og sommer giver mere energi og gør det mindre farligt at færdes udendørs. Så går hun ud hver dag og køber lidt ind også, dels for at have noget at gå efter, og dels fordi hun ikke mere kan bære så meget ad gangen, selvom hun har anskaffet en lille indkøbsvogn til at trække med. Den skal alligevel bæres op i bussen og op ad trapperne. Men det er ikke let, når livslysten overgår den kropslige formåen:

"Man tænker jo mere, når man bliver gammel (græder), man går og tænker – man har mere tid til at tænke – Ja, hvordan skal det ende (græder)? Jeg tænker tit på det. Ikke hver dag... Af alt det... der er så meget, jeg gerne vil, men så opdager jeg, at det har jeg ikke kræfter til. Det bliver jeg også sådan lidt ked af. Men så siger jeg til mig selv 'jamen, sådan er der så mange, der har det også'".

Undertiden kan det også knibe med at se det højere formål med stadig at leve:

"... sommetider så sidder jeg og kigger ... jeg har det rart og godt – jeg mangler jo ikke noget. Og til andre tider tænker jeg: 'Hvad skal jeg være her for mere?' Der er jo ingen småbørn, jeg skal passe – og det kan jeg heller ikke, fordi det orker jeg ikke mere. Fordi det kan jeg jo mærke, når jeg kører træet – når jeg har hjælp behov – når jeg selv har indset det, så kan jeg jo ikke... og der er jo heller ingen børnebørn..."

Men disse sociale og kropslige forandringer sætter sig spor i sindet:

“... sådan har jeg ikke været før... jeg kommer til at græde... men det har jeg ikke. – Men jeg er ikke – det tror jeg også, jeg har sagt til dig – jeg er ikke sådan en, der skal have mennesker om mig hele tiden, og have medlidenhed med mig selv af den grund. Det har jeg altså ikke. Jeg kan godt være alene, uden at... jeg kan godt underholde mig selv. Men alligevel, det er det, at man ikke kan lide, at man ser ikke engang nogen, man kender, på gaden. Det er ligesom, man føler – ja, nu er du blevet gammel.”

Men selvom Kamma har det godt alene, har hun, nu hvor livet snart er slut, fået behov for et menneske at betro sig til for at bearbejde fortiden; specielt om forholdet til moderen og ægtefællen. Hun vil gerne betro sig til sønnen, men han glider af på hendes forsøg. Hun har derfor sat et avisclip op på væggen, som handler om den forsømte samtale imellem mennesker, i håb om at råbe ham op ad den vej, men indtil videre forgæves (efter Munk, 1999, s. 310-313).

På grund af den stigende skrøbelighed formår Kamma ikke at udnytte sin nye frihed efter mandens død, og det hensætter hende i forskellige former for ensomhed: *social* (hun vil gerne finde venner, men alle de jævnaldrende er døde), *interpersonel* (hun mangler en nær ven at betro sig til og samtale med om sit liv) samt *kosmisk ensomhed* (hun oplever tilværelsen som meningsløs: der er ikke brug for hende længere, og hun kan ikke så meget på grund af sin dårlige fysik). Kosmisk ensomhed kunne man også kalde *eksistentiel* ensomhed. Kamma giver ikke udtryk for *kulturel* ensomhed, men man kan sagtens forestille sig, at ældre mennesker, der er vokset op i en anden tid med andre normer, kan føle sig kulturelt ensomme sammen med yngre generationer. På samme måde kan man forestille sig, at emigranter i alle aldre kan føle sig ensomme i fremmede kulturer på grund af fundamentale forskelle i normer og værdier.

Risikofaktorer

Når man skal arbejde med ældre mennesker, kan det være nyttigt at være opmærksom på de faktorer, der ser ud til at forebygge eller angive en øget risiko for ensomhed. Vi kan i den forbindelse starte med at kigge på livsløbet og spørge, hvorfor ensomhedens udbredelse ser ud, som den gør, med en øget forekomst i ungdomsårene og et fald hen over voksenlivet, og deraf også få en ide om beskyttende hhv. belastende faktorer for ensomhed i alderdommen.

Forklaringen er sandsynligvis, at man i ungdommen er på vej væk fra sin opvækstfamilie og selv skal etablere et selvstændigt voksenliv med egen familie og arbejdsliv, en proces, der tager tid og kan forårsage ensomhed i kortere eller længere tid, indtil voksenrollerne som partner, forældre og arbejdskraft er på plads.

Især børn og lang uddannelse ser ud til at have en socialt integrativ og dermed ensomhedsreducerende virkning, og modsat, hvis man får en marginaliseret voksentilværelse uden familie og arbejde, risikerer man at udvikle langvarig ensomhed, som følger med ind i alderdommen (Lasgaard, 2010).

Det er på den anden side ikke så enkelt, at det at have børn er en forsikring mod at blive ensom som gammel: hvis man går ind i alderdommen med et dårligt forhold til sine børn, forøger det ensomheden og tilføjer sorg, vrede og skam, hvis man ikke ser dem (Munk, 1999). Omvendt har barnløse kvinder flere venner end kvinder med børn (Heylen, 2010). Barnløse kvinder har muligvis en tendens til at udvikle andre og på mange måder måske mere holdbare netværk over livsløbet, end kvinder med børn har, hvor hjælp og støtte undertiden antages at komme automatisk på grund af slægtsbånd, hvad det ikke nødvendigvis gør.

I Tornstams tidligere nævnte ensomhedsundersøgelse fra 2008 fandt man, at følgende variable har dominerende indflydelse på følelsen af ensomhed: 1. Levealder 2. Civilstand (enlige oplevede mere ensomhed end samboende) og

3. Oplevet helbred. I en undersøgelse forløbende over syv år i Holland fandt man det samme (Tornstam, 2011).

Fonden Ensomme Gamles Værn har på baggrund af den nationale Sundhedsprofil lavet en opgørelse over, hvilke omstændigheder der henholdsvis forebygger og øger risikoen for ensomhed i alderdommen (Nicolaisen et al., 2014):

Lav risiko for ensomhed: At være gift/have samlever/kæreste, at have børn, at være højtuddannet; selv vurderet godt helbred; ugtl. kontakt med familie og/eller venner; har nogle at tale med om problemer eller om behov for støtte, accept af tab; boet længe i samme lokalområde; har en hobby, som optager personen meget; viser generelt engagement; er selv opsøgende.

Middel risiko for ensomhed: Tab af ægtefælle eller nærtstående inden for de sidste fem år; har ingen børn; omtaler sig som en enspænder eller særling (typisk mænd); ikke-vestlig baggrund; har opgivet tidligere store interesser på grund af helbred, transportproblemer etc.; vurderer sin økonomi som dårlig; giver udtryk for at mangle nære venner; har ikke lyst til – eller vurderer, at det ikke er muligt – at deltage i (flere) aktiviteter i lokalområdet; er tilflytter til lokalområdet.

Stor risiko for ensomhed: Vurderer eget fysisk helbred som dårligt; modtager evt. hjemmepleje; har gennemlevet kritisk forløb (alvorlig sygdom, overfald eller lign.); har alvorligt syg ægtefælle eller ægtefælle, der modtager hjælp til personlig pleje; har problemer med hørelsen; har mistet ægtefælle eller andre nærtstående inden for de sidste seks måneder; har højst kontakt med familie og/eller venner 1-2 gange om måneden; giver udtryk for at have svært ved at tage sig sammen til at gøre ting; har svært ved at få struktur på hverdagen; mangler nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte.

Forskning som ovenstående kan hjælpe praksisudøvere med at være opmærksomme på ældre mennesker, der statistisk set er i forhøjet risiko for at opleve ensomhed og således være et godt pejlemærke. Det er dog her til sidst vigtigt igen at pointere, at ensomhed ikke er en universelt gældende tilstand for ældre mennesker, og at den samme situation kan opleves vidt forskelligt af forskellige personer; hvad der for nogle vil give anledning til ensomhed vil for andre være en mulighed for stille eftertænkssomhed.

Det er desuden vigtigt at gøre sig klart, at ensomhed kan være mange ting, og en indgriben over for fænomenet må være afstemt efter, om det drejer sig om et savn af en mistet ægtefælle, om en generel mangel på sociale relationer eller måske en mere eksistentiel form for grubleri. Det vil givetvis være nødvendigt med forskellige indgangsvinkler, og tricket er således ikke altid gjort blot ved at introducere personen til nye sociale sammenhænge.

Forslag til videre læsning

Lasgaard, M (2010).
Ensom i en social verden.
Psyke & Logos 31:206-231.

Nikolajsen, A, Hedelund, M & Swane, CE (2014).
'Palle alene i verden'. Et kvalitativt studie af voksnes ensomhed midt i livet.
København: Ensomme Gamles Værn.

Hedelund, M & Nikolajsen, A (2016).
Fortæl for livet.
Projektrapport. København:
Ensomme Gamles Værn.
Kan hentes på:
http://www.egv.dk/media/202698/fort_l_for_livet_rapport.pdf. [17. oktober 2016].

Referencer

- Avlund, K, Damsgaard, MT & Holstein, BE (1998). Social relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and women in Denmark. *Soc. Sci. Med.* 47:635-43.
- Cowgill, DO & Holmes, L (1972). *Aging and Modernization*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Durkheim, E (1978; [1897]). *Selvmodet*. Oslo: Fremad (Le Suicide. Étude de Sociologie).
- Elsass, P (2016). *Kunsten at være alene. Introduktion til den gode ensomheds psykologi*. København: Gyldendal.
- Erikson, E (1983). *Livsringen sluttet*. København: Hans Reitzel.
- Gaunt, D (1991). Det förlorade paradiset eller paradiset förlorade – gamlingars status i olika kulturer. *Socialmedicinsk Tidskrift* 2-3:78-83.
- Heylen, L (2010). *The older, the lonelier? Risk factors for social loneliness in old age*. Ageing & Society 30:1177-1196.
- Lasgaard, M (2010). *Ensom i en social verden*. Psyke & Logos 31:206-231.
- Lund, R, Due, P, Modvig, P, Holstein, BE, Damsgaard, MT & Andersen, PK (2002). Cohabitation status and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. *Soc. Sci. Med.* 55:673-79.
- Lund, R & Avlund, K (2004). *Sociale relationer og helbred hos gamle*. LIV. Sundhedsfremme og forebyggelse 3:14-15.
- Munk, KP (1999). *Belastninger i alderdommen*. Aarhus Universitet: Sundhed, Menneske og Kultur.
- Munk, KP (2012). *Coping. Manual til kvalitativ mikroanalyse*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Nikolajsen, A, Hedelund, M & Swane, CE (2014). *'Palle alene i verden'. Et kvalitativt studie af voksnes ensomhed midt i livet*. København: Ensomme Gamles Værn.
- Odén, B (1994). Våld mot föräldrar i det gamla svenska samhället. I Hylle, I (red.) *Overgrep mot elder*. København: Nordiska Ministerrådet Nord, 2.
- Rubinstein, RL (1986). *Singular Paths: Old Men Living Alone*. New York: Columbia University Press.
- Sadler, WA and Johnson, TB Jr. (1980). From loneliness to anomia. I Hartog, J, Audy, JR & Cohen, YA (red.). *The Anatomy of Loneliness*. New York: International Universities Press.
- Tornstam, L (2011). *Åldrandets socialpsykologi*. Stockholm: Norstedts.
- Weiss, RS (1973). *Loneliness: The experience of Emotional and Social Isolation*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Den utilregnelige krop

At leve med sygdom og svækkelse i alderdommen

Dette kapitel handler om ældre menneskers erfaringer med sygdom og svækkelse. Baseret på en fænomenologisk tilgang og etnografisk feltarbejde med udgangspunkt i to genoptræningscentre vises, hvordan kroppen antager en dobbelt betydning, når sygdom og svækkelse bliver en del af hverdagen. Den fremtræder både som et objekt, der pådrager sig opmærksomhed som en selvstændig 'genstand', og samtidig træder den i karakter som et subjekt med egen vilje, der kan opleves som uden for 'ejerskabets' kontrol. Hverdagen med en syg og svækket krop indebærer usikkerhed, foranderlighed og det, der kaldes *krise som kontinuitet*.

I mødet med svækkede gamle mennesker og i arbejdet med at skabe gode dage, må der tages højde for hverdagens omskiftelighed, kroppens utilregnelighed, og at aldrig i alderdommen kan være en proces præget af gentagende kriser. Det præsenterer en udfordring i forhold til at honorere krav om en vis grad af kontrol over krop og helbred og at arbejde med kroppen i lineære, målbaserede forløb.

Louise Scheel Thomsen

Cand.scient.h.anth. Fuldmægtig i Sundhedsstyrelsen, Enhed for Ældre og Demens.

Erfaringer med sygdom og svækkelse

Det er velkendt, at vi lever længere og med flere raske år end tidligere. Teknologiske og medicinske fremskridt har gjort, at blandt andet kroniske sygdomme kan kontrolleres bedre og er noget, vi kan leve med også i høj alder. Svækkelse, smerter og sygdom er dog stadig noget, der præger tilværelsen for mange ældre mennesker (Vos et al., 2015). Samtidig komplicerer kroniske sygdomme også den samlede helbredtstilstand, om end de er bedre behandlet end tidligere. Dette kapitel udspringer af en interesse for, hvordan hverdagen med sygdom og svækkelse opleves, når man er gammel. Med udgangspunkt i et etnografisk forskningsprojekt om ældre mennesker under og efter genoptræningsforløb* vises, hvordan sygdomserfaringer skaber brud i hverdagens rutiner og ændrer den enkeltes forhold til krop og selv. Oplevelser af kontinuitet og identitet sættes under pres, og i en periode handler en stor del af tilværelsen om at finde tilbage til en kendt version af hverdagen. Det indebærer forhandlinger med en krop, der træder i karakter som et subjekt med egen vilje, og som er årsag til gentagne kriser.

I det følgende skal det handle om de ændringer i hverdagen, som sygdom og svækkelse medfører.

Når hverdagens selvfølgelighed forstyrres

Rutiner udgør en grundlæggende struktur i vores hverdag (Löfgren & Ehn, 2009). De er hverdagens takt og rytme, som vi under normale omstændigheder ikke lægger mærke til. Vores hverdag er omfattet af en selvfølgelighed på en sådan måde,

at vi ikke tænker nærmere over den, men tager den for givet. På den måde kan vi færdes i verden uden at skulle reflektere over den hele tiden. Med udgangspunkt i hverdagslivsteoretikeren Alfred Schutz kalder Birte Bech-Jørgensen dette for *selvfølgelighedens symbolske orden*. Det er gennem hverdagens upåagtede handlinger, at vi konstant skaber og genskaber livet, som vi kender det (Bech-Jørgensen, 1994).

Sygdom og svækkelse medfører, at hverdagens selvfølgelighed forstyrres. Rutiner og vaner træder ud af deres skjul og bliver synlige, når man ikke længere kan udføre dem på samme måde som før, eller måske slet ikke. En ældre kvinde, Agnes, fortalte fx med længsel om de lange ture hun i flere år havde gået med en veninde hver søndag, hvilket hun nu ikke længere var i stand til. Inden hun blev syg, var de en del af hendes hverdag, som hun holdt meget af, og som hun i flere år tog for givet. Nu, hvor hun har brug for rollator til at komme omkring uden for sin lejlighed, og det med et vist besvær, omfattedes søndagsgåturene med en vis nostalgi. De er en fortælling om det, hun kunne engang, en savnet del af hendes tidligere hverdag, som bliver synlig i kraft af dens fravær.

I sin analyse af hverdagsliv blandt unge, arbejdsløse kvinder skelner Bech-Jørgensen mellem *skred og brud* (Bech-Jørgensen, 1994, s. 111). Skred er mindre forstyrrelser i hverdagslivet, som man forholdsvis nemt kan improvisere sig ud af og igen finde tilbage til hverdagens orden og rutiner igen. De er ikke så forstyrrende i hverdagens kontinuitet. Serier af skred, derimod, kan føre til regulære

*) Dette kapitel er baseret på forfatterens etnografiske ph.d.-studie om danske ældre i genoptræning, forankret ved Center for Sund Aldring & SAXO-Instituttet, Københavns Universitet. Projektet har til formål at undersøge, hvordan mennesker erfarer og håndterer svækkelse i den sene del af livet, og hvordan et kommunalt tiltag som genoptræning indgår i deres bestræbelser på at skabe et meningsfuldt liv med en krop, der ikke opfører sig helt, som de kunne ønske sig. Studiet er baseret empirisk på sammenlagt ni måneders etnografisk feltarbejde, fordelt over 1½ år i to genoptræningscentre, samt i otte ældre menneskers hverdag uden for centret. Desuden er der foretaget interview med otte terapeuter, analyseret forskelligt skriftligt og elektronisk materiale, og lavet feltarbejde i andre aktivitetsrelaterede sammenhænge for ældre i den pågældende kommune, fx aktivitetstilbud for ældre, dialogmøder om rehabiliterende og aktiverende tilgang for medarbejdere i kommunen, der arbejder med ældre, samt på en tilstødende rehabiliteringsafdeling og et aktivitetscenter i det ene center.

brud på en oplevelse af selvfølgelighed. Med denne skelnen kan man få øje på den eskalerende og kumulative effekt af tilsyneladende mindre begivenheder, der kan føre til gradvist større skred i hverdagslivet. Når flere skred følger efter hinanden over en periode, kan de blive til regulære brud på selvfølgelighedens orden. Fortællingen om Anna, som jeg introducerer om lidt, vidner om, hvordan sådanne skred og brud bidrager til, at hverdagens balance skubbes mere og mere over mod det kaotiske, mod det ukendte og mod en oplevelse af, at man ikke længere kan kende sig selv. Oplevelser af kontinuitet, identitet og sammenhæng udfordres.

Fortællingen om Anna: krise som kontinuitet

Anna er 89 år, da jeg møder hende, og hun har altid levet alene og klaret sig selv. Hun har haft en lang og spændende karriere og et aktivt fritidsliv med masser af udendørs aktiviteter. Da hun i december 2010 fortæller mig om det forløbne halvandet år, starter hun med at sige, at hun aldrig har haft brug for hjælp, før 'det' startede. 'Det' starter en dag, hvor hun er på vej på et af sine talrige ophold på folkehøjskole og mærker en stærk smerte i ryggen. Hun beslutter at tage afsted alligevel. Men på højskolen tager smerterne til, og en aften bliver hun kørt på hospitalet, hvor der bliver konstateret et sammenfald i ryggen.

Da hun er hjemme igen, får hun besøg af en visitator, der tildeler hende rengøringshjælp hver anden uge, hjælp med vasketøjet og et genoptræningsforløb. Anna når dog ikke at komme i gang med forløbet, før hun bliver indlagt igen, denne gang på grund af en allergisk reaktion over for de smertestillende piller, som gør hende udmattet og dehydreret. Da hun vender hjem igen kort før jul, får hun influenza og må aflyse juleaften med sin familie. Da hun efter et par uger på penicillin er kommet sig, lægger hun sig igen med en slem omgang forkølelse.

For Anna afløser den ene helbredskrise den anden, og hun når ikke rigtigt at komme på fode igen, førend noget nyt indtræffer, som bringer

hende yderligere ud af balance. I sig selv ville en enkeltstående forkølelse, og muligvis heller ikke en omgang influenza, være noget større problem, men set i sammenhæng med de andre begivenheder bliver det tydeligt, hvordan der er tale om en serie af skred, der bringer hende derhen, hvor der til sidst er tale om et regulært brud i hendes hverdagsliv.

Når hverdagslivet brydes, opstår også en oplevelse af brud i kontinuitet og sammenhæng på et identitetsmæssigt plan. Anna gav ofte udtryk for en følelse af 'ikke at være sig selv', på samme måde som flere af de andre ældre mennesker, der var en del af studiet, også gjorde. På et tidspunkt beder hun en terapeut i et af genoptræningscentrene om at give hende en test for demens, som hun kalder det. Hun mistænker, at hun er ved at udvikle en demenssygdom, fordi hun føler sig mere glemsom og forvirret end normalt. På nær en enkelt kommer hun dog igennem testen med alle besvarelser rigtige, og hun får dermed afkræftet sin bekymring omkring demens. Til gengæld bliver hun bekræftet i, at hun er 'langt nede', som hun udtrykker det, i forhold til hvordan hun normalt har det.

Det er symptomatisk for Anna og mange andre af de ældre mennesker i fokus her, at livet bevæger sig op og ned. Så snart man er ude af én krise, melder den næste sin ankomst, eller flere kriser overlapper hinanden.

I daglig tale forstås ordet krise som et brud, en forstyrrelse, i vores normale liv. I denne forståelse er krise en enkeltstående begivenhed, vi går igennem for derefter at vende tilbage til hverdagen, som vi kender den. Ifølge Henrik Vigh betyder ordet i sin oprindelige betydning på græsk ikke et midlertidigt brud, men nærmere "fragmentering" eller "en ustabil tilstand". Set i dette perspektiv kan krise også forstås som en tilstand af "kropslig, social eller eksistentiel usammenhæng" (Vigh, 2008, s. 9, min oversættelse). Altså en ustabil grundtilstand mere end en midlertidig afbrydelse, eller *krise som kontinuitet*, en fundamentalt an-

derledes kontinuitet en den, der ligger i at have en sammenhængende og stabil hverdag.

Biografisk brud, håb og fremtidsnostalgi

For Anna, og mange andre af de ældre mennesker i projektet, bar tilværelsen stærke paralleller til livet med kronisk sygdom. Gentagne skred og brud skaber grundlæggende en usikker og ustabil tilstand. Hertil kommer, at flere også levede med en eller flere kroniske sygdomme, som forskellige former for gigt og KOL, som prægede hverdagen i større eller mindre grad og var en del af årsagen til, at brud opstod. Dette blev så yderligere kompliceret af mere akutte tilstande, som fx et fald.

Flere studier af hvordan det er at leve med kronisk sygdom understreger på forskellig vis netop disse aspekter – det brudte hverdagsliv og den grundlæggende usikkerhed (Bury, 1982; Charmaz, 1983, 1997; Grassman & Larsson, 2012; Williams, 1996). Hvad disse studier derudover understreger er den livshistoriske kontekst, dvs. at sygdom og svækkelse, eller kronisk sygdom, ikke blot skaber et brud i hverdagslivet, men i livshistorien som en sammenhængende fortælling. På baggrund af et sociologisk studie har Michael Bury beskrevet dette som et 'biografisk brud'* (Bury, 1982). Når kronisk sygdom bliver en del af livet, ændrer det fundamentalt på nutid og fremtid, og de grundlæggende, meningsfulde strukturer i hverdagen forandres. Det er i denne kontekst, man skal forstå Annas udtalelser om 'ikke at være sig selv'. Brud i hverdagslivets selvfølgelighed for de ældre mennesker i studiet handler ikke blot om ikke længere at kunne gå den elskede søndagstur, eller kunne opretholde daglige rutiner, men om et grundlæggende brud i opfattelsen af, hvem man er. Kathy Charmaz har beskrevet dette som et grundlæggende 'tab af selv' ved kronisk sygdom (Charmaz, 2000).

Begreber som 'biografisk brud' og 'tab af selv' peger på betydningen af sygdom og svækkelse for den enkelte og viser, hvordan forholdet mel-

lem krop og selv ændres fundamentalt. Begreberne indeholder dog en noget endegyldig opfattelse af betydningen af sygdom og svækkelse som et fundamentalt og uigenkaldeligt tab, sandsynligvis fordi de er baseret på studier af mennesker i en lignende, men alligevel anderledes livssituation. Deltagerne i studierne om at leve med kronisk sygdom havde typisk en mere akut og livstruende karakter end de ældre i nærværende studie (Williams, 1996; Charmaz, 1997). Så selvom der kan opstå et 'biografisk brud', kan nye forståelser af hverdagslivet og af hvem, man er, forhandles frem. Man kan lære sig selv at kende på ny med en anderledes krop og en anderledes hverdag. Det skal dog understreges, at det kan være benhårde forhandlinger, og at de langt fra altid falder ud som ønsket.

I denne situation træder håbet frem og farver fremtiden i en længsel efter at vende tilbage til den normalitet, man håber kun er midlertidigt tabt. Det har form som et ønske om at blive 'normal' igen og udtrykkes fra et sted, hvor man ikke føler sig som sig selv, og hvor man ikke er helt, som man plejer at være. "Jeg håber, jeg kan få det bedre", udtrykte mange deltagere fx om deres arbejde med genoptræning.

Set fra det enkelte menneskes perspektiv skaber håb et rum i fremtiden, vi kan kigge frem mod (Crapanzano, 2003). For de ældre mennesker i studiet er det et sted, hvor en positiv og savnet version af fortiden manifesterer sig på ny i fremtiden. Da Anna senere kommer i gang med sit genoptræningsforløb, er det således ikke kun et arbejde på det fysiske og funktionsmæssige plan, men også et arbejde dedikeret til at håndtere de brud på hverdagsliv og oplevelse af kontinuitet og identitet, som hun har gennemgået. Når Anna laver rejse-sætte-sig-øvelser, træner i benpressen og kæmper på trappens trin, arbejder hun også for at realisere et eksistentielt håb om at blive sig selv igen, sådan som hun var, før 'det' startede. Det kan betegnes som en form for 'fremtidsnostalgi', hvor hun arbejder mod at genetablere en kendt fortid, den kendte hverdag og den, hun var, igen i fremtiden.

*) "Biographical disruption" (Bury, 1982).

Forhandlingerne om genetablering af en fungerende hverdag foregår i et samspil mellem individuelle ressourcer og de muligheder, der tilbydes, fx i form af genoptræning, støtte fra familie osv. En central aktør i denne proces er også kroppen, der antager en dobbelttydig status som både objekt, der måles, testes og trænes, og som et subjekt, der synes at have udviklet sin egen (mod)vilje.

Kroppens dobbelttydige status

I et fænomenologisk perspektiv er mennesket et kropsligt væsen. Det er gennem kroppen, vi erfarer verden omkring os, og gennem kroppen, vi handler i verden (Merleau-Ponty, 2010 [1962]). På samme måde, som hverdagen er omfattet af en selvfølgelighed, når alt fungerer, som det plejer, så er kroppen det også. Dengang gåturene om søndagen var en realitet, og ikke genstand for et savn, var Agnes med stor sandsynlighed ikke særligt opmærksom på sin krop, når hun gik tur, men mere optaget af, hvad hun oplevede omkring på turen og samværet med veninden. Som sådan er vi ikke særsomt bevidst om kroppen, idet vi erfarer og handler i verden netop gennem kroppen. Leder kalder dette for "the dis-appearing body" (Leder, 1990, s. 25), forstået på den måde, at kroppen under normale omstændigheder træder i baggrunden bevidsthedsmæssigt.

Når vi oplever smerte eller sygdom, ændrer kroppen status. Den er ikke længere 'skjult', men træder frem som et objekt i sig selv, der påkalder sig opmærksomhed. Der opstår et split, en afstand, mellem kroppen og selvet. I stedet for, at kroppen er 'fraværende' bevidsthedsmæssigt, opstår hvad Leder kalder 'et fravær af fravær'. Kroppen ændrer status fra 'dis-appearing' til 'dys-appearing' (Leder 1990:82). Når Anna oplever smerte i ryggen, mens hun er på folkehøjskole, oplever hun også, i et fænomenologisk perspektiv, et skift i sit forhold til kroppen. I stedet for at være et middel til at erfare verden gennem træder kroppen i karakter som et selvstændigt objekt, der stiller krav om øjeblikkelig opmærksomhed pga. smerter

og ubehag. Dette er en 'dys-appearing' krop, der opleves som på afstand af det erfarende 'jeg'. Når kroppen fremtræder på denne måde som et objekt, så er vi ikke længere vores kroppe, vi *har* en krop (Leder, 1990, s. 77).

Den utilregnelige krop

Kroppen erfares dog ikke kun som et objekt, men også som et aktivt subjekt. Det kan fx opleves som for denne ældre kvinde, Signe, der flere gange er faldet uden at forstå, hvorfor det sker. Hun fortæller om det sådan her:

"Engang for længe siden faldt jeg herhjemme, uden at falde over noget, to gange med to dages mellemrum... Eller, jeg faldt én gang med to dages mellemrum, det var meget mærkeligt, og det var der ingen, der rigtigt kunne forklare. Det kunne jeg heller ikke selv, fordi jeg faldt ikke over tæppet eller noget som helst... "

Kroppen kan være et utilregneligt subjekt, der får dig til at falde over ingenting, ud af det blå. Den opfører sig næsten, som om den har sin egen vilje, og kan handle selvstændigt. Det kan også komme til udtryk som en frustration over den usamarbejdsvillige krop, som når Signe beklager sig over, at hendes ben "*ikke vil det samme, som jeg vil!*". På trods af, at hun arbejder flittigt med at forbedre sin fysiske funktion på et genoptræningshold to gange om ugen, hvor hun har sat sig klare mål med træningen, så kan hun stadig ikke løfte benet mere end ganske få cm over jorden. Det rækker ikke til at kunne køre bil, som er et af hendes højeste ønsker efter en hofteoperation. Den utilregnelige krop kan initiere og forlænge kriser ved ikke at samarbejde med sin hårdtarbejdende 'ejer'. Arthur Kleinman beskriver det således i kontekst af kronisk sygdom: "*Den (kroppen) er ude af kontrol. Den ene forbandede ting følger efter den anden. Vores kroppes troskab er så grundlæggende, at vi ikke tænker over den – den er det grundlag, vi lever vores liv på. Kronisk sygdom er et forræderi af denne fundamentale tillid.*" (Kleinman, 1988, s. 44-5, min oversættelse). Kleinman beskriver her kroppen som en forræder,

et utilregneligt subjekt, der skaber skred og brud i hverdagens selvfølgelighed.

Det betyder, at kroppen, når den er ude af kontrol og skaber ustabilitet i hverdagen, ikke altid er samarbejdsvillig i forhold til de mål, der sættes i genoptræningen. I løbet af studiets periode gennemgik Signe fx to genoptræningsforløb, men kom aldrig rigtigt overens med sit ben. Selvom det lykkedes hende at få sit kørekort igen og komme ud at køre bil, som hun ønskede, så kom hun aldrig helt op på det niveau, hun havde haft ambitioner om. Også andre havde svært ved i det hele taget at gennemføre forløbene, eller i det mindste komme stabilt igennem dem, særligt dem, der som Anna og Signe befandt sig i kategorien "geriatrike borgere". En terapeut fortalte: *"De her gamle, det er så ustabilt. Så bliver de indlagt, så må man aflyse... Ja, sådan er vores hverdag, det er vilkårene."*

Når kroppen kaster krise som kontinuitet og dermed forstyrrer en kendt oplevelse af, hvem og hvad man er som person, anviser et genoptræningsforløb vejen frem ift. at realisere håbet om at blive sig selv igen. Det sker skridt for skridt gennem holdtræning og individuelle øvelser, med udgangspunkt i målsætning og fysiske test som fx *Senior Fitness Test*, der tilsammen danner en lineært fremadskridende sti, man inviteres til at træde ad på vej fra A til B, øvelse for øvelse. Men med en ustabil krop, der synes at leve sit eget liv på tværs af ens ønsker og håb, gives ingen garantier for, at forhandlingerne med kroppen vindes. Det bliver da en udfordring at vandre ad den lige, opadstræbende linje defineret af konkrete mål og øvelser. I denne sammenhæng skaber et kig ind i den del af hverdagen, som foregår uden for træningscentret, øget forståelse for hverdagens omskiftelighed, og hvordan den enkelte lever med en syg og svækket krop.

Kaos som del af hverdagen

Når sygdom og svækkelse bliver en del af tilværelsen, og kroppen antager dobbelt betydning, bliver det klart, at hverdagen ikke altid er en stabil og uforanderlig størrelse, særlig ikke for ældre

mennesker. Skred, brud og elementer af kaos kan være en fundamental del af hverdagslivet (Trentman, 2009). Bech-Jørgensen beskriver, hvordan hverdagslivet konstant skabes og genskabes og opretholdes gennem improvisation, når der sker små, uforudsete skred (Bech-Jørgensen, 1994). Selvom hverdagen opleves som selvfølgelig, eller som 'naturlig', som Schutz beskriver det (Schutz, 1972), er elementer som kaos og uorden, der kan opleves som 'unaturlige', også en del af livet for mange. Da Schutz i sin tid fremsatte sit hverdagslivsbegreb, omfattede det ikke sådanne aspekter. Men at inkludere disse elementer i en forståelse af hverdagslivet gør det muligt at få et anderledes indblik i tilværelsen for ældre mennesker som Anna og Signe, hvis kroppe ikke opfører sig 'normalt'. Med en sådan forståelse rettes blikket mod de måder, mennesker bevæger sig igen- nem op- og nedture. Når krise ikke opfattes som en midlertidig afbrydelse, men som kontinuitet, lægges fokus på, hvordan man bevæger sig i, eller med, krise, i højere grad, end hvordan man kommer igennem krise (Vigh, 2008, s. 17). Det kommer til at handle om, hvordan man skaber en god hverdag, her og nu, også når den er præget af kampe med kroppen.

Afrunding

Selvom vi generelt set lever længere og er mere sunde end tidligere, består livet i alderdommen for mange også af at forsøge at skabe sig et godt liv *med* svækkelse, sygdom og kriser, gennem op- og nedture i en forhandling med kroppen om hvem, der har kontrollen. I mødet med svækkede gamle mennesker må der tages højde for hverdagens omskiftelighed, kroppens utilregnelighed, og at aldrig i alderdommen er en proces med store udsving og forandringer. Aldring som ældre er en kompleks og modsætningsfyldt affære (Thuesen, 2013; Lassen, 2014). Det kan således være svært for nogle at honorere krav om kontrol over krop og helbred, som hænger tæt sammen med kulturelle idealer for at aldres på den 'rigtige' måde og at bevare en aktiv og selvstændig livsstil (se fx Katz & Marshall, 2004). Erfaringer fra feltarbejdet

viser da også, at der findes mange 'geriatiske borgere' blandt dem, der ikke fuldfører deres træningsforløb, eller som har ustabil fremmøde. Det er også i denne gruppe, at mange kommer igen efter nogle måneder med fornyet behov for genoptræning. Skal arbejdet med kroppen i lineære, målbaserede forløb lykkes, kræver det en vis grad af kontrol over en krop, der kan vise sig vanskelig, endsige umulig, at kontrollere. Om det lykkes at træne kroppen op, eller vedligeholde ens funktionsniveau, er ikke kun et spørgsmål om at have den rette motivation, men også om, i hvor høj grad kroppen opleves at træde i karakter som medspiller eller ej.

Med baggrund i sådanne erfaringer kan man stille spørgsmålet: Hvad er et godt hverdagsliv for det enkelte ældre menneske? Skal man håndtere, og hjælpes til at håndtere, krise som kontinuitet, skal det ikke kun handle om at komme *ud* af krise,

men også om, hvordan der skabes mening og om muligt glæde i håndteringen af hverdagen *med* krise.

Forslag til videre læsning

Charmaz, K (2000): Experiencing chronic illness. I *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage, s. 277-290.

Murphy, RF (1990). *The body silent*. New York: W. W. Norton.

Swane, CE, Blaakilde, AL & Amstrup, K (2007). *Gerontologi. Livet som gammel*. København: Munksgaard Danmark.

Thomasen, LS (2009). En god alderdom? *Gerontologi* 4(25):12-15.

Referencer

Bech-Jørgensen, B (1994). *Når hver dag bliver hverdag*. København: Akademisk Forlag.

Bury, M (1982). Chronic illness as biographical disruption. *Sociology of health and illness* 4(2):167-182.

Charmaz, K (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health and illness* 5(2):1167-195.

Charmaz, K (1997). *Good Days, Bad Days. The self in chronic illness*. USA: Rutgers University Press.

Charmaz, K (2000): Experiencing chronic illness. I *Handbook of social studies in health and medicine*. London: Sage, s. 277-290.

Crapanzano, V (2003). Reflections on Hope as a category of Social and Psychological Analysis. I *Cultural Anthropology* 18(1):3-32.

Grassman, EJ & Larsson, AT (2012). Bodily changes among people living with physical impairments and chronic illnesses: biographical disruption or normal illness. *Sociology of health and illness* 34(8):1156-69.

Katz, S & Marshall, BL (2004). Is functional 'normal'? Aging, sexuality and the bio-marking of successful living. *History of the human sciences* 17:53-75.

Kleinman, A (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

Lassen, AJ (2014). *Active ageing and the unmaking of old age: the knowledge productions, everyday life and policies of the good late life*. Ph.d.-afhandling. København: Københavns Universitet.

Leder, D (1990). *The Absent Body*. Chicago: University of Chicago Press.

Löfgren, O & Ehn, B (2009). Routines made and Un-made. I *Time, Consumption and Everyday Life. Practice, Materiality and Culture*. Oxford: Berg Publishers, s. 99-112.

Merleau-Ponty, M (2010 [1962]). *Phenomenology of Perception*. New York: Routledge Classics.

Trentmann, F (2009). Disruption is Normal. I Löfgran, O & Ehn, B (red.). *Time, Consumption and Everyday Life. Practice, Materiality and Culture*. Oxford: Berg Publishers, s. 67-84.

Schutz, A (1972). *The Phenomenology of the Social World*. London: Heinemann Educational Books.

Thuesen, J (2013). *Gammel og svækket i nye omgivelser. Narrativt arbejde i brugerorienterede rehabiliteringsforløb*. Ph.d.-afhandling. Roskilde: Roskilde Universitet.

Vigh, H (2008). Crisis and Chronicity. *Ethnos* 73(1):5-24.

Vos, T et al. (2015). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet* 386(9995):743-800.

Williams, SJ (1996): The vicissitudes of embodiment across the chronic illness trajectory. *Body & Society* 2(2):23-47.

Døden i et hverdags- perspektiv

Dette kapitel handler om, hvordan det er at være døende hjemme – også når hjemmet er på en institution – set fra både ældre, syge menneskers perspektiv, såvel som fra deres pårørendes. Der tages udgangspunkt i en sociologisk forståelse af hverdagslivet, dets rutiner, selvfølgelighed og de brud, der sker, når kroppen svækkes, og sygdom sætter ind. Derudover introduceres også begreber til at tænke hjem i flere dimensioner – ikke blot som et fysisk sted, men også som en stemning, en følelse af at være hjemme og at høre til. Hvad er der på spil, når hjemmet bliver ramme både for en døendes hverdag, hvor pårørende hjælper til, og samtidig er arbejdsplads for det personale, der også bliver en del af hverdagen? Og hvordan påvirkes relationer mellem ældre, syge mennesker, deres pårørende og de professionelle, når døden nærmer sig?

Kapitlet inddrager forfatterens undersøgelser af døden på plejehjem og hjemme, samt andre udvalgte forskeres bidrag til emnet.

Mette Raunkjær

Sygeplejerske, cand.scient.soc., ph.d. Seniorforsker ved REHPA, Videncenter for rehabilitering og palliation, Klinisk Institut, Syddansk Universitet.

I dette kapitel sættes fokus på ældre menneskers og pårørendes perspektiver på hverdagen hjemme, når døden kommer inden for rækkevidde. Hjemme forstås som egen bolig eller plejebolig. Kapitlet giver indblik i udvalgte begreber om hverdagslivet og hjemmet samt indsigt i udvalgte empiriske studier om hverdagen hjemme, når man er svækket, ældre og/eller livstruet syg (boks 1). Baggrunden for at inddrage empiriske studier om både svækkede ældre og livstruet syge mennesker er, at svækkede ældre mennesker ofte har livstruende sygdomme, og de livstruede syge, som er medtaget i dette kapitel, er ældre. Kapitlet indledes med en kort introduktion; dernæst sættes fokus på hverdagslivsbegreber, hjemmet, rutiner og brud i hverdagen tæt på døden samt relationers betydning.

Introduktion

Af flere årsager er det væsentligt at have forståelse for og viden om svækkede ældre menneskers ønsker og behov for et hverdagsliv med livstruende sygdom og døden inden for rækkevidde. Ikke alene i Danmark, men i hele Europa, kommer der flere ældre mennesker, som får behov for omsorg (Husebø & Holm, 2015; Saarnio et al., 2015; Thy-

Boks 1 | Livstruende sygdom

Livstruende sygdom omfatter fx kronisk obstruktiv lungelidelse, hjerte-kar- og kræftsygdomme, demens m.fl.

(Sundhedsstyrelsen, 2011)

gesen & Pols, 2015). Desuden viser befolkningsfremskrivningen i Danmark, at den ældre del af befolkningen stiger markant mere end befolkningen generelt, der forventes at stige med 10,8 % i perioden 2015 til 2050 (Danmarks Statistik, 2015) (Tabel 1). Selvom behandlingsmulighederne bliver bedre, bliver der flere ældre mennesker, som kommer til at leve længere med livstruende sygdomme. Derudover udvikler sundhedsvæsenet sig i retning af kortere indlæggelsestider, mere hjemmebehandling og mere telemedicin (Thygesen & Pols, 2015). Disse tendenser indebærer på strukturelt niveau øgede krav til primærsektorens organisering og til de professionelle viden og kompetencer. På borgerniveau betyder det, at flere syge og svækkede ældre mennesker og deres familier skal leve et hverdagsliv i eget hjem med døden tæt på.

Tabel 1 | Befolkningsfremskrivning

	2015	2050	Stigning i %
I alt	5.659.715	6.271.485	10,8
70-79 år	459.840	675.261	38,6
80-89 år	196.636	490.349	40,1
90-99 år	41.751	132.383	217,0
100 år og derover	1.022	6.138	500,6

(Danmarks Statistik, 2015)

Hverdagslivsbegreber

I et sociologisk perspektiv (Bech-Jørgensen, 1994, 2001) er hverdagslivet for alle mennesker noget, som i høj udstrækning tages for givet og opleves selvfølgeligt. Det vil sige, at hverdagen er der bare. Vi sætter ikke spørgsmålstegn ved, hvorvidt det giver mening, at der findes institutioner som fx hospitaler og plejehjem eller, at der findes relationelle konstellationer som fx patient-læge eller plejhjemsbeboer-personale. Hverdagslivet handler om det daglige liv i al almindelighed – dvs. familien, skolegang, job, hverdagen hjemme osv. Nogle af hverdagslivets betingelser er samfunds-skabte. Det kan dreje sig om institutioner som plejehjem og dets rutiner, fx at personalet arbejder i skiftende vagter, at der kommer regelmæssige tilsyn på plejehjemmet, lovgivning ang. hjertestartere og genoplivning osv.

Andre af hverdagslivets betingelser skabes i interaktionen mellem mennesker. Et eksempel kan være, hvorvidt personale på plejehjem gennem den daglige pleje og omsorg bidrager til, at ældre mennesker overvejende føler sig set, forstået og respekteret frem for overset og afmægtig. Naturgivne forhold påvirker også menneskers hverdagsliv, fx at blive ældre, syg og svækket, og at døden er inden for rækkevidde. Den måde, som det enkelte menneske håndterer disse hverdagens betingelser på, vil afhænge af sociale forhold som uddannelse, familieopvækst og den kulturelle kontekst som fx land, traditioner og sprog.

Gentagelser frembringer rutiner i hverdagen, der skaber en genkendelighed og gør det lettere for os at orientere os i verden. Gennem kropslige handlinger skaber og genskaber vi selvfølgeligheden, og samtidig bidrager det til, at vi får en kropslig fornemmelse af os selv – dvs. vi føler os som os selv og kan genkendes som sådan af andre (Bech-Jørgensen, 1994; Schutz, 1962). Eksempler kan være rutiner, når vi står op og går i seng, fx rækkefølge og tidspunkt for, hvornår vi tager tøj på og af igen, soignerer os, spiser og drikker osv. Men der opstår konstant mere eller mindre omfattende og mærkbare forandringer eller brud

i hverdagen, der forstyrrer selvfølgeligheden (Bech-Jørgensen, 1994). Det kan dreje sig om processer, der strækker sig over kortere eller længere tid, som fx sygdom, svækkelse og dødsfald.

Relationer er en grundlæggende betingelse for mennesker. Vi forstår os selv og hinanden gennem relationer, som forældre-børn, hustru-mand, omsorgsgiver-omsorgstager m.fl. De sociale relationer er rumligt struktureret og indeholder elementer af fælles interesse (Schutz, 1975). Et eksempel kan være, at for svækkede ældre mennesker repræsenterer boligen et hjem, hvor man skal kunne føle sig godt tilpas. For fagpersoner, som yder pleje og omsorg her, repræsenterer hjemmet imidlertid også en arbejdsplads med behov for plads til hjælpemidler, gode arbejdsstillinger osv. På trods af disse forskelle har begge parter interesse i, at den pleje og omsorg, som ydes, er af høj kvalitet. I næste afsnit ses mere detaljeret på hjemmet som begreb og institution.

Hjemmet som ramme omkring hverdagen og døden for svækkede ældre mennesker

Hjemmet er det eller de rum, som udgør konteksten om svækkede ældres hverdagsliv, uanset om det drejer sig om egen bolig eller en plejebolig. Hjemmet er en central del af hverdagen, noget, som alle kender til, og som på samme tid både er meget privat og meget alment. Hjemme kan være det sted, hvor man bor, den adresse, som er opgivet til folkeregisteret, men også noget, man kan føle sig hjemme i, eller måder at gøre noget hjemligt for en selv (Wackers, 2015; Winter, 2012). Ifølge Ida Wentzel Winter (2012) kan hjem, som begreb, deles op i fire dimensioner (boks 2).

Boks 2 | Hjemmets fire dimensioner

1. Hjem som idé
2. Hjemmet som rum/sted
3. At føle sig hjemme
4. At 'hjemme den'.

(Winter, 2012)

Den første dimension handler om hjem som idé og kan ikke direkte overføres på den konkrete bolig, men navngiver en mangeårig ideologisk konstruktion og kulturhistorie, hvor hjem på forskellig vis kommer til at danne en grundtone. Et eksempel er, at hjemmet er en af kulturens selvfølgeligheder i en dansk kulturkreds. Det at have egen bolig er tegn på autonomi, ansvarlighed og at være voksen. Når man ikke længere formår at bo i egen bolig, kan plejeboligen være et alternativ, og fysisk skrumper hjemmet fra hus/lejlighed til et værelse. Det vil sige, når man er nødt til at flytte fra sit hjem til et andet på en institution, betyder det kulturelt set tab af autonomi og ansvarlighed. Man er på en måde ikke helt 'rigtig voksen' længere.

Den anden dimension er hjemmet forstået som et sanseligt og individuelt rum – dvs. et konkret, lokalt og taktilt sted. Det er der, hvor man bor, sover, spiser, bader, har sine hjemmesko og private ting. Her foregår hverdagsrutinerne. Samtidig er hjemmet foranderligt og ændres i takt med, at mennesket går fra at være barn, til ung, voksen, ældre og svækket, hvor også oplevelsen af hjemmet ændres med alderen.

Den tredje dimension, at føle sig hjemme, er ikke noget fysisk, men en stemning eller noget, man kan tage med sig og etablere andre steder. Den fjerde dimension, 'at hjemme den', drejer sig om måder at fylde på – en form for insisteren på, at man er til stede og eksisterer. Det kan fx dreje sig om, at man går rundt i slåbrok, på bare tæer, man prutter, dufter og smager. Man gør rummene til sine. Det foregår ofte ubevidst og er noget, man bare gør uden at tænke over det. Det kan imidlertid også være mere bevidste handlingsmønstre som at vande blomster, hænge foto op af børn og børnebørn (Winter, 2012, s. 87-93).

Disse fire forskellige dimensioner af hjem påvirkes, når man bliver ældre, svækket og livstruet sygt, når hjemmet fyldes med hjælpemidler, og der kommer professionelle, som skal hjælpe en, eller man må forlade hus eller lejlighed og flytte i plejebolig. Rutinerne brydes, og andre skal skabes, før følelsen af hjem kan genetableres – og ofte på nye måder. En undersøgelse om livstruet

syge menneskers hverdagsliv (Raunkjær, 2007), viste, at den syge ofte etablerede en hverdag, hvor alle nødvendige dagligdags ting var lige inden for rækkevidde, fx kaffen, piller, telefon, TV, seng, lænestol, gangstativ osv. Alle måltider blev indtaget her, og al kommunikation med omverden foregik derfra. Det sted i boligen, hvor den syge 'føjte sig hjemme', blev indskrænket til et lille område eller rum. Det var hér, han eller hun kunne 'hjemme den', og ikke som tidligere flere steder i boligen. Konkret opholdt de sig i en bestemt stol, en bestemt sofa eller ved et bestemt bord. Det var, som om de etablerede en egen verden, hvorfra kommunikation til omverden foregik via telefonen, ved at kigge ud på vejen og haven osv. Denne indskrænkning kunne imidlertid også være kilde til irritation for pårørende, fordi den blev symbol på sygdom, svækkelse og passivitet, rod og uorden. Især pårørende havde det ambivalent med hjælpemidler i hjemmet. På den ene side var hjælpemidler nødvendige, og på den anden side brød de den æstetiske oplevelse af hjemmet og medvirkede til, at der opstod brud på vante hjemlige rutiner. Imidlertid bidrog hjælpemidler som en gangrøllator, en toiletstol, et transportabelt iltapparat også til, at hele familien oplevede, at det var muligt at udvide det ellers indskrænkede rum. Et eksempel var, hvordan en syg kvinde fik mulighed for at komme lidt ud af sin lejlighed, fordi hun havde en kørestol og et transportabelt iltapparat. Modsat oplevede andre (særligt pårørende), at hjælpemidler indskrænkede den syges rum yderligere, fordi de bidrog til at nedsætte aktivitet og rækkevidde. Et eksempel var, hvordan etablering af en toiletstol i et soveværelse legitimerede, at nogle professionelle ikke ville hjælpe den syge ud til badeværelset. Fra de pårørendes perspektiv betød det, at den syge ikke fik rørt sig og måtte sidde på toilettet i et rum, der kulturelt set havde en helt anden funktion. Toiletstolen blev dermed symbol på passivitet, brud på rutiner og tab af værdighed.

En undersøgelse (Saarnio et al., 2015) blandt ældre svækkede mennesker over 85 år, som enten boede i plejebolig eller egen bolig, undersøgte

følelsen af 'at-homeness'. Begrebet, der dækker over nogle af de samme elementer, som i Winters (2012) forståelse af hjem, er ifølge forfatterne vanskeligt at definere. Det omfatter en oplevelse af helhed, et sted at føle sig komfortabel, sikker, forbundet og centreret. 'At-homeness' er en oplevelse, der kan defineres på en skala mellem at være hjemme og hjemløs i metaforisk forstand. Af studiet fremgik det bl.a., at de ældres oplevelse af 'at-homeness' var forbundet med at kunne tage vare på sig selv og gøre ting, som man plejede i hverdagen evt. ved hjælp af hjælpemidler eller på andre måder. 'At-homeness' drejede sig også om deres oplevelse af at være forbundet med og tæt på signifikante andre (fx partner, børn og gamle venner), hvilket desuden var vigtigt for, at de kunne følge med i livet uden for hjemmet. Derudover bidrog en følelse af 'sikker afhængighed' positivt til oplevelsen af 'at-homeness'. Begrebet 'sikker afhængighed' omhandlede viden om og tillid til, at andre mennesker, som de ældre stolede på, tog sig af deres behov, tog dem alvorligt og lyttede til dem.

At opretholde hverdagens rutiner og tackle hverdagens brud, når døden er tæt på

I kølvandet på alderdom, svækkelse og livstruende sygdomme opstår der kontinuerlige forandringsprocesser ikke kun for ældre og syge mennesker, men for hele familien. Undersøgelser (Anderson et al., 2010; Raunkiær, 2007) har bl.a. vist, at hverdagens rutiner, familiens dynamik og roller i forhold til hinanden blev brudt. Den selvfulgørende fordeling og udførelse af praktiske opgaver som fx madlavning, indkøb, havearbejde blev ændret og dermed også måden, det blev gjort på. De syge ældre var taknemlige for, at deres familie tog over, men samtidig frustrerede over, at de var retog de praktiske opgaver anderledes. Men også pårørende kunne være ambivalente med den nye fordeling af praktiske opgaver og rutiner, således at de på den ene side følte sig moralsk forpligtede til at overtage opgaverne og samtidig syntes, at det var anstrengende.

For pårørende kunne der ofte ske en forskydning i hverdagen, hvor de fokuserede på det ældre familiemedlems behov og ønsker og tilpassede deres eget liv hertil. De forsøgte at gøre deres bedste for at indfri den ældres ønsker, fx ved at ordne praktiske opgaver som at stryge i samme rum i stedet for der, hvor der ellers blev strøget. Således var de tilgængelige, hvis der var behov for dem. Et andet eksempel var, at selvom pårørende kunne være utrygge ved, at deres ældre familiemedlem ønskede at opholde sig og dø hjemme, så accepterede de det. Samtidig følte pårørende stor ansvarlighed for og deltog i plejen. Det betød imidlertid, at de oplevede at bære hovedansvaret for den døende, selvom der var professionelle tilknyttet (Anderson et al., 2010).

Ud over brud eller ændringer i forhold til praktiske opgaver, så kunne brud i hverdagslivet også være relateret til sygdommen og kroppen, fx ved ændringer i fysisk formåen, og til relationer, fx i form af et ønske om at have en tættere eller mere distanceret relation. Disse brud kunne være konstante og hyppige eller mere sjældne. Konstante og hyppige brud kunne dreje sig om, at hjemmet rodede, eller at den syge havde konstante smerter. Eksempler på mere sjældne brud kunne være pludselig forværring i funktionsevne, fald i hjemmet, kontrolbesøg på hospitalet etc. Især de konstante brud havde betydning for, at familier havde vanskeligt ved at skabe en hverdag med kontinuitet og rutiner (Raunkiær, 2007).

Relationers betydning, når døden er tæt på

I det følgende sættes fokus på relationer mellem ældre og syge mennesker, pårørende og de professionelle.

Relationer i familien og til nære pårørende

Familien og nære pårørende er meget vigtige for svækkede, ældre og syge mennesker – både i mental forstand og ved, at de er konkret til stede hos dem (Anderson et al., 2010; Raunkiær, 2007; Dwyer et al., 2008). En undersøgelse (Dwyer et

al., 2008), der omhandlede tre plejehjemsbeboeres syn på livet tæt på døden, viste, hvordan dannelse af mening var tæt knyttet til familie og andre nære pårørende, uanset om de var i kontakt med dem eller ej. For en kvinde gav livet tæt på døden mening gennem familierollerne 'at være mor og mormor', men også begivenheder, som var knyttet til familien, fx barnedåb og bryllup, var betydningsfulde. For en anden kvinde, som manglende kontakt til familien og samtidig fandt det vanskeligt at skabe kontakt til andre mennesker, var det ikke at have nære relationer et stort savn og indebar, at livet manglede mening.

Ifølge pårørende (Anderson et al., 2010; Raunkiær, 2007), indebar alderdom og sygdom også, at relationerne mellem dem og deres ældre og syge familiemedlem blev ændret. Nogle pårørende oplevede, at deres ældre familiemedlem blev til 'en anden'. Det kunne fx dreje sig om, at vedkommende ændrede grundstemning fra at have været munter og aktiv til at blive sur og bitter. Ligesom han eller hun kunne ændre personlighed gennem tab af kontrol ved at tage tandprotesen ud ved middagsbordet, prutte højtlydt m.m. Deres indbyrdes magtbalance kunne også forskubbe sig, således at pårørende fra at have været 'den svage part' nu måtte være 'den stærke'. Et eksempel var, at pårørende i modsætning til tidligere nu måtte træffe afgørende beslutninger omkring økonomi. Som tidligere beskrevet deltog en del pårørende i plejen af deres ældre, syge familiemedlem. Det var på en og samme gang stressende og tilfredsstillende, fordi de oplevede, at de kendte deres ældre familiemedlem bedst. Samtidig var det at være involveret og tage ansvar en måde, hvorpå de kunne håndtere tid og bekymringer samt bevare kontrollen over hverdagen.

Relationer til professionelle

Erfaringer fra en undersøgelse om døden på plejehjem (Raunkiær, 2010), viste, hvordan forventninger til relationer mellem professionelle og plejehjemsbeboere kunne række ud over professionel faglighed til også at omfatte følelsesmæs-

sige, personlige og måske private dimensioner. Et eksempel var, at både beboere og pårørende håbede, at det var en medarbejder fra det faste personale, som var til stede ved døden frem for vågekoner, og at de gensidigt også skulle kunne lide hinanden. Ifølge de professionelle havde plejehjemsbeboerens kontaktperson desuden et særligt ansvar, selvom det ofte følelsesmæssigt var vanskeligt at være tæt på, når en beboer døde. Samtidig forventede personalet, at familien eller nære pårørende var til stede ved døden, mens de for beboere uden den slags relationer selv ville varetage denne særlige 'familieforpligtelse'. Pårørende havde desuden en forventning om, at personalet ud over faglig viden om døden, også havde en unik viden om deres ældre familiemedlem, som havde betydning ved døden. Begrundelsen var, at de oplevede at være kommet på afstand af den ældre, efter at han eller hun var flyttet på plejehjem.

Ifølge erfaringerne fra undersøgelsen af Anderson et al. (2010), oplevede pårørende ofte, at de professionelle ikke vurderede den ældres situation lige så alvorlig, som de selv gjorde. Det kunne derfor være en udfordring at stole på de professionelle, ligesom pårørende kunne tvivle på kvaliteten af plejen og behandlingen. Samtidig udviste pårørende med viden om sundhedssystemet større sikkerhed i, hvordan de kunne få kontakt med de professionelle, og hvad de kunne forvente. Hvis professionelle anerkendte de pårørendes indsats og involvering i plejen, indebar det samtidig, at pårørende havde mere tillid til de professionelle. Modsat indebar sparsom eller ingen information fra de professionelle om igangværende og planlagt pleje og behandling følelser som at være ubetydelig og ekskluderet. For pårørende var det også væsentligt at modtage støtte fra andre – fx professionelle og venner. Det medførte en følelse af styrke i den fremmede og vanskelige situation, det var at være pårørende til en ældre, svækket person. Støtten kunne være at blive behandlet venligt, at blive anerkendt og hørt.

Afrunding

Dette kapitel giver både indblik i, hvor stor betydning hverdagslivet har for mennesker, men også hvor forandret og udfordret hverdagen bliver for hele familien, når et ældre familiemedlem svækkes og oplever sygdom. Det er væsentligt, at de professionelle, som er omkring familierne, har de tilstrækkelige faglige og menneskelige kompetencer til at både kunne yde pleje og behandling, men også, at de har blik for, hvordan det er muligt at understøtte hele familiens hverdagsliv. Det er en opgave, der kun er mulig, hvis kommuner og regioner organisatorisk understøtter det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde, bl.a. ved ansættelse af tværfaglige teams og personalegrupper med viden om og kompetencer inden for palliation og geriatri, og samtidig

sørger for kompetenceudvikling, vidensdeling samt understøttende organisatoriske strukturer og it-systemer.

Forslag til videre læsning

Holm, SM & Husebø, S (2015) (red.).

En værdig alderdom: Omsorg ved livets slutt.
Bergen: Fagbokforlaget.

Hviid Jacobsen, M & Kristiansen, S (2014) (red.).

Hverdagslivet: Sociologier om det upåagtede,
2. udg. København: Hans Reitzels Forlag.

Schutz, A (1975).

Hverdagslivets sociologi: en tekstsamling.
København: Hans Reitzels Forlag.

Referencer

Anderson, M, Ekwall, AK, Hallberg, IR & Edberg AK (2010). The experience of being next of kin to an older person in the last phase of life. *Palliative and Supportive Care* 8:17-26.

Bech-Jørgensen, B (1994). *Når hver dag bliver hverdag.*
København: Akademisk Forlag.

Beck-Jørgensen, B (2001). Forskning og hverdag. *Socialkritik* 73:11-33.

Danmarks Statistik (2015). *Befolkningsskrivning.*
Kan hentes på: <http://www.dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning?tab=nog>. [7. januar 2016].

Dwyer, LL, Nordenfelt, L & Ternetedt, BM (2008). Three Nursing Home Residents Speak About Meaning at the End of Life. *Nursing Ethics* 15(1).
Doi: 10.1177/0969733007083938.

Husebø, S & Holm, MS (2015). Indledning.
I Holm, MS & Husebø, S (red.). *En værdig alderdom: Omsorg ved livets slutt.* Bergen: Fagbokforlaget, s. 13-19.

Raunkjær, M (2007).

At være døende hjemme – hverdagsliv og idealer.
Lund: Socialhögskolan, Lunds Universitet.

Raunkjær, M (2007-2010). Forestillinger og erfaringer om døden på plejehjem. *Klinisk Sygepleje* 24(1):51-62.

Thygesen, H & Pols, J (2015). Egenmestring som kollektiv praksis: En titt gjennom webkameraet i TrygghetsNett. *Omsorg* 4:43-47.

Saarnio, L, Boström, AM, Gustavsson, P & Öhlén, J (2015). Meanings of at-homeness at end-of-life among older people. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*,
Doi: 10.1111/scs.12246.

Schutz, A (1975). *Hverdagslivets sociologi: En tekstsamling.* København: Hans Reitzels Forlag.

Schutz, A (1962). *Collected papers vol 1: The problem of social reality.* Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

Sundhedsstyrelsen (2011). *Anbefalinger for den palliative indsats.* København: Sundhedsstyrelsen.

Wackers, G (2015). Verdig hjemmedød. I Holm, MS & Husebø, S (red.). *En verdig alderdom: Omsorg ved livets slutt*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 197-209.

Winter, WI (2012). Hjemmet. I Raunkjær, M & Holen, M (red.). *Primærsektor: Det nære sundhedsvæsen*. København: Munksgaard, s. 87-105.

Et aktivt sexliv hele livet

Der er en udbredt forestilling, at ældre mennesker ikke har sex. Men den kan vi heldigvis godt aflive, for det har de - og det er ikke alderen, men sygdom, der vanskeliggør, eller bremser, seksuallivet. Professionelle i ældresektoren står over for mennesker, der ønsker at bevare deres seksualitet, men mange har behov for vejledning og hjælp for at kunne det.

Ældre menneskers seksualitet er et vigtigt og ofte forsømt område, der kan være skyld i konflikter og forringet livskvalitet. Kapitlet tilbyder en flerdimensionel forståelse af seksualitet, der rækker ud over den kropslige dimension og indebærer et dynamisk samspil mellem biologiske, psykosociale og kulturelle dele. Der gennemgås endvidere nogle af de forandringer i seksualiteten, der følger med alderdommen. Baseret på forfatterens erfaring med undervisning og vejledning på området, gives der eksempler på redskaber til at tage hånd om seksuelle problemstillinger med særligt fokus på, hvordan man kan hjælpe mennesker med kognitiv svækkelse, fx en demenssygdom, til at bevare et aktivt sexliv, også i den sene del af livet.

Maj-Britt Joost

Sygeplejerske og demenskoordinator i Gentofte kommune.
Underviser og vejleder inden for området ældre og seksualitet.

Seksualitet gennem tiden

Seksualitet har mange udtryk. Seksualitet er både et behov og en kilde til glæde og nydelse. Seksualitet er der gennem hele vores liv og varierer i styrke, udtryk og kvalitet. Seksualitet er en del af vores biologiske forplantning, men også en del af vores sociale og følelsesmæssige liv, enten i et parforhold eller som single.

Seksualitet har været forstået forskelligt i forskellige tidsaldre. De gamle grækere anså homoseksualitet som særligt fint, og på Dronning Victorias regeringstid omkring det 19. århundrede var seksuel afholdenhed en dyd, mens seksuel lystfølelse blev opfattet som noget dyrisk, som kunne lede til fordærv og fortabelse. Langt senere, i midten af 1960'erne, frigav Danmark pornoen som det første land i verden. Baggrunden var bl.a., at kvinderne fik uddannelser og kom ud på arbejdsmarkedet, og det medførte ændringer i kønsroller og familiemønstre. Prævention, specielt da p-pillen blev opfundet, og fri abort betød, at samleje ikke længere førte til uventet graviditet, og der blev eksperimenteret med forskellige former for sex. Homoseksualitet begyndte at blive diskuteret åbent, og i dag kan homoseksuelle gifte sig på lige fod med heteroseksuelle. I dag kan man også i aviser og blade læse om, hvor svært det er at få seksuallivet til at fungere. I folkeskolen bliver der undervist i seksualitet og samliv, og i det hele taget ved vi i dag rigtig meget om seksualitet sammenlignet med tidligere.

Selv om der er skabt større åbenhed og accept i forhold til seksualitet generelt i samfundet, så oplever jeg i mit arbejde som demenskoordinator, at vi ikke har haft fokus nok på ældre menneskers seksualitet. Spørger man ældre mennesker selv, får man det svar, at seksualitet er vigtig og øger livskvalitet selv i en høj alder (Graugaard, Klarlund & Frisch, 2012). Samtidig er det udbredt at se på alderdommen som en asexuel periode af livet, og fordomme, berøringsangst og manglende viden er stadig udbredt – både hos ældre mennesker selv, blandt pårørende og hos professionelle i sundheds- og plejesektorerne. Når jeg

underviser i “ældre og seksualitet”, oplever jeg ofte, at det for mange professionelle er første gang, de får adgang til viden om emnet. Og i de fleste samtaler med ældre mennesker om deres seksualitet, er det ligeledes ofte første gang, en professionel spørger ind til denne del af livet. Der lader til at være en gensidig hensyntagen på spil, som er baseret på manglende viden og forkerte forestillinger. Det kan nemt betyde, at der opstår misforståelser og problemer, som det vil fremgå af dette kapitel.

Ældre menneskers sexliv er altså et at de tabuer, som ikke er brudt fuldstændigt endnu – men heldigvis er vi på vej.

Det følgende kapitel er hovedsageligt baseret på den erfaring, jeg har oparbejdet gennem de seneste otte år som vejleder og underviser ift. seksualitet og seksuelle problemstillinger. Målgrupperne har været både ældre mennesker, pårørende og professionelle. Der er stor forskel på, hvor meget støtte og hjælp det enkelte menneske har brug for. De fleste ældre mennesker kan klare sig selv og er selv i stand til at søge den viden og hjælp, de har behov for. Men nogle vil på grund af sygdom og svækkelse have brug for mere information, rådgivning og støtte på konkrete områder for at bevare deres seksualitet. Det er disse mennesker, som dette kapitel handler om.

Kapitlet tager udgangspunkt i WHO's definition af seksuel sundhed og beskriver herefter kort de naturlige aldersforandringer, der sker med os alle på det seksuelle område. For at kunne indgå i en samtale og/eller vejledning som professionel er det vigtigt at have nogle redskaber til at gribe kommunikationen an. Det giver kapitlet nogle bud på. De fleste problemstillinger inden for seksualitet, man kan komme ud for, handler om ældre mennesker, der på en eller anden måde har kognitive skader. Oftest drejer det sig om mennesker med en demenssygdom. Jeg bidrager med nogle erfaringer på dette område og giver beskrivelser af problemstillinger samt løsningsforslag.

Hvad er seksualitet?

Seksualitet indeholder som nævnt flere dimensioner og kan defineres på mange måder. Vi kan bruge WHO's definition af seksuel sundhed til at forstå seksualitet som noget, der rækker ud over den kropslige dimension, og som indebærer et dynamisk samspil mellem biologiske, psykosociale og kulturelle dele. Derudover indeholder definitionen en forståelse af, at seksuelle følelser langt fra altid er knyttet til kønsorganerne, men kan omfatte andre dele af kroppen og være knyttet til stemninger eller fantasier. Den lyder som følger:

"Seksuel sundhed er en integrering af legemlige, følelsesmæssige, intellektuelle og sociale sider af seksualitet – på måder, der er berigende, og som fremmer personligheden, kontakten og kærligheden." (WHO, 1975, i Sigaard, 2003, s. 11).

Seksualitet kommer til udtryk på mange måder og er meget mere end det at have samleje. Berøring, intimitet, ømhed og sanselighed har stor betydning og giver samlet en totaloplevelse eller med andre ord, nydelse.

Seksualitet forandrer sig med alderen

Når vi bliver ældre, sker der en række fysiske forandringer, som påvirker vores seksualitet. For de fleste kvinder starter overgangsalderen i 50 års alderen. Det er en helt naturlig biologisk proces, hvor kroppens egen produktion af kønshormoner bliver lavere, og en lang række forskellige organer påvirkes. Det medfører forandringer på flere områder:

- Menstruationen stopper.
- Kønsbehåringen reduceres.
- Skede og kønslæber bliver mindre.
- Blodtilstrømning til skede og klitoris bliver langsommere.
- Skedevægge bliver tyndere og mindre elastiske.
- pH-værdi i skeden øges.
- Betændelse i skeden forekommer hyppigere.
- Behov for mere direkte og længerevarende stimulation, før tilstrækkelig fugtighed opnås.

- Orgasmer bliver kortere og indebærer færre sammentrækninger.
- Hurtigere tilbagevenden til ikke-ophidset tilstand.
- Lysten til sex kan falde, men forsvinder sjældent helt.

For manden sker der også en reducere i hormonproduktionen, hvilket påvirker seksualiteten:

- Erektionen ændres:
 - Øget behov for direkte og længerevarende stimulation.
 - Nedsat hårdhed.
 - Rejsningen falder hurtigere efter sædafgang.
 - Det tager længere tid at opnå udløsning.
- Forlænget refraktær periode (perioden fra man har haft sædafgang, til den næste kan finde sted).
- Lysten nedsættes.
- Mængden af sæd, samt den styrke, den sendes af sted med, nedsættes. Forbundet med mindre intens orgasme.
- Sædkvaliteten bliver lavere.
- Penis og testikler kan skrumpes.

Både kvinder og mænd oplever i takt med stigende alder en nedsat registrering af sensorisk stimulation, øget reaktionstid samt faldende styrke og udholdenhed i kroppens funktioner – heriblandt de seksuelle. De fysiske forandringer kan give udfordringer, der medfører, at ældre mennesker bliver usikre på sig selv, hvilket kan forstærkes yderligere ved mødet med en omverden, der har negative forestillinger om sex i alderdommen. Men for rigtig mange er de forandringer og udfordringer, der kommer med alderen, dog ikke nok til at stoppe et aktivt sexliv. Mange oplever, at de har mere overskud til at nyde deres seksualitet, når de kommer op i årene. De har fået mere ro, mere selvtillid, og sexlivet er en vigtig del af deres oplevelse af en god alderdom (Møhl, 2010).

Samtaler om seksualitet

Undersøgelser viser, at ældre mennesker gerne ser samtaler om seksualitet som en del af den omsorg, de modtager, men samtidig, at det er plejepersonalets opgave at bringe emnet på banen (Graugaard, Klarlund & Frisch, 2012). Så hvad skal man være opmærksom på i den sammenhæng?

Som fagperson påvirkes man af ens egne holdninger og fordomme. En af de holdninger, jeg har mødt, er, at det ikke er relevant at tale med ældre mennesker om seksualitet – for de har vel ikke noget aktivt sexliv længere? Jeg har også mødt misforstået hensyntagen – at det ville være krænkende at spørge ind til seksualitet, fordi man kan blive stempet som alt for nysgerrig, eller værre endnu – pervers, hvis man bringer emnet op.

Ældre mennesker påvirkes også selv af fordomme og negative stereotyper og kan have svært ved at bringe seksualitet op i en samtale. De kan være bange for at gøre personalet flove, eller de er nervøse for at blive betragtet som nærgående, eller som "en gammel gris". Det er dette tovejstabu, som er vigtigt at få brudt, hvis ældre mennesker skal have den vejledning og omsorg, de har behov for og krav på.

For at bryde dette tabu er det vigtigt, at man som professionel viser, at man kan og vil tale om seksualitet. PLISSIT-modellen (Boks 1) (Annon, 1976) giver en oversigt over, hvad der kræves for at kunne rådgive på forskellige niveauer. Den viser, at langt de fleste selv vil kunne håndtere deres problemer omkring seksualitet, hvis de møder en lyttende, empatisk og tilladende holdning fra personalet. Det er altså ikke nødvendigvis en stor viden, der kræves, men en åben indstilling, der inviterer til, at der kan tales om seksualitet.

Det kan således anbefales, at der er fokus på seksualitet allerede, når der bliver behov for hjælp til personlig pleje i eget hjem, og i særdeleshed ved indflytning i en plejebolig. Ofte er seksualitet i forvejen et punkt i helhedsvurderingen, men det bliver som regel sprunget over, hvis den, der foretager vurderingen, ikke ved, hvordan sam-

talen skal startes. Her kommer nogle forslag til, hvordan emnet kan bringes på banen i sådan en situation, eller i andre tilfælde, hvor man ønsker at nærme sig emnet. Det er en god idé at starte med at spørge ind til nogle emner, der vedrører andre områder af seksualitet end det at have samleje. Man kan fx spørge:

- *Hvordan har du det med berøring?*
- *Kan du lide at bliver smurt ind i creme?*
- *Når du gerne vil føle dig sensuel, hvilket tøj, hvilke smykker, hvilken makeup og duft skal du have på?*
- *Kan du lide at danse?*
- *Savner du at have en at holde i hånden?*
- *Har du og din partner forsat brug for at kunne være alene uden at blive forstyrret? Her har vi et "Ikke forstyrre"-skilt, som man kan hænge ud på døren, hvis man har brug for alenetid uden at blive afbrudt.*

Særlige problemstillinger omkring seksualitet og livet med funktionsnedsættelse

Når et menneske rammes af funktionsnedsættelse, som fx en demenssygdom, hjerneskade eller psykisk sygdom, påvirkes mange dele af levemåden, deriblandt også seksualiteten. Man kan imidlertid ikke på forhånd vide, hvordan eller hvornår den seksuelle adfærd ændres, men fx hos alle mennesker med demens reduceres den seksuelle aktivitet før eller siden. Der vil dog stadig eksistere et behov for berøring, nærhed, intimitet og kærtegn. Der er næppe nogen, der lever med svækkelse, som ikke oplever en eller anden form for nydelse af sin seksualitet. Der er så meget alsidighed i at udtrykke sig seksuelt, og enhver måde at gøre dette på, som giver nydelse og tilfredsstillelse, er rigtig – så længe det er acceptabelt for alle involverede.

Jeg vil i det følgende give nogle eksempler på, hvilke seksuelle udfordringer, demenssymptomer kan give for både personer med demens, samt deres nære.

Boks 1 | PLISSIT-modellen

Psykologen Jack Annon har udarbejdet PLISSIT-modellen (1976), en metode til at kommunikere omkring seksualitet.

Ingen specifikke faglige kompetencer.**Alle professionelle**

“Permission” (tilladelse) indebærer, at den professionelle tilkendegiver, at det er tilladt at tale om seksuelle behov, og at det er tilladt at stille spørgsmål. Hvis en ældre person ønsker hjælp på dette niveau, kræver det sjældent større viden, end at man som professionel viser interesse, og at man vil lytte og være sparringspartner. Alle professionelle vil kunne påtage sig denne opgave bare ved at være åbne.

Professionelle med nogen viden

“Limited Information” (begrænset information) indebærer, at der gives en generel og begrænset information. Det kan for eksempel være kort at forklare, hvordan en specifik sygdom og medicin kan influere på seksualiteten. Her kræves større viden på området, og det forventes, at den professionelle kan

kombinere almen viden om seksualitet med viden om følger af aldersbetingede forandringer og konsekvenserne af sygdom, handicap eller medicin.

Professionelle med specialviden

“Specific Suggestions” (specifikke forslag) indebærer, at der gives løsningsforslag ift. seksuelle problemstillinger. Det kan fx være at finde passende hjælpemidler eller hensigtsmæssige onaniteknikker. Dette forudsætter et mere indgående kendskab til forskellige løsninger. Professionelle, der kan tage sig af sådanne opgaver, er ofte seksualvejleder eller demenskoordinator.

Professionelle, der er specialister eller terapeuter

Intensive Therapy (intensiv terapi) indebærer, at der gives intensiv og specifik behandling af alvorligere seksuelle problemer. Denne behandling kan eksempelvis være psykoterapi, familierådgivning eller anden specialbehandling. Hjælp på dette niveau kræver indgående kendskab til psykoterapi og sexologi.

Afasi: Når et menneske med demens ikke længere kan fortælle, hvad vedkommende har lyst til, eller hvordan han eller hun gerne vil have hjælp, påvirker det mulighederne for at føre et liv, hvor seksualitet kan være en nydelse. Kommunikation foregår i højere grad ved kropssprog, og det betyder, at der kan opstå situationer, som kan misforstås. Hjælp til personlig pleje kan opfattes som invitation til seksuel kontakt.

Apraksi: Mennesker med apraksi har svært ved at udføre simple, automatiserede handlinger. Det kan være at klæde sig af og vaske sig, hvilket han eller hun har brug for hjælp til, enten fra

ægtefælle eller fra en professionel. Berøring, som følger med hjælp til personlig hygiejne, kan udløse seksuel ophidselse. Men det kan også være en parfume, eller det tøj, en medarbejder har på, som udløser seksuel ophidselse. I boks 2 er beskrevet nogle områder, som medarbejdere skal være opmærksomme på kan udløse seksuel ophidselse.

Amnesi: Mennesker med amnesi (hukommelsesproblemer) kan komme til at glemme, hvornår de sidst har haft sex. Det kan for nogen betyde, at de meget oftere end vanligt opfordrer partneren til sex.

Boks 2 | Hvad kan udløse seksuel ophidselse

- Tanker, ideer, følelser, dufte, lyde, synsindtryk, billeder og musik.
- Fetichisme, hvor en person bliver seksuelt ophidset af fx noget bestemt tøj, af materialer, kropsdele, farver osv.
- Berøring ved fx at blive vasket, få taget tøj af og på, blive smurt med creme og få redt håret. Kropssprog og sprogbrug kan virke indbydende og kan fejlfortolkes.

Agnosi: Mennesker med agnosi får problemer med sansebearbejdning. Alle sanser kan rammes og gør det svært at genkende og forstå sanseindtryk. Synsagnosi kan give problemer, så man ikke kan genkende sin ægtefælle, eller berøring føles ubehagelig.

Nedsat koncentrationsevne: Særligt mennesker med demens vil hurtigt miste koncentrationen og kan ikke altid færdiggøre en seksuel aktivitet. Lysten er forsat i kroppen, men han eller hun har svært ved at få tilfredsstillet sig selv.

Hvordan yder man hjælp og støtte?

For at kunne yde en helhedsorienteret rådgivning, støtte og hjælp må man skabe rum for dialog om en persons behov for nære relationer, kontakt, varme, intimitet og seksualitet. Dialogen skal være tilpasset det enkelte menneskes kognitive evner, og det kræver fokus på det nonverbale sprog. Der kan med fordel benyttes billeder og konkrete genstande til at øge forståelsen af, hvad der bliver talt om. Derudover er tid, ro og empati essentielle, når man skal kommunikere med mennesker med kognitive vanskeligheder.

Det er vigtigt at være opmærksom på eventuelle forandringer som ændret adfærd, forandret søvn mønster, mindre appetit, at en person græder meget eller isolerer sig. Her er det vigtigt, at personalet spørger ind, lytter og analyserer deres observationer. Livshistorien skal inddrages, fordi den skaber bedre mulighed for at møde, forstå og yde hjælp ud fra en forståelse for, hvordan en person har levet indtil nu. På plejemøder kan

forskellige perspektiver belyses gennem faglig dialog. Specielt i forhold til ældre mennesker, der har vanskeligt ved at gøre sig forståelige og give udtryk for deres ønsker og behov, bør "mindsteindgrebsprincippet" anvendes. Drejer det sig fx om mangel på fysisk berøring ('hudsult'), eller er der behov for et seksuelt hjælpemiddel til at hjælpe med at få udløsning?

Det skal her bemærkes, at hjælpemidler kan være mange ting og er meget mere end sexlegetøj. Massage eller en kugledyne kan for mange dække noget af den berøring, som mange ældre mennesker ikke får længere, og som kan føre til såkaldt hudsult. Pornoblade og -film kan også vække glæde, og de gamle sengekantsfilm er ofte populære blandt de ældste og blandt mennesker med en demenssygdom. Til mænd findes der gode vibratorer, som også kan bruges af mennesker med svære kognitive skader.

Eksempler fra hverdagen

Her gives nogle korte beskrivelser af situationer fra hverdagen, hvor seksualitet på forskellige måder blev et problem, samt ideer til løsninger på sådanne problemstillinger.

Eksempel 1

En mand var urolig og onanerede i fællesstuen. Løsningen blev, at han efter aftensmaden så pornofilm hos sig selv og var ude at gå en tur hver dag. Opgaverne kunne lægges ind i den daglige planlægning og krævede ikke tilførsel af flere resourcer.

Eksempel 2

En mand var meget glad for de kvindelige ansatte og gramsede på dem, når de hjalp ham med personlig pleje. Løsningen blev, at personalet talte med ham om hans opførsel og viste ham forskellige hjælpemidler. Han valgte en vibrator til mænd. Den fik han hver aften, efter han var kommet i seng.

Eksempel 3

En kvinde bad personalet om at tørre sig hårdt i skridtet, når hun modtog hjælp til personlig pleje. Løsningen blev dels at tale med hende om, at det ikke var i orden for personalet, og dels at vise hende forskellige hjælpemidler. Kvinden ville gerne prøve en dildo, og personalet hjalp hende med at købe en.

Eksempel 4

To beboere på et plejehjem blev forelskede i hinanden og begyndte at sove sammen. Begge var ramt af en demenssygdom, manden mere kognitiv skadet end kvinden. Personalet på afdelingen var meget uenige i, om det var i orden, at parret sov sammen, da nogle oplevede kvinden som meget bestemmende over for manden. Løsningen blev, at personalet talte med manden og kvinden hver for sig, hvor begge udtrykte glæde ved hinanden. Personalet udarbejdede derefter en handleplan, som beskrev, hvordan de kunne støtte parrets mestringsadfærd og hvilke tegn, de skulle være opmærksomme på, hvis en af dem syntes at mistrives i forholdet.

Dialog, hjælp og løsninger bør altid tilbydes med respekt og omtanke for følelser og grænser – hos begge parter. Selvom det kan virke som en udfordring, så er min erfaring, at man som professionel ikke behøver være nervøs for at tale om seksualitet med ældre mennesker. Jeg har aldrig mødt et ældre menneske, der er blevet vred eller såret over, at jeg har spurgt til hans eller hendes seksualitet. Nogle har sagt, at de ikke har haft behov for at tale om det, men langt de fleste har været glade og lettede over, at jeg turde tage emnet op.

Afrunding

Vi er seksuelle væsener fra fødsel til død, men høj alder og sygdom skaber udfordringer ift. at bevare vores seksualitet. Trives vi ikke seksuelt, nedsættes vores livskvalitet, og blandt mennesker med psykisk funktionsnedsættelse kan det udmønte sig i uro og aggression. Et godt sexliv, alene eller sammen med andre, har afgørende betydning for vores selvværd, og mange ældre mennesker ønsker fortsat at være seksuelt aktive også i høj alder (Graugaard, Klarlund & Frisch, 2012).

Seksuelle problemer forringer livskvalitet og medfører dårligere sundhedstilstand, som fx depression, dårlig selvværd og isolation. Derfor har vi pligt til at hjælpe på dette område. Den helhedsorienterede indsats, der ifølge Serviceloven bør tilbydes ældre mennesker (Social- og Indenrigsministeriet, 2015) fordrer netop, at der tilgodeses og tilbydes en særlig indsats ved behov, der opstår som følge af nedsat fysisk og psykisk funktionsevne, eller særlige sociale problemer. Seksuelle problemstillinger må regnes som en del af sådanne behov. Det er således en vigtig del af pleje og omsorg for ældre mennesker, at der er fokus på seksualitet.

Det kræver både, at ansatte har viden om seksualitet og i høj grad også vilje til at bryde den usikkerhed og det tovejstabu, som gør, at seksualitet i dag ofte forbigås i hjælpen til ældre mennesker.

Kigger vi mod fremtiden, kan man antage, at 68-generationen, der er vokset op med den seksuelle frigørelse, vil have anderledes forventninger ift. at have et sexliv, når de flytter ind på et plejecenter. Der vil med stor sandsynlighed blive stillet andre krav til plejesektoren og de ansatte om at kunne rumme og håndtere ældre menneskers sexliv. Alle har ret til nydelse, uanset alder, også når der er behov for hjælp og vejledning til at bibeholde et aktivt sexliv, hele livet.

Forslag til videre læsning

Fonfara, M (2012). *Elsk hele livet: 24 ældre taler åbent om kærlighed og sex*. København: Forlaget Turbulenz.

Hejlskov Elvén, BH, Agger, C & Ljungmann, I (2015). *Adfærdsproblemer i ældreplejen*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Johansen, M Else, Thyness, M & Holm, J (2001). *Når seksualiteten tages alvorligt*. (dansk udgave ved Karin Møgelmo) København: Gads Forlag i samarbejde med Formidlingscenter Øst.

Kristensen, E (2010). Demens og seksualitet. *Livet med demens* 20:8-10.

Melin, E & Olsen, RB (2006). *Frontaldemens*. København: Omsorgsorganisationernes Samråd.

Polmé, O & Hultén, M (2012). *Anders vill ha Sex – Om kärleksrelationer och sex inom demensvården*. Helsingborg: Komlitt AB.

Referencer

Annon, JS (1976). The PLISSIT Model: A proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *Journal of Sex Education and Therapy* 2(2): 1-15.

Graugaard, C, Klarlund, BP & Frisch, M (2012). *Seksualitet og sundhed*. København: Vidensråd for Forebyggelse.

Møhl, B (2010). Seksualitet, når vi bliver ældre – ikke færdig med fyrrer. I Riis, P (red.) *Ældres seksualitet & Kærlighedsliv – tabuer, myter & viden*. København: Ældre Forum.

Sigaard, L (2003). *Seksualitet – en omsorgsdimension*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Social- og Indenrigsministeriet (2015). *Bekendtgørelse af lov om social service (Serviceloven)*, LBK nr. 1284 af 17/11/2015.

Ældreliv og udeliv

Dette kapitel er baseret på viden fra forskning og praksis og handler om naturens positive betydning for vores fysiske og mentale sundhed, også når vi bliver gamle og kan have brug for sundhedsfaglig, terapeutisk eller pædagogisk støtte for at komme udenfor. Formålet er at skabe bevidsthed om, at alle, uanset alder og funktionsniveau, har brug for og ret til at komme ud for at få frisk luft, sollys og indtryk fra naturen. Kapitlets viden er således også gældende for yngre aldersgrupper med fysiske og kognitive problemstillinger.

Med udgangspunkt i en case vises, hvordan udelivet kan blive et supplement til det liv, vi fører inden døre, og giver mulighed for at udføre andre typer af hverdagens opgaver med positiv påvirkning af kropsfunktion, aktivitetsniveau og deltagelse. Med den viden bliver det således en vigtig del af personalets arbejde at skabe et tilpasset, stimulerende og aktivt udeliv for de mennesker, som har brug for støtte til at komme ud – og en gevinst er, at et aktivt udeliv med borgerne tillige påvirker personalets egen trivsel på arbejdspladsen. Uderum bør være tilgængelige og anvendelige i en sådan grad, at de understøtter og stimulerer trangen og behovet for at komme ud hos alle dem, som benytter udearealet, dvs. både ældre mennesker, deres familie og venner og personale.

Lise Nevstrup Andersen

Ergoterapeut, Natur- og Haveterapeut, Master i Natur, Sundhed og Haver.
Konsulent i Træning & Aktivitet, Ældre- & Handicapforvaltningen i Aalborg Kommune.

Udeliv – en vigtig omsorgsopgave

Vi har alle brug for at komme udenfor. Den vilde natur, de menneskeskabte grønne områder i byen, anlagte og designede haver har ét til fælles – de er “det største rum med højt til loftet”. Her kan vi bruge kroppen på en anden måde end inden døre, få stimuleret sanserne og genkalde os tidligere oplevelser i naturen.

I de seneste årtier har forskning bekræftet den generelle opfattelse af, at naturen er en positiv ressource i forhold til sundhed. På den baggrund har WHO udpeget, at mangel på grønne områder i hverdagen udgør et problem for sundhed og velvære, og man opfordrer til, at udbuddet øges (Stigsdotter et al., 2014). Formålet med offentlige sundhedstiltag er at tilbyde samfundsmæssige betingelser for et godt helbred, som er ens for hele befolkningen, hvilket vil minde os om de mennesker, der gerne vil – men ikke selv kan – komme ud i naturen. De fleste mennesker har drivkraften og lysten til at komme ud, med mindre funktionsniveau, sygdom, svækkelse eller omgivelserne giver hindringer. Dette kapitel tager udgangspunkt i ældre mennesker, der har behov for sundhedsfaglig, terapeutisk eller pædagogisk støtte til at komme udenfor, fx beboere på plejehjem og brugere af dagtilbud. Indholdet er dog også dækkende for yngre mennesker med lignende funktionsniveau og behov for professionel, faglig støtte. Mine egne erfaringer med at skabe stimulerende og sanselige udemiljøer bekræfter, at ophold i naturen og i bevidst designede haver ved plejehjem, rehabiliteringscentre og botilbud påvirker beboernes hverdag positivt. Ligeledes er attraktive omgivelser et gode for personalet, som skal varetage beboernes behov og trang til at komme ud, fx ved at invitere, motivere og nænsomt lokke uden døre.

Senere i kapitlet vil der blive præsenteret en case fra et dagcenter, der illustrerer, hvordan personalet kan arbejde aktivt med at skabe et velfungerende udeliv til gavn for både brugere og de ansatte selv.

Hvad betyder det at komme ud i naturen?

Igennem tiden har naturen været anvendt til fremme af sundhed og forebyggelse af sygdom, men i takt med informationssamfundets udvikling, med fx byggeri af moderne sygehuse, er denne viden blevet negligeret og glemt (Stigsdotter et al., 2014). Forskning understøtter den gammelkendte viden om naturens helende og sundhedsfremmende effekter. Tidligere blev hospitaler, sanatorier og kursteder placeret i naturen, omgivet af smukt byggeri og bevidst designede haver, og læger kunne ordinere hvile under træet, gåture, ude-gymnastik eller havearbejde. På lige fod med at ordinere medicin på recept blev der ordineret natur på recept. Banebrydende forskning fra 1980'erne viser ligeledes, at de patienter, der havde udsigt til træer, kom sig hurtigere efter deres operation end de, der havde udsigt til byggeriets mure. Der blev også rapporteret mindre brug af smertestillende medicin, færre klager og hurtigere udskrivelse for dem, som havde udsigt til grøn natur (Ulrich, 1984).

Studier af ældre mennesker på plejehjem, som har udsigt til et attraktivt udemiljø, viser på samme måde, at udsigten kan mindske irritation hos beboerne, mens koncentration og trivsel øges ved kort tids ophold i omkringliggende udemiljø (Grahn, 2005).

Fra et andet forskningsfelt kan teori om stress bidrage til at forklare den helende virkning, naturen har. En miljøpsykologisk teori går ud på, at vi bombarderes med informationer i bymiljøer og i dagens videnssamfund. Samtidig skal vi holde fokus, og hjernen skal frasortere unødige stimuli. Bor man på plejehjem, skal man frasortere syns- og lyd-mæssig støj fra omgivelserne, fx en institutionspræget indretning, der er imod egen livsstil, eller lyden fra et tv, der kører i baggrunden. Det kan belaste og gøre hjernen træt at være i omgivelser, hvor den altid er på arbejde. Modsat er der i naturen færre informationer, og derude bruger vi en anden form for opmærksomhed, når vi fx ud over stilhed kun hører lyden af tørre blade,

der rasler i skovbunden. Denne kontrast bidrager til mental hvile og restitution af krop og hjerne (Kaplan & Kaplan, 1989).

En opgørelse over de positive effekter af udelivets betydning for ældre menneskers sundhed kan grundlæggende beskrives med en opdeling i tre grupper:

1. Positiv og helbredende virkning fra sollys, luft og temperatur.
 2. Positive påvirkninger som følge af fysisk aktivitet fra bevægelse og daglige gøremål.
 3. Positive påvirkninger fra selve designet og indretningen af udemiljøet.
- (Bengtsson, 2003).

Sol- og dagslys har gavnlig indvirkning på sundheden og er en kilde til naturlig D-vitamin, som regulerer calciumoptaget i kroppen. Med nok D-vitamin bibeholdes knoglemængden, og risiko for knogleskørhed og brud bliver mindre. Det skaber en positiv spiral, når kroppen holdes i gang længst mulig, bevægeligheden og motorisk balanceevne vedligeholdes eller øges, og faldrisikoen mindskes. Endelig opnås trivselsmæssige gevinster, når kroppen holdes i gang, og de daglige gøremål kan klares uden hjælp eller med kun lidt hjælp.

Funktionsnedsættelse kan let opstå som resultat af inaktivitet, og fx viser et studie af geriatriske indlagte patienter, at de gennemsnitlig gik syv minutter dagligt. I begyndelsen af indlæggelsen var tiden anvendt til gang i alt fire minutter på et døgn, og ved udskrivelsen var den 10 minutter – til og fra toilet- og madvognen. Rygere gik lidt længere til rygepavillonen (Villumsen et al., 2015). Mon det er samme minutantal, eller mindre, som plejehjemmets beboere er aktive? Tilbydes man som beboer mulighed for at komme ud dagligt, skaber det større variation i hverdagen og flere muligheder for at bruge sig selv fysisk, mentalt og socialt. Der er god kontrast mellem de mere stillesiddende gøremål og hvil inden dørene og de mere fysisk krævende aktiviteter, som hyppigere sker uden dørene. Denne kontrast påvirker døgn- og søvnrytmen til det bedre. Der er mere naturligt

behov for et hvil, når kroppen også er fysisk træt, og hjernen mæt af sanseindtryk. På den måde bliver et hvil en del af hverdagens aktiviteter og ikke bare noget, som sker, fordi der ikke er noget at lave.

Naturen, grønne områder i byen og en designet have fx ved plejehjem giver varierede emner at tale om, masser at kigge på, røre ved og længere afstande at gå. Det er lettere at overgå egne grænser og formåen, når man er optaget af de naturoplevelser og aktivitetsmuligheder, der er i naturen og i havens rum. I mit arbejde ser jeg, at plejehjemsbeboere – også mennesker med svær demens – får mulighed for refleksion, fordybelse og afkobling fra hverdagens krav, når de arbejder med tilpassede og afgrænsede udendørs aktiviteter. Endda at de ligefrem kan have svært ved at løsrive sig, og det virker, som om der opstår en oplevelse af flow. Dette bliver muligt, når der er taget hensyn til den enkeltes ressourcer, og når vedkommende føler, at opgaven mestres kognitiv og mentalt med rette støtte (Andersen, 2015). For alle beboere gælder, at kontrasten mellem at være aktiv og at hvile styrkes, og at hverdagslivet giver mere mening og glæde. Med tanke på sundhedsfremme, sygdomsforebyggelse og daglig pleje og omsorg er det at komme ud en lige så vigtig del af hverdagslivet, som det er at spise varieret, komme på toilettet, sove godt, grine og have mulighed for at være sammen med andre.

Ældre- og demensvenlige udemiljøer

Med ældre- og demensvenlige udemiljøer forstås her udearealer, der er anvendelige, tilgængelige, og som appellerer til en bred målgruppe, bestående af både ældre mennesker, fx beboere på et plejehjem eller brugere på et dagcenter, deres familie og venner samt personale. Personale, familiemedlemmer og andre nære kan nemlig være afgørende for, at beboerne kommer mere ud. Det er altså en mangfoldig gruppe, der består af mennesker med forskellig grad af fysisk og kognitiv funktionsevne, forskellige livshistorier og

præferencer i forhold til at være i naturen. Kigger man alene på kategorien "demens", så findes der flere typer af demens, som kan være ledsager til mange andre forskellige sygdomme. Til sammen giver dette forskelligartede symptomer og udfordringer i hverdagen (Sundheds- og Ældreministeriet, 2016). Man må kigge på denne brede målgruppe som helhed og overveje deres behov i planlægningen af udearealer og brugen af dem. På denne måde sikres, at flest muligt mennesker har lyst til og mulighed for at komme ud. I det følgende gives en række konkrete anvisninger til design af udearealer.

Ældre mennesker med nedsat gangfunktion, som bruger fx rollator eller kørestol, har ofte en lille mobilitetsradius. En tilgængelig natur er lige uden for døren. Ved plejeboliger er den menneskeskabte natur derfor vigtig, og der må tænkes i have-design tilpasset ældre mennesker, hvilket giver mulighed for at holde sig fysisk aktiv og fortsætte livsstil og fritidsinteresser i den skala, som passer bedst. For nogle handler det fx om at gå en tur, for andre om at gå ud med skraldeposen, feje, plukke blomster eller sidde i en stol og nyde solen. Gøremål inde som ude må have lige stor vægt i hverdagen for plejehjemmets beboere.

Omgivelsernes udformning kan både virke fremmende og hæmmende i forhold til mulighederne for at komme ud. Det er ikke uvæsentligt, om boligen på et plejehjem ligger i niveau med haven, eller om boligen ligger i et etagebyggeri. På plejehjem, hvor der er nem adgang til en lukket og dejlig have, er det lettere at smutte en tur ud "i naturen" lige uden for døren, hvorimod det er mere besværligt, hvis udemiljøet ikke er anvendeligt og tilgængeligt. Udelivet fremmes, når jakken hænger klar ved døren, rollatoren står klar lige udenfor, og der er en attraktiv rute at gå.

Forskere inden for landskabsarkitektur, miljøpsykologi og sundhedsfag er kommet med retningslinjer til positivt stimulerende havemiljøer i forhold til særlige målgrupper. Der er udpeget fire zoner, som bør indgå i sundhedsdesignet af udearealerne ved plejehjem:

1. Udsigten, som plejehjemmets beboere og personale ser fra vinduet
2. De uderum, som er lige inden for rækkevidde, fx en balkon, en terrasse, et ankomststed
3. Omgivelserne lige udenfor og rundt om bygningen, fx haven eller grønne arealer
4. De omkringliggende udearealer i nabolaget og i nærmiljøet, hvor der er mulighed for andre oplevelser end i de bolignære udearealer. (Bengtsson, 2015).

Særligt i forhold til mennesker med demens har Statens Byggeforskningsinstitut i 2015 udgivet en vejledning med anvisninger til udearealer til plejeboliger. Generelt anbefales et trygt udemiljø i en lukket gårdhave med et tilbagevendende stiforløb, dvs. at gåturen starter og slutter ved fordøren, så en person med rum-retningsforstyrrelse har mulighed for at finde tilbage. En anvendelig bredde på en sti er 180-200 cm, så to kørestole kan passere hinanden, og det er behageligt at gå ved siden af en person med rollator. Andre faktorer er belægningen og belysningen, og man skal være opmærksom på den måde, bygningen og beplantningen giver skygge på gangstien. Hvis der er mørke pletter eller skygge på gangstien, kan mennesker med følger efter demens opfatte det som huller i jorden. Det kan medføre, at vedkommende ikke tør gå længere, eller at andre ruter vælges, fx at kravle over et plankeværk (SBI, 2015).

Plantevalg er et andet vigtigt aspekt. Giftige bær bør undgås, og der skal tænkes på planternes placering og farvevalg. Farverne lilla, hvid og grøn er med til at dæmpe puls og blodtryk, hvorimod farver som knaldrød har den modsatte effekt. Planter med røde, orange og gule farver er et godt blikfang, der lokker øjet og dermed også kroppen, som sættes i bevægelse mod disse farver.

I en demensvenlig have, der inviterer til aktivitet, skal der være remedier til stimuli af sanser og mulighed for tilpassede aktiviteter.

Med en demenssygdom følger et større behov for at få hjælp fra pårørende og personale, og dermed følgeskab, for at skabe positive situationer. Samtidig bør behov for at være alene, uden



at føle sig overvåget, respekteres. Der er derfor varierede krav til havens udformning, så oplevelsen af socialt samvær og alenetid tilgodeses. Et eksempel kan være en mand, som har brug for at arbejde i haven uden at føle sig overvåget og samtidig har mulighed for nemt at finde tilbage til udgangspunktet, når opgaven er færdig. Her kan man etablere en ledelinje af en stribe rullegræs i flisebelægningen. Samtidig kan man hænge en græsslåmaskine synligt på en væg som en invitation til at slå græs.

Et andet eksempel kan være en kvinde, som er usikker på sin formåen. Finder hun mening i at ordne vasketøj, kan man hænge vasketøj til tørre og sætte kurven klar. Personalet kan udføre arbejdet sammen med hende, eller hun kan gøre det alene – helt afhængig af hendes formåen den dag.

Ved et trygt haverum forstås et design, hvor der bl.a. er nicher med læ mod vinden, og hvor man kan sidde og trække sig lidt væk fra mængden. Vi mennesker kan godt lide at opholde os langs husmure og sidde og betragte andre. Dermed bli-

Udeliv på Demensenhed Birkebo, Vadum Plejehjem Solvang. Til højre kapitlets forfatter. Til venstre Oluf, beboer i enheden. Foto: Maria Tuxen Hedegaard.

ver det en aktivitet i sig selv med gavnlig effekt at betragte personale og familiemedlemmer arbejde i haven, luge, plukke blomster eller tage et spil badminton.

Alt i alt skal havemiljøet være tillokkende for mange forskellige mennesker, der bor, arbejder og færdes på plejehjemmet. Haven skal designes og indrettes attraktivt og indbydende, så der skabes ude-trang frem for ude-vang.

Personalets rolle

Gennem mit arbejde med at skabe mere udeliv på plejehjem, botilbud og rehabiliteringscentre har jeg set, at det kan give udfordringer for fagpersonalet at anvende udemiljøet i det daglige arbejde sammen med de mennesker, de drager omsorg for. Det kan skyldes flere faktorer, hvoraf en hyppig begrundelse er mangel på tid. Emnet

har måske ikke været berørt på grunduddannelsen, og måske savnes basal viden om naturens betydning for sundheden. Arbejdet inden døre er ligeledes ofte mere velkendt end de måske uvante muligheder, som kan opstå ude. Der kan derfor med fordel arbejdes aktivt med udelivet, ikke blot i form af de fysiske omgivelser, men også i forhold til personalets viden, erfaringer og holdninger. I boks 1 er en række spørgsmål, der kan bruges til at undersøge disse emner nærmere.

Til daglig er det mest nærliggende for personalet at stimulere til deltagelse i hverdagens gøremål inden døre, fx borddækning, lettere rengøring og personlig pleje. Studier viser, at denne prioritering let bliver på mændenes bekostning, fordi udeliv og fysisk aktivitet udendørs især hænger sammen med mændenes livsførelse. Prioriteringen af henholdsvis indendørs og udendørs aktiviteter har derfor også et kønnet aspekt. I den sammenhæng

kan sættes særligt fokus på, hvordan man støtter ældre mænd i at leve det liv, som giver mening for dem. Udendørs aktiviteter, som har vist sig typisk at tiltale mænd, kan bestå af gøremål som at lufte hund, reparere, feje fortov, handle ind og kløve brænde (Mygind, 2006). Derudover viser studier, at vi mennesker typisk bevæger os ud for at få frisk luft, dyrke motion, få naturoplevelser og betragte andre mennesker (Grahn & Stigsdotter, 2003). Disse aspekter arbejdes der også med i nedenstående case, som illustrerer, hvordan man kan arbejde med at skabe et attraktivt udemiljø og en velfungerende hverdagsstruktur, der understøtter brugen af det.

Case – et dagligt udeliv

På et dagcenter for ældre mennesker med demens ønsker personalet faglig sparring ift. at skabe flere stunder og oplevelser ude i naturen,

Boks 1 | Spørgsmål til fremme af mere aktivt udeliv

I en proces med at skabe et mere aktivt udeliv kan der arbejdes med følgende spørgsmål blandt personalet:

Spørgsmål om personlige præferencer:

- Foretrækker du at være mere ude eller mest inde, eller begge dele?
- Hvilken betydning har det for dig at komme ud – både privat og arbejdsmæssigt?
- Hvordan kunne du tænke dig at være ude, når du er på arbejde?

Spørgsmål om aktiviteter:

- Hvad savner du af aktivitetsmuligheder for at stimulere beboerne til at komme ud?
- Hvad vil du tilbyde beboeren for at skabe et mere aktivt udeliv?
- Hvilke interesser kan du tage med dig

på arbejdet, som har noget at gøre med naturen?

Spørgsmål om omgivelser:

- Har arbejdspladsen gode udearealer? Passer de til dig, eller mangler der noget?
- Hvad kan forandres, så ansatte og beboere kommer mere ud?
- Hvad kan ændres for få midler, således at du allerede kan tage ud i morgen?
- Har du gode idéer, som kan give positive forandringer?

Ligeledes kan beboere på plejehjem eller brugere af fx et dagcenter stilles lignende spørgsmål for at få større kendskab til tidligere livsstil, interesser og nuværende ønsker og behov, der giver muligheder eller hindringer ift. at komme ud.

lige uden for døren. Min fysioterapeutkollega og jeg skal ikke sætte fokus på arrangerede ture, men på de daglige gåture med afgrænsede aktiviteter og stimuli udenfor. Opgaven lyder derfor: *“Vi har et daghjem, der har udfordringer i form af kedelige omgivelser med stier og betonhuse, samt en lille have, der kunne være mere spændende. Den er en udfordring for brugere i kørestol og dårligt gående. Hvad kan vi gøre i hverdagen for at komme mere ud i naturen?”*

Vi startede med at observere 360 grader rundt og fandt varierede ruter til naturen, som bestod af små grønne områder i nærheden af dagcentret. Tidsrammen viste, at de to ansatte og seks til otte brugere havde fem kvarter til at komme ud af døren, gå en tur og komme ind igen, og med efterfølgende 30 minutter til opsamling og klarlægning af frokost. Vi erfarede, at personalet gerne ville ud, og at de havde arbejdet med dagstrukturen for at skabe rammerne. Dog kunne tiden også fyldes med negativ tale om omgivelserne, hvilket påvirkede lysten til at komme ud. Eksempelvis havde boligselskabet fældet et æbletræ, der ellers var et yndet pejlemærke udenfor. Udearealerne virkede golde med mange fliser, græs og sporadiske træer og bede med ukrudt. På matriklen lå desuden en lukket gårdhave, som trængte til en kærlig hånd. I processen med personalet fik vi vendt dette til at være muligheder frem for hæmmende omgivelser. Muligheder blev kortlagt med fokus på en kørestolsvenlig rute med lav hældning og en rute, der var mest velegnet til gående. Vi havde også møde med boligselskabet om at få fastere belægning på en del af ruten frem for grusvej, således at det blev muligt at komme længere omkring. Vi ansøgte om midler til ændring af haverummene, og gennem en større proces omlagde vi de tilhørende haver.

Selv om vi i dette tiltag satte større forandringer i gang, er det ikke altid nødvendigt. Mindre tiltag kan også have stor effekt, når naturens små genstande bliver gjort til muligheder. På gåturene satte vi derfor fokus på det, vi så, fx fuglen, der flyver forbi, eller fuglereden i træet. Vi vendte

også en negativ italesætning af ukrudt og dårlig vedligeholdelse af udearealet. Blandt andet medbragte vi haveredskab til at fjerne ukrudt, klippe grene af, udjævne stenbunker eller feje blade sammen. Vi fremhævede det smukke i mælkebøtten og anvendte den gule farve som blikfang, når vi ledte efter flere mælkebøtter blandt planterne. På den måde blev der visuelt og verbalt sat fokus på blomsten, og vi fik brugt kroppen, når vi bukkede os ned for at plukke dem. Remsen “elsker-mig – elsker-mig-ikke...” blev sat i gang, mens de gule blade blev revet af.

Tilbage inden døre lagde vi mælkebøttestilke i vand, så de krøllede. Det bragte minder fra barndommen og medførte fortællinger fra tidligere naturoplevelser. Blade blev samlet sammen og smidt ud eller anvendt til dekoration. Vi arbejdede med at skabe bevidsthed om, at et simpelt element fra naturen kan give varierede muligheder for aktiviteter og dermed stimulere til bevægelse, et produkt, en arbejdsopgave eller en samtale. Vi arbejdede også med personalets spørgeteknik, så de ændrede deres formulering fra fx: “Er det ikke smukt?” til: “Hvad ser du?”. På den måde kom personalets ord og holdninger til at fylde mindre, og brugerne fik tid og mulighed for tænke, svare og endda komme med stikord til nye emner.

Dagsstrukturen lå fast, således at den daglige gåtur med naturoplevelser foregik fra kl. 10 til 11.15, og de indsamlede genstande kunne arbejdes videre med om eftermiddagen ved behov. Ingen diskussion, om de skulle gå ud, om vejret var godt nok, om de skulle vente til senere... Nej, kl. 10.00 gik de ud – uanset vejr og vind og årstid. Det betyder, at både personale og brugere var forberedte hjemmefra og havde rette påklædning og fodtøj med.

Inden aktiviteten *at gå tur i nærmiljøet* sad alle omkring bordet i spisestuen, som var det faste samlingssted. En bevidst arbejdsfordeling mellem de ansatte betød, at der herskede en rolig stemning. Én ansat blev i opholdsrummet og afsluttede aktiviteten *at drikke morgenkaffe* og spise frugt, mens en kollega hjalp dem, der havde behov for at komme på toilettet. Det gav ro og struktur,

at personalet havde en klar aftale om, hvem der skulle blive i lokalet. Næste klare besked kom, da det var tid til at tage overtøj på. Igen en tydelig begyndelse på næste aktivitet *at gå tur*. Det var tydeligt, at opgaven var velkendt – de ældre hjalp hinanden med at hente frakker og fx skubbe en kørestol og var opmærksomme på hinanden. Alle ventede de på at komme samlet ud af døren. En genkendelig og struktureret ramme, der gav tryghed. Turen endte også på samme måde hver dag – når de kom hjem, var det tid til *at forberede frokost*. Dernæst aktiviteten *at finde ro og hvile*.

Personalet fremhævede, at det gav brugerne af dagcentret meget mere ro gennem hele dagen, når de havde bevæget sig, set på naturen, snakket, grinet, holdt i hånd og hjulpet hinanden. Det er lettere at få en varieret og mere ligeværdig dialog ude i naturen, påpegede de. Dette støttes op af studier fra Skovdagcentret i Hillerød, hvor ældre med demens var i skoven én gang om ugen (Swane, 2004). Med den daglige gåtur drog de ansatte på dagcentret også omsorg for sig selv på arbejdet. De fremhævede, at frisk luft, andre typer samtaler med de ældre og naturlige pauser med stilhed, skabte større arbejdsglæde og flere gode daglige oplevelser for dem som ansatte.

Casen beskriver, hvordan hverdagen kan tilrettelægges, så ældre mennesker inviteres ud i naturen lige uden for døren, og hvordan det kan lykkes at skabe en dagsstruktur, som giver forudsigelighed for både brugere og ansatte. Erfaringer, som kan overføres til andre institutioner og målgrupper. Det er fx samme faste struktur, som anvendes i naturassisteret tilgange i Terapi- og Rehabiliteringshaver for mennesker med stresssygdomme. En struktur, som støtter rekreation og genopbygning af mental og fysisk sundhed (Grahn & Ottosson, 2010; Andersen, 2007). Forskning viser, at bevidst designede haver og naturskønne områder med bestemte naturkvaliteter kan støtte mennesker i sårbare situationer, som det fx er at være syg af stress, HIV eller krigstraumer (Schmidt-bauer, Grahn & Lieberg 2005, Corazon et al., 2010), eller ved følgerne af demenssygdom. Det

er et stort tab at miste sin identitet og mestringsevne og at få behov for pleje (Grefsrød, 2002, Bengtsson, 2003).

Afrunding

Der er altså mange gode grunde til at revurdere eksisterende omgivelser ved plejehjem, daghjem og botilbud og at nytænke fremtidige byggerier med fokus på et stimulerende udemiljø. Det giver mere livskvalitet og forbedret sundhed, både mentalt og fysisk, når der skabes rum til flere meningsfyldte aktiviteter og et mere aktivt udeliv i hverdagen. Det er værd at erindre, at naturen ved plejehjemmet skal være af en vis designmæssig kvalitet og kunne tilbyde oplevelser tilpasset en bred målgruppes behov. Selv små og tilpassede stimuli, eller et kig ud gennem vinduet, kan bidrage til en oplevelse af at være i naturen. Det betyder, at det kan være personalet, som skal bringe naturen med sig ind til den person, som ikke magter at komme med ud.

Vi lever i en anden tid med en anden livsstil end nutidens ældre mennesker gjorde, da de var på vores alder. Nu om dage er vi meget mere inden døre end tidligere. Af praktiske årsager kan vi klare os meget længe uden at komme ud, da vi har mad på hylderne, lune stuer og familien omkring os. Bilen tages til arbejdet, og børn transporteres til skole, skoledagene er lange, og fritiden skema-lagt. Det betyder, at børn af i dag er langt mindre ude i naturen end deres forældre og bedsteforældre (Danmarks Naturfredningsforening, 2009). Tidligere foregik mange arbejdsopgaver udenfor, hvor også børn hjalp de voksne. Husene var mindre, børn blev sendt ud for at lege, og transportmidlet kunne være at cykle eller gå til skole. Det giver stof til eftertanke, at sundhedsfagligt personale i dag, og de kommende nyuddannede, skal invitere ældre mennesker med ud – og at det netop er den generation, som har langt mindre erfaring med at være ude i naturen. Hvordan mon det bliver i fremtiden, når min generation skal hjælpes ud i naturen af personale, som er vokset op i daginstitution med voksenovervågning, med

computere og velfærdsteknologi og formodentligt meget lidt praksiserfaring og læring fra naturen?

I dette kapitel er der givet bud på, hvordan man kan arbejde bevidst med at skabe rammer for et mere aktivt udeliv for ældre mennesker, og også yngre i lignende situation – mennesker med behov for omsorg og støtte til at skabe det liv, de ønsker. Casen viste, hvordan en sådan bevidst tilgang bevirkede, at udelivet blev sat i rammer og kom til at fungere som en del af hverdagens struktur på et dagcenter. Dermed blev udelivet en del af paletten af virkemidler, som kunne bruges i hverdagen til at støtte mennesker i at stræbe efter gode stunder og det gode hverdagsliv – som vi alle gør.

Når fagpersonale støtter op om ude-trangen og også selv er aktive og inviterende, vil de desuden også selv få en positiv gevinst med større trivsel på arbejdspladsen og bedre personlig mental og fysisk sundhed. Det er en *win-win-situation* for alle, når vi sætter et aktivt udeliv på dagsordenen efter mottoet: Det er *in* at være ude!

Forslag til videre læsning

Andersen, LN (2015): *Præprojekt om naturens, aktiviteters og omgivelsernes betydning for rehabiliterende og sundhedsfremmende interventioner i forhold til ældre demensramte beboeres på plejehjem*. Aalborg: Aalborg Kommune.

Kan hentes på:

<http://www.e-pages.dk/aalborgkommune/1157/>. [5. oktober 2016].

Andersen, LN (2015): *Præprojekt – Pixi-version*. Aalborg: Aalborg Kommune. Kan hentes på: <http://www.e-pages.dk/aalborgkommune/1197/>. [5. oktober 2016].

Bengtsson, A (2015): *From Experiences of the Outdoors to the Design of Healthcare Environments – A Phenomenological Case Study at Nursing Homes*. Alnarp: Swedish University of Agricultural Sciences, Faculty of Landscape Planning, Horticulture and Crop Production Science, Department of Work Science, Business Economics and Environmental Psychology.

Madsen, LV & Mygind, O (2008): *Forandringskatalog. Udeliv – hverdagslivet til fods*. Aalborg: VEGA-netværket. Kan hentes på: http://knudramian.pbworks.com/f/Forandringskatalog_Udeliv.pdf. [5. oktober 2016].

Referencer

Andersen, LN (2007): *Betydningen af de aktiviteter, som udføres af deltagerne i Alnarps Rehabiliteringshave og sammenhængen til omgivelserne*.

Alnarp: Sveriges Lantbruksuniversitet, Fakultetet för Landskap, Trädgård och Jordbruk.

Andersen, LN (2015): *Præprojekt om naturens, aktiviteters og omgivelsernes betydning for rehabiliterende og sundhedsfremmende interventioner i forhold til ældre demensramte beboere på plejehjem*. Aalborg: Aalborg Kommune. Kan hentes på: <http://www.e-pages.dk/aalborgkommune/1157/html5/1/>. [5. oktober 2016].

Bengtsson, A (2003): *Utemiljöns betydelse för äldre och funktionshindrade. Kunskapssammanställning*, 60. Stockholm: Statens Folkhälsoinstitut.

Bengtsson, A (2015): *From Experiences of the Outdoors to the Design of Healthcare Environments – A Phenomenological Case Study at Nursing Homes*. Alnarp: Swedish University of Agricultural Sciences, Faculty of Landscape Planning, Horticulture and Crop Production Science, Department of Work Science, Business Economics and Environmental Psychology. Doctoral Thesis.

- Corazon, SS, Stigsdotter, UK, Jensen, AGC & Nilsson, K (2010): Development of the Nature-Based Therapy Concept for Patients with Stress-Related Illness at the Danish Healing Forest Garden Nacadia. *Journal of Therapeutic Horticulture* 20:34-51.
- Danmarks Naturfredningsforening (2009). *Børns brug af naturen. Undersøgelser for Danmarks Naturfredningsforening "Natur i generationer"*. DN Tema 1, nr. 2. Kan hentes på: <http://www.emu.dk/sites/default/files/Slip%20b%C3%B8rnene%20fri%20i%20naturen.pdf>. [5. oktober 2016].
- Grahn, P (2005). Att bota människor i en trädgård. I Schmidtbauer P, Grahn P & Lieberg M (red.). *Tänkvärda Trädgårdar. När utemiljön blir en del av vården*. Stockholm: Formas, s. 127-145.
- Grahn, P & Ottosson, Å (2010): *Alnarpsmetoden Trädgårdsterapi. At ta hjälp av naturen vid stress och utmattning*. Stockholm: Bokförlaget Bonnier Existens.
- Grahn, P & Stigsdotter, U (2003): Landscape planning and stress. *Urban Forestry & Urban Greening* 2:1-18.
- Grefsrød, E (2002): *Eldres liv og hagens visdom, formgivning af terapeutiske haver for personer med demens*. Sandefjord: Nasjonalt kompetansesenter for aldersdemens.
- Kaplan, R & Kaplan, S (1989). *The Experience of Nature: A psychological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mygind, O (2006). *Inspiration om Udelivet*. Aalborg: VEGA-netværket. Kan hentes på: <http://knudramian.pbworks.com/w/page/12751662/Inspiration%20om%20UDELIV>. [5. oktober 2016].
- Schmidtbauer, P, Grahn, P & Lieberg, M (2005): *Tänkvärda Trädgårdar. När utemiljön blir en del av vården*. Stockholm: Formas.
- Statens Byggeforskningsinstitut (2015). *SBI anvisning 259 – plejeboliger for personer med demens*. København: Statens Byggeforskningsinstitut. Kan hentes på: <http://anvisninger.dk/anvisninger/Pages/259-Plejeboliger-for-personer-med-demens-indledende-spoergsmaal-1.aspx>. [5. oktober 2016].
- Stigsdotter, UK, Refshauge, AD, Sidenius, U & og Grahn, P (2014). *Konceptmodel Helseskoven Octovia. En model for design af grønne områder med oplevelsesværdier, der fremmer et godt mentalt helbred*. Kan hentes på: http://ign.ku.dk/terapihaven-nacadia/helseskoven-octovia/bokse/konceptmodel/Octovia_Konceptmodel.pdf. [5. oktober 2016].
- Swane CE (2004). *Skovdagcentret Eghjorten i Hillerød – naturens betydning for mennesker med demens i relation til eksisterende forskning*. Hillerød: Hillerød Kommune. Kan hentes på: http://www.egv.dk/media/62423/g_n_omsorg_-_skovdagcenter.pdf. [5. oktober 2016].
- Sundheds- og Ældreministeriet (2016): *Statusrapport på demensområdet i Danmark*. København: Sundheds- og Ældreministeriet.
- Ulrich, R (1984): View through a window may influence recovery from surgery. *Science* 24:420-421.
- Villumsen M, Jørgensen MG, Andreassen J, Rathleff MS & Mølgaard CM (2015). Very Low Levels of Physical Activity in Older Patients During Hospitalization at an Acute Geriatric Ward: A Prospective Cohort Study. *J Aging Phys Act*, 23:542-9.

Uden mad og drikke ...

Dette kapitel handler om den store betydning, en god ernæringstilstand og tilstrækkeligt med mad og drikke har for gamle menneskers velbefindende og funktionsevne.

Der er bl.a. fokus på den tidlige opsporing og de redskaber, der anbefales i den forbindelse, og på, hvordan arbejdet med måltidet og ernæring kan tænkes ind i genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser. Her gives der en beskrivelse af livsmestringens betydning for gamle menneskers lyst til at spise.

I slutningen af kapitlet beskrives en model for, hvad der kan være et godt måltid.

En del af områderne vil være grundlæggende teori på området, men erfaringerne viser, at der kan være langt fra teori til praksis, og der er derfor medtaget cases fra det "virkelige" liv. Kapitlet kan således lægge op til en diskussion og refleksion over egen praksis samt overvejelser om, hvorfor det er så svært at omsætte den viden, man har, til konkrete handlinger.

Anne Marie Beck

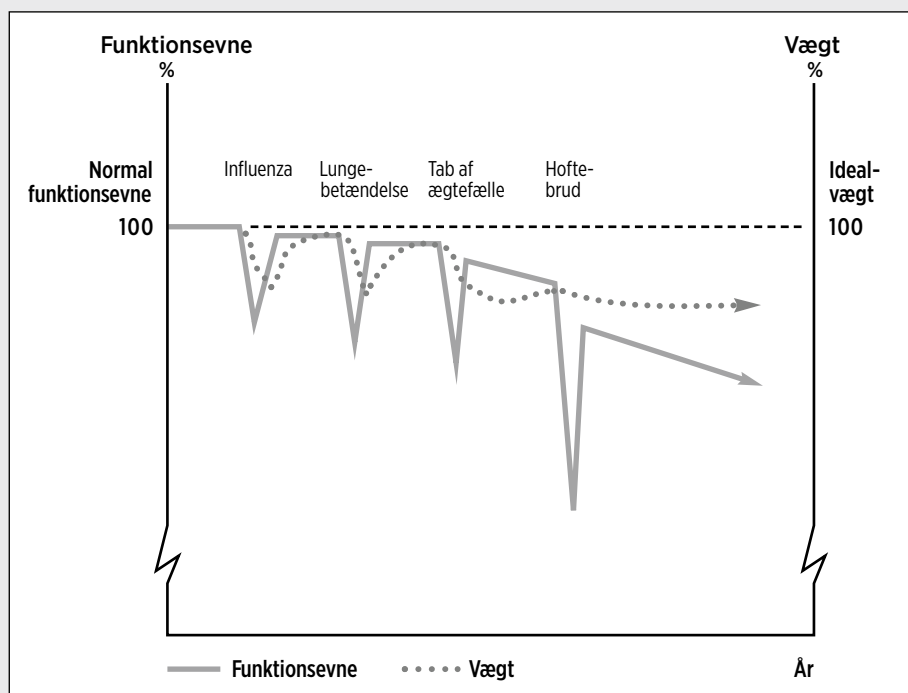
Docent, Professionshøjskolen Metropol, Ernærings og Sundhedsuddannelsen.

De alvorlige konsekvenser af at spise for lidt

I et studie, der blev gennemført i 1950'erne, satte man unge mænd til at "sulte" i en seks måneders periode – dvs. de fik kun ca. to tredjedele af deres daglige behov for kalorier. Og så holdt forskerne øje med, hvordan det gik dem. Ikke uventet tabte de unge mænd i vægt; de mistede deres muskelstyrke, kondition; deres hukommelse blev dårligere, og mange blev deprimerede. Efter seks måneder fik de unge mænd lov til at spise alt det, de kunne, i yderligere seks måneder og igen holdt forskerne øje med dem. Efter de seks måneder havde de fleste taget al den tabte vægt på igen, men mange af de unge mænd havde stadig ikke genvundet deres muskelstyrke, kondition og hukommelse, og en del var fortsat deprimerede (Keys et al., 1950). I studiet var der tale om unge raske mænd. Det er klart, at for lidt mad og drikke, selv i korte perioder, har langt alvorligere konsekvenser, hvis man er gammel og ofte også syg. Og

desværre er der rigtig mange gamle mennesker, der modtager hjemmepleje eller bor på plejecenter, der får alt for lidt at spise og drikke (Socialstyrelsen, 2013; Københavns Universitet og Madkulturen, 2015). Konsekvensen er – populært sagt – at selvom gamle mennesker bliver lettere og lettere på vægten – så bliver de ikke lettere at tage sig af, fordi de skal hjælpes mere og mere med almindelige daglige aktiviteter, såsom personlig hygiejne, spisning, påklædning osv. Modsat tilfældet med de unge mænd så er en stor udfordring her, at gamle mennesker har en dårligere appetitregulering end yngre og derfor ikke automatisk af sig selv begynder at spise mere efter fx sygdomsperioder, hvor appetitten har været nedsat (Ingerslev et al., 2002). En anden udfordring er, at perioder med nedsat appetit kan optræde relativt hyppigt, dvs. det bliver sværere for de gamle mennesker end for de raske unge mænd at nå at tage på og

Figur 1 | Eksempel på samspillet mellem sygdom og vægt-/funktionstab



(Ingerslev et al., 2002)

generhverve funktionsevnen, inden en ny periode med nedsat appetit indtræffer, jf. figur 1.

Hvor stor betydning, et tilstrækkeligt indtag af mad og drikke har for gamle menneskers trivsel og funktionsevne, fremgår tydeligt af casen fra Patientklagenævnet i boks 1. Desuden er casen et godt eksempel på alvoren ved ikke at reagere, når gamle mennesker spiser og drikker for lidt.

I casen i boks 1 var årsagen til det utilstrækkelige indtag af mad og drikke og dermed det store vægttab og dehydreringen formodentlig "slagtilfældet", der har medført bl.a. dysfagi og behov for hjælp til at spise. Dysfagi er blandt nogle af de

mange ernæringsmæssige risikofaktorer, som kan påvirke appetitten og dermed gøre det svært for gamle mennesker at få spist og drukket tilstrækkeligt. Nogle af de øvrige risikofaktorer fremgår af figur 1, og det ses, at den alvorligste er hoftebrud, dvs. akut sygdom, der fører til hospitalsindlæggelse.

Det er vist, at både dysfagi og behov for hjælp til at spise øger risikoen for at tabe i vægt i løbet af en 6-12 måneders periode. De samme ernæringsmæssige risikofaktorer er formodentlig vigtige og alvorlige, når det gælder gamle mennesker, der modtager hjemmepleje, og faktorerne er derfor med i Ernæringsvurderingsskemaet (EVS),

Boks 1 | Patientklagenævnets afgørelse i en sygeplejerskesag

Udvalgte tekstafsnit fra afgørelsen

Manglende omhu i pleje af ældre, svækket mand

En 78-årig mand fik ophold på plejehjem pga. følger efter et slagtilfælde.

Under opholdet på plejehjemmet blev manden tiltagende træt, sløv og ked af det. Han ønskede efterhånden ikke at deltage i den planlagte gangtræning.

Efter et stykke tid blev manden indlagt på sygehus til væskebehandling (rehydrering). Lægerne på sygehuset fandt, at manden var kraftigt underernæret, hvorfor der blev anlagt sonde direkte til mavesækken med henblik på ernæring.

Hospitalet klagede bl.a. over, at man på plejehjemmet ikke havde været tilstrækkelig opmærksom på mandens væske- og ernæringsbehov.

Patientklagenævnet fandt bl.a., at de sygeplejersker, der var ansvarlige for plejen af manden, ikke havde udvist tilstrækkelig omhu og samvittighedsfuldhed i forbindelse med plejen af ham.

Nævnet lagde ved afgørelsen vægt på, at det i plejerapporten ofte var beskrevet, om manden havde haft god appetit eller kun spist og drukket lidt. Det var også ofte beskrevet, at manden havde en dårlig appetit og kun spiste og drak lidt, uden at dette havde medført nogen tiltag til handlinger.

Nævnet fandt, at der på grund af de mange episoder med nedsat føde- og væskeindtagelse burde have været ført et skema over, hvad manden spiste og drak, så man kunne danne sig et billede af ernæringen, inden den blev så dårlig som beskrevet fra sygehuset. Nævnet fandt endvidere, at man burde have opdaget og reageret på det store vægttab, der var en følge af den manglende ernæring. Nævnet bemærkede, at det ikke af plejerapporten fremgår, at manden ikke selv ønskede at spise og drikke, eller at ernæringstilstanden havde været drøftet. Nævnet bemærkede i øvrigt, at det af plejerapporten fremgår, at der havde været taget hånd om andre forskellige problemer i relation til mandens helbredstilstand.

Boks 2 | Ernæringsvurderingsskemaet (EVS)

EVS skal hjælpe med at afklare, om et gammelt menneske har gavn af en ernæringsindsats for at opnå forbedret funktionsevne.

Det sker ud fra en vurdering af spisevaner (herunder, om der levnes på tallerkenen), uplanlagt vægttab og forekomst af forskellige ernæringsmæssige risikofaktorer (behov for hjælp til at spise, tygge- og synkeproblemer og akut sygdom).

Ved at udfylde skemaet kan man gennem et simpelt pointsystem finde ud af, hvorvidt

det kan være en god ide at sætte særligt fokus på ernæringen ud fra følgende kategorier:

- 1 Uden for risiko (0 point)
- 2 I risiko for dårlig ernæringstilstand (1 point)
- 3 Vil have gavn af ernæringsindsats (2 points).

Hvis man ikke kan indhente informationer om vægtudvikling, spisevaner og risikofaktorer, skal man automatisk give 2 points.

(Pedersen og Ovesen, 2016)

som kan bistå med at finde de gamle mennesker, der vil have ekstra god gavn af en ernæringsindsats (Pedersen og Ovesen, 2016). Se nærmere om EVS i boks 2.

Tidlig opsporing er vigtig

Heldigvis er der iværksat forskellige initiativer for at forebygge, at det går så galt som i casen i boks 1. Sundhedsstyrelsen har anbefalet, at alle fagpersoner, der er i kontakt med gamle mennesker, holder øje med, om deres vægt går op eller ned – enten ved at spørge til det (gælder fx for de fagpersoner, der varetager forebyggende hjemmebesøg, genoptræning og vedligeholdelsestræning) eller ved at bistå gamle mennesker med at veje sig regelmæssigt (gælder fx for fagpersoner med kontakt til gamle mennesker, der modtager hjemmepleje eller bor på plejecenter) (Sundhedsstyrelsen, 2013). Og så skal alle selvfølgelig reagere, hvis de opdager, at vægten ændrer sig. Til dette har Socialstyrelsen udarbejdet en masse godt materiale, der kan bistå, og som kan findes på hjemmesiden "God mad – godt liv"*

I boks 3 vises en case fra en kommune, som stammer fra før Sundhedsstyrelsen kom med

anbefalinger om tidlig opsporing, som tydeligt illustrerer behovet for klare arbejdsgangsbeskrivelser inden for dette område.

I casen i boks 3 har Vera været i kontakt med stort set samtlige fagpersoner, der arbejder med gamle mennesker. Selvom nogle af fagpersonerne har noteret sig, at der er problemer med ernæringstilstanden, så går der mere end et år, før nogen sætter en indsats i gang. Samtidig er casen igen et tydeligt eksempel på, hvordan et utilstrækkeligt indtag af mad og drikke kan påvirke gamle menneskers velbefindende og funktionsevne. Og ikke mindst illustrerer casen, at det er nytteløst at forsøge at genoptræne eller rehabilitere gamle mennesker, hvis de ikke får tilstrækkeligt at spise og drikke.

Positiv effekt af ernæringsindsatser

En lang række studier har vist, at gamle mennesker, der taber uplanlagt i vægt, har god gavn af en ernæringsindsats (Socialstyrelsen, 2015; Københavns Universitet og Madkulturen, 2015). Som det fremgår af EVS (se boks 2), er det vigtigt, for at få mest muligt ud af en ernæringsindsats, at få iværksat et tværfagligt samarbejde mellem kliniske diætister og fx:

- en ergoterapeut, der kan bistå med hjælpe-

*) <http://socialstyrelsen.dk/aeldre/maltider-og-ernaering/god-mad-godt-liv>

Boks 3 | Vera

April 2009: Starter til Fysioterapi. Anamnese siger slidgigt og osteoporose, spiserørs-brok, nedsat balance og svimmelhed. Deltager i holdtræning – mål er bedre benstyrke, balance og udholdenhed.

Juli 2009: Forebyggende hjemmebesøg første gang.

Juli 2009: Afsluttes af fysioterapeuten. Er færdigtrænet med en lille forbedring i underekstremiteterne. Uændret balance og udholdenhed. Vera ønsker at blive henvist til Faldklinik.

August 2009: Ansøgning om rollator og nødkald.

Juni 2011: Tilbagevendende diarré og svimmelhed. Besvimer og trykker nødkald. Sygeplejen ringer til hende og tjekker op.

Juni 2011: Handleplan oprettet i CARE* på medicindosering.

August 2011: Indlægges. I indlæggelsesrapporten er noteret: Svimmelhed, og at Vera har vanskeligt ved at klare at spise, drikke, lave mad.

December 2011: Har fået en genoptræningsplan (GOP) i forbindelse med udskrivelsen, som nu iværksættes. Ergo-/fysioterapeutisk startvurdering angiver: Funktionsevnenedsættelse/nedsat appetit.

I forbindelse med starttest noteres: Er småtspisende, og der har været et væggtab på 10 kg over de sidste par år.

I forbindelse med mål noteres: Ønsker at blive mindre svimmel, men er ikke optimistisk, da hun har været i træningsforløb flere gange både på Faldklinik og Sundhedscenter uden godt resultat.

Januar 2012: Ergo-/fysioterapeutisk slutvurdering angiver: Funktionsevnenedsættelse/nedsat appetit.

Februar 2012: Indlægges. Indlæggelsesrapport: Indlagt med diarré og opkast.

Februar 2012: Er udskrevet og indgår i Træning til Hverdagen (TTH)** med henblik på at blive helt eller delvist selvhjulpent. Er fortsat svimmel og har kvalme. Foreslås Dagcenter eller Café NN, men afslår.

Marts 2012: Stopper i TTH, da hun ikke magter det længere.

Maj 2012: Årlige besøg af Forebyggende Hjemmebesøg.

Juni 2012: Handleplan oprettet i CARE på Inkontinens. Klient har tabt sig. Rådet til at få recept på proteindrik.

Juni 2012: Supplerende information i CARE:

- Hjemmehjælpsydelse:
 - Ernæring
 - Rengøring af bolig
 - Hovedrengøring
 - Vaskeriordning
 - Indkøbsordning
 - Bank/apotek/posthus
 - Omsorgsopgaver
 - Bad
 - Personlig pleje
 - Aktivitet.
- Målinger dokumenteret i CARE
3 x blodtryk.

September 2012: Vera har selv vejet sig. Hun fortæller en medarbejder, at hun har tabt sig fra 65 kg til nu 52 kg på ca. 12 mdr. Hun ønsker hjælp og vejledning til, hvad hun skal gøre.

*) CARE er det kommunale omsorgssystem, som bruges af hjemmeplejen i den aktuelle kommune.

**) Et tilbud, der på daværende tidspunkt blev givet til borgere for at se, om de selv kunne klare noget af det, som de ellers skulle have hjemmehjælp til.

midler til spising og udredning af synkeproblemer

- en fysioterapeut, der kan understøtte effekten af ernæringsindsatsen med fx styrketræning
- omsorgstandplejen, der kan sikre, at mundhygiejnen er i orden og dermed klar til at modtage de ofte søde mad- og drikkevarer, der indgår i den energi- og proteinrige mad
- den praktiserende læge med henblik på udredning af årsag til vægttab, justering af medicin mv.

(Pedersen & Ovesen, 2016).

Det er endvidere vigtigt at tænke ernæringsindsatsen ind i det forebyggende og rehabiliterende arbejde, da det kan have betydning for gamle menneskers livskvalitet og evne til i højere grad at være mere selvhjulpne.

Der er i dag meget stor fokus på fysisk træning i forbindelse med især genoptræningsindsatser på ældreområdet. Med den eksisterende viden om, at sammensætningen af næringsstoffer har betydning for, at muskelmassen genopbygges og bevares, er det væsentligt at have fokus på mad, ernæring og måltider i relation til genoptrænings- og rehabiliteringsindsatser. Når muskelmassen genopbygges, øges den fysiske funktionsevne. Meget tyder derfor på, at man kan opnå gavnlig effekt ved at tænke ernæringsindsatser ind i de

andre indsatser. Casen i boks 3 er som nævnt også et eksempel på, hvordan den dårlige ernæringstilstand har konsekvenser for effekten (eller mangel på samme) af den genoptræning og rehabilitering, som Vera tilbydes.

I boks 4 ses eksempler på, hvordan mad og måltider kan være med til at understøtte det rehabiliterende arbejde.

Der findes endvidere en række eksempler på tværfagligt samarbejde i Socialstyrelsens udgivelse fra 2015 med faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab (Socialstyrelsen, 2015).

Livsmestringens betydning for appetitten

Gamle menneskers livsmestring påvirker lysten til at spise. Mestring handler om styrkelse af råderum og kontrol over eget liv og nævnes ofte i forbindelse med rehabiliteringsbegrebet (Københavns Universitet & Madkulturen, 2015).

I hverdagen er måltiderne væsentlige tids- og taktfaste ritualer, der flere gange dagligt forberedes, indtages og følges af oprydning. Selv at være involveret i måltidet og dets gøremål kan fremme, at der spises mere, hvilket understøtter livskvalitet samt kroppens fysiske tilstand og social og psykisk trivsel.

Boks 4 | Rehabilitering kan tænkes ind i alle måltidets aspekter

- Sociale funktioner: Samtale om madtilberedning og vareudbud, møde bekendte i butikker, selskaber m.m.
- Identitets- og rollebevarelse: At være vært, kunne lave eller servere mad til familien, fastholde særlige traditioner ved højtider
- Mentale funktioner: Lave indkøbslister, vurdere mængder, planlægge og disponere udførelse
- Fysiske funktioner: Handle ind, færdes i køkkenet, snitte, skære, skrabe, løfte, dække bord, servicere hinanden
- Ved bordet: Bruge bestik, rydde op m.m.
- Overblik over dagen med fast rytme
- Kendskab til sund mad og brug af denne viden.

(Breum, 2015)

Boks 5 | Fem anbefalinger fra Den Nationale Handlingsplan for måltider og ernæring

1. At kommunalbestyrelsen i hver kommune udarbejder en mad- og måltidspolitik. Politikken bør være målrettet de gamle mennesker, som har behov for madservice, og indeholde klare, målbare mål og retningslinjer for, hvordan der løbende følges op på indsatsen.
2. At der løbende gennemføres en ernæringsvurdering af gamle mennesker, der modtager hjemmepleje eller bor i plejebolig mv. for at sikre, at den enkeltes ernæringsbehov kendes og imødekommes. Det anbefales desuden, at mad, måltider og ernæringsvurdering indgår som centrale elementer i forebyggende og rehabiliterende indsatser i hjemmeplejen og plejeboliger mv.
3. At mad, ernæring og måltider tilrettelægges med udgangspunkt i det enkelte gamle menneskes ønsker og behov.
4. At det tværsektorielle samarbejde om det enkelte gamle menneskes ernæringsindsats styrkes gennem en klar ansvarsfordeling og retningslinjer for indsatsen.
5. At alle personalegrupper omkring et gammelt menneske har viden om, hvilken betydning mad, måltider og ernæring har for livskvalitet og funktionsevne. Det anbefales desuden, at der sikres tværfagligt samarbejde mellem personalegrupperne.

(Socialstyrelsen, 2013)

Livsmestringens anden side er at opretholde færdigheder. Det giver livskvalitet at kunne klare hverdagen inden for rammen af sin formåen. Måltiderne udfylder mange af de daglige rutiner, og det synes derfor oplagt at udnytte aktiviteter i relation til måltidet til at opretholde færdigheder, uanset grad af behov for hjælp. Det være sig at have dialog om madplaner, lave indkøbslister, handle ind, skrælle kartofler, bistå med tilberedning, folde servietter, dække bord, rydde af, vaske op mv.

Livsmestring kan også handle om at dække sociale behov såsom at indtage nogle måltider med andre, eksempelvis i spiseklubber. Ved visitation til madservice kan måltidet komme delvist færdiglavet, såkaldt komponentmad, og resten kan modtagerne lave færdig selv, evt. med støtte af hjemmeplejen (Københavns Universitet & Madkulturen, 2015).

De officielle anbefalinger om mad, måltider og ernæring

Ud over de officielle anbefalinger for den mad og drikke, som beboere på plejecentre eller modtagere af hjemmehjælp bør tilbydes (Pedersen & Ovesen, 2016), så har Socialstyrelsen også udarbejdet officielle anbefalinger for disse grupper af gamle mennesker.

Den ene er en national handlingsplan for måltider og ernæring. Heri er der fem anbefalinger (se boks 5 om Den Nationale Handlingsplan for måltider og ernæring) (Socialstyrelsen, 2013).

Den anden officielle anbefaling er faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsatser til gamle mennesker med uplanlagt vægttab udarbejdet af Socialstyrelsen (2015).

De faglige anbefalinger henvender sig til social- og sundhedsfagligt personale, der skal kunne opspore og handle i forhold til gamle mennesker med uplanlagt vægttab. Anbefalingerne synliggør opgavefordeling bl.a. mellem faggrupper og sektorer og har særlig fokus på vigtigheden af en tværfaglig indsats.

Målgruppen for de anbefalede indsatser er gamle mennesker (65+), med uplanlagt vægttab og eventuelt samtidigt tab af fysisk funktionsevne, i forskellige sammenhænge. Det drejer sig bl.a. om gamle mennesker, der udskrives fra sygehus, der skal i gang med genoptræning eller rehabilitering, der modtager hjemmepleje eller bor på plejecenter, eller som henvender sig til deres praktiserende læge.

Hvad er et godt måltid?

Et godt måltid har fokus på spisemiljø og sociale aspekter. Beboere på plejehjem og hjemme-hjælpsmodtagere trives bedre, når der sættes fokus på spisemiljøet og sociale aspekter i forbindelse med måltidet. Betingelserne for måltidets rammer er forskellige, alt efter, om det drejer sig om et måltid for hjemmeboende gamle mennesker, eller om maden indtages på et plejecenter. Foregår måltidet hjemme hos en person, der føler sig alene og ensom? Foregår måltidet på plejecenteret, hvor måltidet som udgangspunkt indtages sammen med andre, men hvor nogle måske mere har lyst til at spise for dem selv? Foregår måltidet i en spiseklub? Spises maden på plejecentret foran fjernsynet eller i sengen? Derudover har det også betydning, hvor selvhjulpen, han eller hun er. (Københavns Universitet & Madkulturen, 2015).

Uanset under hvilken ramme måltidet indtages, knytter de fleste mennesker måltidet til en social kontekst såsom at være sammen med ægtefælle, familie, venner eller kolleger. For gamle mennesker er det ikke anderledes. Meget tyder dog på, at mange hjemmeboende spiser alene, at måltiderne ikke bruges fokuseret i det rehabiliterende arbejde, og at måltidet på plejecentre har fokus på alt muligt andet end at skabe en social ramme.

Det kan få konsekvenser for gamle menneskers sundhed og livskvalitet, at måltiderne ofte fungerer sådan. Det er derfor vigtigt at vide, hvilke muligheder der ligger i at prioritere arbejdet med måltiderne på en anden måde (Københavns Universitet & Madkulturen, 2015).

Til det formål er der udviklet et måltidsbarometer og et idékatalog, der begge findes på Socialstyrelsens hjemmeside*.

Desuden findes der hjemmesiden Bedremåltider.dk (www.bedremåltider.dk). Her er Socialministeriet, Miljø- og Fødevareministeriet og Madkulturen gået sammen om at samle viden om, hvordan mad og måltider til gamle mennesker kan forbedres. De har som opstart indhentet cases fra en lang række kommuner m.v., der viser betydningen af gode måltider. Ligeledes har de samlet litteratur om mad og måltider for gamle mennesker.

Alle initiativerne kan give inspiration til arbejdet med at sikre gode måltidsoplevelser for de gamle mennesker.

En model for et godt måltid

Når man arbejder med gamle mennesker, der har begrænset mulighed for indflydelse på den mad, de får tilbudt og skal spise, er det vigtigt at være opmærksom på de ting, der kan være med til at gøre, at de alligevel oplever at få et godt måltid mad.

Selvom hverdagens måltider ikke nødvendigvis alle behøver at afspejle et besøg hos en Michelin-stjerne-restaurant, kan man alligevel lære noget af, hvad disse fine steder har tænkt over for at give gæsterne den bedste oplevelse.

Modellen Five Aspect Meal Model (FAMM) er et redskab udviklet netop med henblik på at give gæsterne på restauranter den bedst mulige måltidsoplevelse. FAMM-modellen har fem rammer, der bør tages hensyn til i forbindelse med

*) <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/introduktion-til-maeltidsbarometeret>

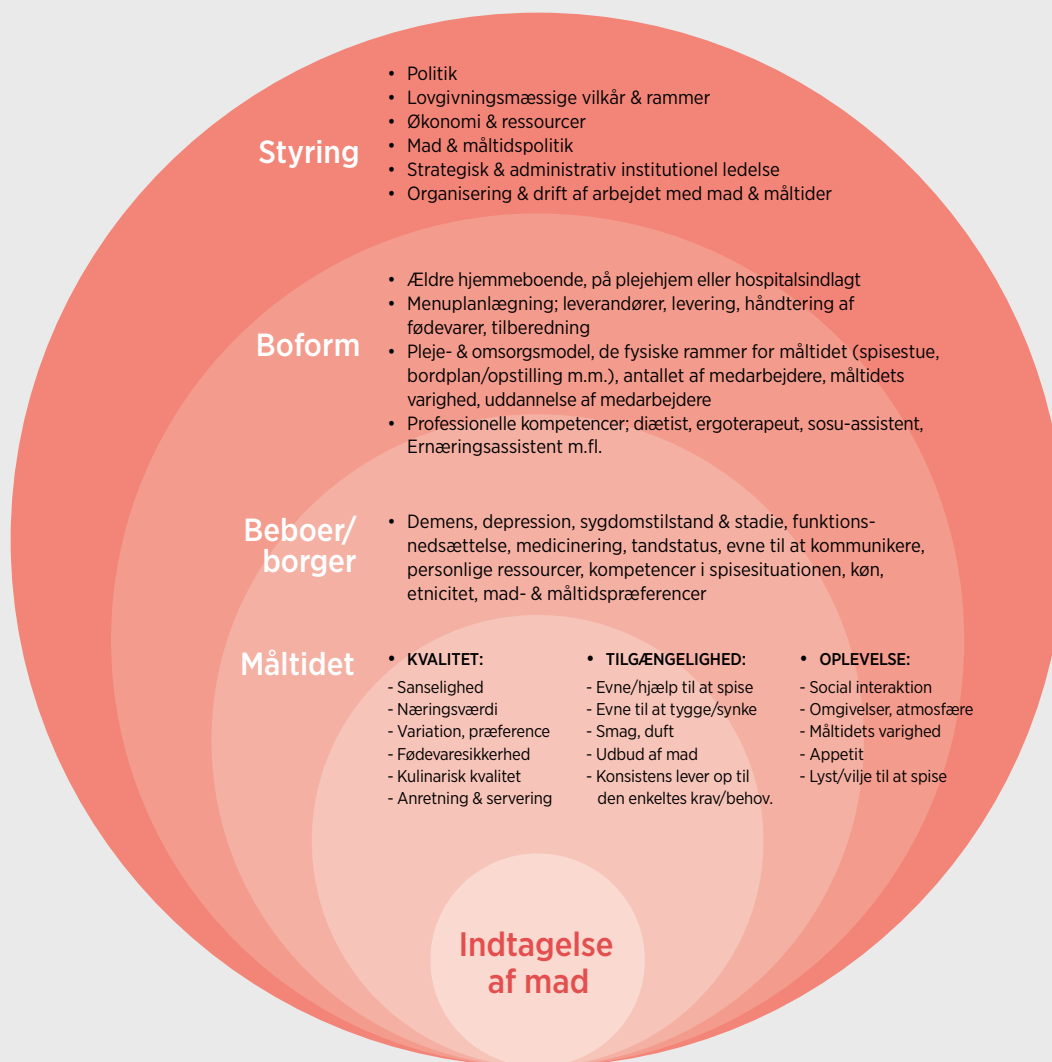
og <http://socialstyrelsen.dk/udgivelser/idekatalog-ideer-til-gode-maeltider>

et måltid: Rummet (bl.a. indretningen), mødet (de personlige relationer), maden (serveringen, udseende, smag m.v.), management (ledelse eller organisering) og atmosfæren (betjeningen, stemningen m.v.).

Selvom disse fem rammer også er meget vigtige, når det gælder måltider til gamle mennesker, spiller endnu flere kriterier en rolle. Et vigtigt kriterium er her måltidets tilgængelighed, altså muligheden for overhovedet at få noget at spise,

hvilket kan være vanskeligt, såfremt en person eksempelvis har problemer med at tygge og synke maden eller har behov for hjælp til at spise. Et andet kriterium er måltidets kvalitet, herunder smagen af, variationen i og næringsstofsammensætningen af den tilbudte mad, som jo skal spises igennem en længere periode og ikke kun ved et enkelt restaurantbesøg. Alle disse faktorer er illustreret i den såkaldte M3-model, se figur 2.

Figur 2 | Det gode måltid. “Making the Most of Mealtimes-modellen” (M3)



(Madkulturen, 2015)

Uden mad og drikke ... duer helte ikke

Tilbage til de unge mænd fra indledningen. Hvordan gik det så med dem? Blev de helte igen? Det kan man læse mere om forskellige steder*.

Ancel Keys, der stod bag forsøget, blev verdensberømt – bl.a. fordi det, han fandt ud af, siden kunne bruges ved sultkatastrofer, i krigssituationer m.m., hvor der er behov for målrettede ernæringsindsatser. Når man arbejder med gamle mennesker, er det også vigtigt at have den viden med i det daglige arbejde i deres hjem. Alt tyder nemlig på, at en god ernæringstilstand og tilstrækkeligt med mad og drikke har særdeles stor betydning

for gamle menneskers velbefindende og funktionsevne.

Forslag til videre læsning

Beck, AM, Elsig, M & Ovesen, L (red.) (2002).

Uden mad og drikke ... Del 1-3.

København: Fødevarestyrelsen.

Beck, AM, Kok, K & Simonsen, KN (2010).

Håndbog i ernæring. København: Munksgaard.

Referencer

Breum, G (2015). *Måltidet som medspiller*. Oplæg ved temadag for Foreningen af Kliniske diætister, 18. juni.

Ingerslev, J, Beck, A, Bjørnsbo, KS, Hessel, I, Hyldstrup, L & Pedersen, AN (2002). *Ernæring og aldring*, 28. København: Ernæringsrådet.

Keys, A, Brožek, J, Henschel, A, Mickelsen, O, & Taylor, HL (1950). *The Biology of Human Starvation* (2 volumes). Minnesota: University of Minnesota Press.

Madkulturen (2015). *Hovedpointer fra hvidbog om ældremad*. København: Madkulturen.

Københavns Universitet og Madkulturen (2015). *SMAG – Skønne Måltider til Alle Gamle*. København: Københavns Universitet og Madkulturen.

Pedersen A & Ovesen L (red.) (2016).

Anbefalinger for den danske institutionskost.

København: Fødevarestyrelsen.

Socialstyrelsen (2013). *National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen*. Odense: Socialstyrelsen.

Socialstyrelsen (2015).

Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab.

Odense: Socialstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen (2013). *Værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring – sammenfatning af anbefalinger*.

København: Sundhedsstyrelsen.

*) http://www.madsciencemuseum.com/msm/pl/great_starvation_experiment

Reminiscens

Samvær og livskvalitet i demensomsorgen

Reminiscens er en socialfaglig tilgang, der anvendes til at styrke erindringer, færdigheder og livskvalitet hos mennesker med demens. Kapitlet beskriver, hvad der karakteriserer en omsorgspraksis baseret på reminiscens set i forhold til hverdagsliv, samt hvordan kultur og livshistorien spiller sammen med reminiscens. Kapitlet tager udgangspunkt i praksis på plejecentre og ved museumsbesøg, men reminiscens kan dog let anvendes i samvær med mennesker med demens i andre sammenhænge. Plejecenterrammen er valgt, fordi vi gerne vil understrege, at også mennesker, der er langt i deres demensforløb, kan have glæde af reminiscens, og at det som medarbejder er et værdifuldt redskab at kende til i en hverdag med udfordringer ift. kommunikation. De kulturhistoriske frilandsmuseer er oplagte samarbejdspartnere for plejepersonalet, da museerne har hele miljøer med interiør og genstande fra 1950'erne, 60'erne og 70'erne, der, som vi vil beskrive, potentielt giver en totaloplevelse med mange erindringsglimt. Oplevelserne på museet kan give plejepersonalet vigtig viden om livshistorie og minder, oplysninger, der kan være nyttige i det daglige arbejde på plejecentret. Ligeledes kan museumsbesøget forhåbentlig inspirere plejepersonalet til forskellige aktiviteter, der kan gennemføres på plejecenteret.

Anders Møller Jensen

Cand.scient. og ph.d.-studerende. Syddansk Universitet.
Udviklingskonsulent ved VIA Aldring og Demens, VIA University College.

Susanne Bollerup Overgaard

Cand.psych., forskningsassistent. CON AMORE – Center for Selvbiografisk
Hukommelsesforskning, Aarhus Universitet.

Agnete Amlund Rasmussen

Cand.mag. og museumsinspektør. Den Gamle By i Aarhus.

Hvorfor er reminiscens interessant i demensomsorgen?

I 2012 udgav WHO en rapport, der fastslog, at demens er en global udfordring, som kræver øget bevågenhed inden for behandling, pleje og omsorg (WHO, 2012). I Danmark er der nu ca. 75-80.000 mennesker med demens og tallet vil fremover stige grundet en forøgelse i levealder – muligvis til omkring 120.000-146.000 personer (NVD, 2016). En sådan stigning kræver, at indsatsen for mennesker med demens gentænkes med fokus på, hvordan der skabes den bedst mulige hverdag med indhold og livskvalitet i de leveår, demens er en følgesvend i livet. Dette indebærer et større fokus på anvendelsen af socialfaglige metoder i demensomsorgen – bl.a. reminiscens.

I forbindelse med forarbejdet til den første nationale handlingsplan for demensindsatsen i 2010 blev der lavet en spørgeskemaundersøgelse om brugen af socialfaglige metoder i kommunerne. 77,5 % af alle kommuner rapporterede, at de anvendte reminiscens i arbejdet med personer med demens (Socialministeriet & Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2010). Det var dog uvist, hvem der arbejdede med metoden, og i hvilke situationer. Svaret siger altså ikke meget andet, end at reminiscens er udbredt i Danmark, hvilket stemmer godt overens med udenlandske undersøgelser, der også angiver reminiscens som værende udbredt og værdsat inden for demensomsorgen (Woods et al., 2005). Reminiscens som socialfaglig tilgang har sin oprindelse i 1980'erne, hvor amerikanske og engelske psykologers arbejde med mennesker med demens viste, at de ofte havde ganske tydelige erindringer om deres tidligere liv, men ingen, eller kun sparsom, viden om den nære fortid og dagen i dag. Ved at bruge genstande med relation til en persons livshistorie kan man stimulere genkaldelse af erindringer i større omfang end ellers (Jensen, 2015).

Der har været skrevet om og forsket en del i reminiscens, men da begrebet ikke har haft et klart defineret ophav, har der været forskellige defini-

tioner og anvendelsesmåder i spil. I 2014 lavede Laura Dempsey og kollegaer et bud på en samlet definition, som vi tager udgangspunkt i:

“Reminiscens er bevidst brug af genstande, fx fotografier, dufte, musik og spørgsmål, med henblik på genkaldelse af behagelige minder. Fokus i reminiscensarbejdet er at stimulere personen, skabe en behagelig stemning og skabe en følelse af præstation og selvværd. De forventede resultater af reminiscens er forbedring af personens livskvalitet, adfærd og humør.”

(Dempsey et al., 2014, forfatternes oversættelse).

Reminiscens er således et værktøj, der kan bringes i anvendelse, når personale og pårørende ønsker at arbejde med at styrke livskvalitet og humør hos et menneske med demens eller generelt forsøge at opretholde et godt hverdagsliv i takt med, at sygdommen skrider frem.

For at forstå, hvorfor reminiscens egner sig godt i kommunikationen og samværet med mennesker med demens, er viden om, hvordan eksempelvis Alzheimers sygdom udvikler sig og ikke mindst, hvordan erindringer dannes gennem livet, vigtig. Gerontopsykologen Pia Fromholt satte med metaforerne “erindringslandskabet” og “glemselshavet” billeder på, hvordan Alzheimers sygdom udvikler sig (Fromholt, 1990). Gennem et langt liv opbygger vi et erindringslandskab, hvor stærke og betydningsfulde oplevelser udgør store højdedrag, og hverdagen og de mindre betydningsfulde begivenheder danner mindre bakker, eller næsten ingen spor, i landskabet. Erindringslandskabet er unikt for hver enkelt person og afspejler hans eller hendes levede liv, med store og små oplevelser i tilværelsen. Igennem erindringslandskabet løber en bæk, og demenssygdommens fremskriden sammenlignes med, at bækken langsomt går over sine bredder og fylder mere og mere i landskabet og til sidst bliver til glemselshavet. En socialfaglig indsats i arbejdet med mennesker med demens er – billedligt talt

– at bygge bro mellem de tilbageværende toppe i landskabet, der stadig stikker op af glemselshavet, eller med reminiscens kortvarigt at sænke vandstanden.

Arbejdet med reminiscens giver plads og anledning til oplevelser af tryghed, genkendelse og glæde hos mennesker med demens. Personalet får adgang til viden om den enkelte, som kan være nyttig i mødet med en person med demens, og bidrage til at skabe situationer, der styrker en oplevelse af identitet for mennesker med demens.

Stimulering af erindringer hos mennesker med demens

I arbejdet med reminiscens anvendes viden fra selvbiografisk hukommelsesforskning, hvor særligt to typer af viden er vigtig. Den første er det fænomen, der kaldes "reminiscensbumpet". Mennesker med demens oplever ofte en svækkelse af den selvbiografiske hukommelse, men som hos andre ældre og midaldrende er der en udtalt tendens til, at der er flere velbevarede erindringer, der hører til livsperioden mellem de sene barndomsår og til det tidlige voksenliv, end senere i livet (Berntsen, 2013; Kirk & Berntsen 2015). Således er det særdeles meningsfyldt at begynde med temaer og genstande fra den enkeltes ungdomsperiode i reminiscensarbejdet.

Den anden type viden påpeger, at mennesker med demens lettere får adgang til deres lager af tidligere oplevelser via sanseindtryk og associationer. Forskerne kalder det en slags genvej til fortiden (Kirk & Berntsen, 2015). Vores personlige erindringer kan nemlig dukke op via to forskellige processer; frivillige og ufrivillige erindringer. Mennesker med demenssygdomme mister kognitiv kapacitet og har ofte store vanskeligheder med at hente en specifik viden frem, fx navnet på deres nabokone gennem flere årtier, eller hvem der var budt med til deres datters bryllup. Begge eksempler på erindringer, der findes frem ved en aktiv søgeproces i hjernen efter hukommelsesspor. Lettere går det ved at få et billede af brudeparret

i hånden eller høre en melodistump, der minder om, hvad nabokonen ofte nynnede. Her kan erindringen dukke ufrivilligt op, helt spontant, i hvad der kaldes en associativ erindringsgenkaldelse. Alle mennesker får disse ufrivillige erindringer fra fortiden, ofte dagligt.

Undersøgelser, der gør brug af skanningsbilleder af hjernen, viser, at genkaldelse af erindringerne ved begge processer sker i de samme områder af hjernen, og at det er vejen dertil, der er forskel på. Meget tyder på, at de spontane, ufrivillige erindringer forløber med større hastighed, er rigere på detaljer og livagtighed og ikke gør brug af højere frontale hjerneprocesser, som ofte netop er svækkede hos mennesker med demens (Berntsen, 2010). Denne forskning er en forklaring på, hvorfor det at bruge ledetråde via genstande og andre sansestimuli kan bringe erindringer frem, der ellers er tabt, fx for personer med Alzheimers demens. Det er også forklaringen på, hvorfor reminiscensmetoden generelt – og som det senere beskrives – at besøg på museum kan skabe særdeles gode betingelser for at fremkalde erindringer (Miles et al., 2013).

Hvordan bruges reminiscens i samværet med mennesker med demens?

De kommende afsnit vil kort gennemgå, hvordan man kan forberede, gennemføre og evaluere reminiscensaktiviteter med mennesker med demens ud fra en plejecenterkontekst.

Grundlæggende kan man dele arbejdet med reminiscens op i spontane eller planlagte situationer og skelne mellem gruppeaktiviteter og individuelle reminiscensstunder. Tabel 1 (næste side) viser nogle eksempler på aktiviteter, hvori man kan indarbejde reminiscens på plejecenter (Jensen, 2015). Reminiscens og viden om livshistorie kan også med fordel anvendes til at afbryde og nedtrappe de konflikter, der trods gode intentioner kan opstå i samværet med mennesker med demens.

Tabel 1 | Skema over situationer, hvor reminiscens kan anvendes i hverdagen

	Spontan	Planlagt
Individuelt	• Mødet på gangen • Rengøring, madlavning eller praktisk arbejde	• Morgenhygiejne • Måltider • Kontaktstund
Grupper	• Eftermiddagskaffe • Samtalen ved TV	• Erindringsgrupper • Udflugter

Forberedelse

I arbejdet med reminiscens er et godt kendskab til personens livshistorie en stor fordel. De pårørende er en stor ressource i den sammenhæng, og jo større kognitiv svækkelse, der er tale om, desto mere nødvendigt er det at kende til livshistorien og det tidligere hverdagsliv. Reminiscens handler om at bringe historier eller genstande i spil for at stimulere konkrete erindringer hos en person med demens og give anledning til, at denne kan anvende sin viden herom. Hvis man skal skabe en reminiscensstund hos en tidligere landmand, som hele sit liv har boet og arbejdet på landet, skal man ikke medbringe genstande fra et advokat-kontor og forvente, at de fremkalder nogle særlige minder.

I reminiscensarbejdet skelnes mellem generationshistorien og den personlige historie. Generationshistorien er viden om, hvad der kendetegner de årgange og den generation, en person er del af. Hvilke vilkår levede de under? Og hvad skete der i Danmarkshistorien i løbet af deres liv? Samtidig kigger man også på den individuelle historie – hvordan har han eller hun levet? Hvilke centrale oplevelser og begivenheder karakteriserer livsløbet? Der indsamles fakta om livsløbet, som pårørende ofte kan involveres i at fremskaffe – hvor er han eller hun vokset op? Hvad har vedkommende arbejdet med? Hvad ved man om ægteskab, børn, arbejde og hobbies?

Det er ganske individuelt, hvordan erindringer bedst genkaldes, og det sker ikke nødvendigvis i forbindelse med de mest oplagte livshistoriske begivenheder, men oftere i hverdagslivets hændelser. Det kan være hobbies som blomster eller dyr eller en bestemt ferierejse, som vækker særligt tydelige erindringer – eller som med erindringslandskabsmetaforen – former særligt høje toppe i erindringslandskabet. At vælge de rette emner og genstande kan således være lidt af et detektivarbejde. Men hvis man starter med generationshistorien og arbejder sig ned gennem livshistorien og til sidst bliver klog på hverdags-historien, så er man godt rustet til at begynde arbejdet med reminiscens (Jensen, 2015).

Hvad skal der medbringes?

Når man har valgt et tema at bringe i spil ud fra generationshistorie, livshistorie og hverdagsliv, kan man vælge nogle genstande for at hjælpe minderne på vej. Jo mere personlig genstanden er, desto større er sandsynligheden for, at den stimulerer erindringer. Desuden kan der med fordel vælges genstande, som stimulerer så mange sanser som muligt. Langt de fleste genstande stimulerer syns- og følesansen, men hvis man kan vælge genstande, som også stimulerer lugtesansen, såsom sæbe, eller høresansen, med fx en skralle, så er der større sandsynlighed for, at genstanden frembringer minder. Et godt eksempel på

en genstand, der stimulerer mange sanser, er en kaffekværn. Mens man holder om den og drejer rundt på håndtaget, hører man lyden af kaffebønnerne, som kværnes, og der breder sig en duft af kaffe. Hvis man også smager på den friskbryggede kaffe, så har man stimuleret alle sanser og med stor sandsynlighed vækket erindringer om at lave og drikke kaffe.

Hvad skal personalet gøre?

Når man skal stimulere til frembringelse af minder og erindringer, er det vigtigt at huske, at rigtigt og forkert ikke er væsentligt. Det er vigtigere, at personen med demens kommer på banen og bidrager med oplevelser og historier, end at fortællingen er helt korrekt eller sandfærdig. Det er ligeledes vigtigt, at personen med demens kommer i fokus, så det bliver hans eller hendes viden om emnet, der kommer frem, og ikke personalets. Det at optræde såkaldt "professionelt uvidende" er tilrådeligt. Her spørges personen med demens til råds om et emne, og der kan åbnes op for en samtale. Ligeledes skal man være opmærksom på den længere latenstid, som følger med mange demenssygdomme. Pauser i samtaler skal tolkes i retning af, at personen med demens tænker sig om, eller er ved at formulere et svar.

Den generationsforskel, der nogle gange er mellem unge ansatte i plejesektoren og de ældre mennesker, som hyppigst udvikler demens, kan gøres til en fordel. Personalet kan oprigtigt sige: "Du ved mere om denne ting – det vil jeg gerne høre noget om". Nysgerrighed er et væsentligt grundprincip i reminiscensarbejdet, såvel som i den personcentrerede demensomsorg: "Jeg vil gerne lære dig noget bedre at kende for derigennem bedre at kunne hjælpe dig". Forstår man at begynde en samtale og så glide over i rollen som aktiv lytter og eventuelt hjælpe, hvis et ord mangler hist og her, har man gode muligheder for at skabe stjernestunder, der skaber glæde hos personer med demens. Man kan også opleve, at der udvises ellers tabte færdigheder, takket være brugen af stimulerende genstande og reminiscens.

Endelig er det vigtigt at være opmærksom på, at erindringer kan fremkalde følelser. Man

kan røres til tårer ved at mindes både glade og sorgfulde erindringer. Ingen mennesker lever et langt liv uden at møde modgang og sorg. Det er en naturlig del af tilværelsen, som derfor også kan dukke op under erindringsarbejdet. Det er vigtigt at kunne rumme følelser og evt. gråd, at give tid og plads, at anerkende følelserne over de triste minder, at trøste og til slut flytte fokus videre til noget andet.

Efterbearbejdning af reminiscensaktiviteter

Det er altid en god idé at evaluere en situation, hvor man har anvendt reminiscens for at samle op på, hvilken læring det har frembragt om de deltagende personer, og om der skal justeres ved gruppesammensætningen eller valg af emner næste gang. Hvis det er lykkedes at skabe en nærværende samtale med et menneske med demens, vil det ofte føre til et større kendskab til vedkommendes livshistorie og tidligere hverdag. De erindringsglimt, som viser sig under samtalen, kan ofte let stimuleres igen, og således kan der opnås særdeles værdifuld viden om, hvordan der skabes en god og positiv kontakt. Optimalt set bør man derfor, efter at have arbejdet med reminiscens i en given situation, altid opdatere det livshistoriske dokument, der indeholder beskrivelser af personens liv, og skrive ideer ned til senere brug.

Med det stigende fokus på at skabe et demensvenligt samfund er det vigtigt at se på, hvordan mennesker med demens kan deltage i kulturelle aktiviteter. Næste afsnit giver et eksempel på, hvorledes museer kan åbne deres samlinger for mennesker med demens, til gavn for både personer med demens og professionelle samt pårørende, der støtter vedkommende i hverdagen.

Museers kulturformidling målrettet mennesker med demens

I Den Gamle By i Aarhus kan plejepersonale, pårørende og mennesker med demens komme på besøg i en særlig erindringslejlighed. Lejligheden er indrettet, som en middelklassefamilie kunne have boet i Danmark i 1950'erne, og giver særlig

gode vilkår for reminiscensarbejde, som efterfølgende kan anvendes og integreres i hverdagslivet. I det følgende følger vi med på besøg i lejligheden sammen med en gruppe gæster.

“Nej, sikke et fint gulv, helt nyferniseret og blankt... det husker jeg, min mor gjorde ved vores gulve,” udbryder Betty, da hun ruller ind ad døren med sin rollator. Betty har en demenssygdom og er med en gruppe fra plejecentret inviteret “til kaffe”, en typisk hverdagsbegivenhed, som de aller fleste har prøvet adskillige gange, og som er forbundet med hygge og fornøjelse.

Ved starten af besøget modtager en af værtinderne gæsterne ved opgangen til etageejendommen. Værtinden er iført kjole og frakke i 1950'erstil, og hun følger gæsterne op i lejligheden, der har to adgangsveje. Dels den originale trappeopgang med brunt linoleum, og dels via den moderne, handicapvenlige elevator i nabobygningen, hvis ikke fysikken kan klare trappen.

Gæsterne ringer på og bydes indenfor af værtinde nr. to, som er i gang med kaffebrygningen og er begyndt på borddækningen, men lige mangler en hjælpende hånd med det sidste. Opgaver som at lægge de hjemmebagte småkager på fadet, lægge teskeer og servietter på bordet eller hente en ekstra kop i dækketøjsskabet; alt sammen aktiviteter, der giver en anledning til at kigge i skabe og skuffer og opdage ting, der sætter gang i minderne og giver gæsterne en oplevelse af at være til nytte. Der kigges i spisekammeret og soveværelset, og værtinden trækker måske i snoren på det lille toilet, så alle hører lyden af den buldrende cisterne.

Betty, som lagde mærke til det blanke ferniserede gulv, fortæller videre i lejligheden, at det minder hende om, når hendes mor i barndomshjemmet gjorde hovedrent. Hun fortæller: “Og så skulle alt udenfor, og jeg mener alt... Jo, altså, vi blev alle sat i gang og skulle endda hænge bøjlerne med de fine klæder udenfor, op i buske og træer til luftning”.

Når Betty og andre er på besøg, afvikles kaffebesøget, så gæsterne, ud fra deres individuelle

forudsætninger, oplever så mange sanseindtryk fra den historiske periode som muligt. Sanseindtrykkene bringer ofte personlige erindringer frem hos de enkelte gæster. Denne erindringsproces hjælpes videre med hjælp fra værtinderne, som gennem spørgsmål og kommentarer holder fast i den røde tråd og hjælper den enkelte gæst med at fortælle sin historie. Ofte viser fortællingerne sig at kunne hjælpe de øvrige gæsters erindringer på vej, og der opstår en fælles snak, fx om hovedregningen, at komme til juletræsfest i forsamlingshuset, i missionshuset eller hos fagforeningen, eller at gå i aflagt tøj, at passe mindre søskende osv. Emner, mange ældre mennesker har fælles erfaringer om, da det har været livsvilkår for de generationer, der var unge i 1950'erne.

Efter kaffen inviteres gæsterne ind i “den pæne stue”, hvor klaveret og fjernsynet står. Her er også lidt køligere, da denne stue, som navnet fortæller, ikke bruges til hverdag, men kun til særlige lejligheder, og derfor ikke varmes op til samme temperatur som dagligstuen. I den pæne stue syn-ger gæsterne enten sange fra Højskolesangbogen eller muntre viser fra et hæfte, der stammer fra et lokalt forlystelsesetablisement, alt afhængig af gæsternes ønsker, smag og temperament.

Efter ca. to timer er besøget slut; gæsterne siger farvel, og en af værtinderne følger dem ned til bilen og hilser af. Gæsterne har sjældent travlt med at komme ud af lejligheden og spørger ofte, om de snart må komme igen. Sædvanligvis fotograferer plejepersonalet under besøget, således at gruppen efterfølgende kan se, og for manges vedkommende genopleve besøget, når de kigger på billederne tilbage på plejecenteret. Billederne er samtidig en god anledning til at inddrage og informere pårørende om oplevelserne og perspektiverne ved at arbejde med reminiscens, også i familierne.

Et besøg i erindringslejligheden kan også bidrage til, at personalet får ny viden og forståelse for de mennesker, de arbejder med. I forbindelse med en kursusaktivitet afholdt i erindringslejligheden blev der fx snakket om, hvorfor familiens tandbørster hænger ved siden af køkkenvasken

og ikke ude på det lille toilet. I 1950'erne havde mange familier ikke et egentligt badeværelse, men brugte køkkenet og køkkenvasken til den daglige etagevask, barbering og – tandbørstning. En ung social og sundhedshjælper-elev fortalte om en konfliktsituation, hun havde oplevet med en ældre mand, som på trods af, at han havde et moderne badeværelse, pludselig havde insisteret på at børste tænder i køkkenet – en handling som nu gav mening for hende, efter hun havde set tandbørsterne i køkkenet og fået en forklaring.

Samarbejdet mellem de kulturhistoriske museer og plejepersonale er overordnet set endnu i sin spæde start. Men flere andre museer herhjemme arbejder med reminiscens, og heldigvis er interessen stigende. Det gælder både kulturhistoriske museer og kunstmuseer, som både i Danmark og i udlandet er begyndt at forstå værdien, som deres samlinger kan rumme for mennesker med demens.

Dokumentation af effekten af reminiscens

“Har reminiscens en effekt på mennesker med demens?” Dette er et vigtigt spørgsmål at stille, inden man beslutter sig for at investere tid og ressourcer i at blive god til at bruge metoden. Spørgsmålet kan besvares med både et kort og et lidt længere og mere uddybende svar.

Det korte svar er: Ja, reminiscens har positiv effekt på mennesker med demens. Dels har kvalitative studier dokumenteret fordele ved at implementere reminiscens i plejen (Swane, 2003), og en meta-analyse, der sammenligner flere kontrollerede studier, viste, at der er en lille, men signifikant, kortidseffekt på forbedret kognitiv funktion og depressive symptomer hos ældre med demens (Haung et al., 2015).

Årsagen til, at der også findes et lidt længere svar, er, at det reelt er meget vanskeligt at designe undersøgelser, der måler på de forventede effekter ved reminiscens (livskvalitet, adfærd og humør), når deltagerne i undersøgelsen har demens. Ligeledes er der metodeproblemer med

hensyn til, hvilken type demens personerne har, og hvor fremskreden sygdommen er hos den enkelte. Et eksempel er et dansk reminiscens-forskningsprojekt, der blev gennemført i 2006-09, hvor resultaterne primært viste begrænset effekt hos plejecenterbeboere, men tydeligt viste, at personalet havde glæde af at arbejde med reminiscens (Gudex et al., 2009; Gudex et al., 2010). Et andet problem er, at det ikke er så ligetil at lave kontrollerede studier i en hverdagskontekst. Selv om personalet kommer på kursus, og alle glæder sig til at implementere metoden, når de kommer hjem, så viser dagligdagen sig ofte vanskelig at ændre. Dermed er det usikkert, om man reelt måler på implementering af reminiscens eller kun måler en delvist implementeret metode (O'Shea et al., 2014). Gennem årene har mange gode og veltillagte studier haft vanskeligt ved at påvise resultater ved reminiscens (Woods et al., 2012). Men konsensus i forskermiljøet er, at reminiscens er virksom i nuet for mennesket med en demenssygdom, eksempelvis i forhold til livskvalitet.

Hvordan kan man som personale få en fornemmelse af, om indsatsen med reminiscens har en effekt i plejen? Som en afsluttende kommentar skal lyde en opfordring til nøje at observere reaktioner hos personer med demens, når det lykkes at frembringe stjernestunder med reminiscens. Oplever man, at vedkommende udviser større nærvær eller engagement under samtalen? Observerer man pludseligt bedre sprogfunktion eller forbedret motorisk funktionsniveau, er det tegn på en effekt ved brugen af reminiscens. Effekten er sjældent langvarig, så det er en god idé at notere, hvad der bidrog til at øge livskvaliteten hos ham eller hende. Det betyder en verden til forskel, hvis personalet kan hjælpe med at huske “hvem jeg er”, mens demenssygdommen langsomt udvisker personligheden. Med reference til det danske reminiscensforskningsprojekt kan reminiscens også anvendes for personalets skyld, da det har positiv indvirkning på arbejdsdagen. Reminiscens kan være et redskab til at skabe “stjernestunder” for både pårørende og mennesker med demens, at give gode oplevelser, som gør, at man ikke mister

modet. Alle har brug for opmuntring, når en så alvorlig diagnose bliver en del af hverdagen.

Viden om, hvordan der kan skabes gode øjeblikke i nuet for mennesket med en demenssygdom, er essentiel i omsorgsarbejdet i hjemmepleje og på plejecenter. Reminiscensmetoden er en fleksibel og umiddelbar, meningsfuld metode hertil, der kan anvendes bredt i mange sammenhænge. At tage på udflugt, besøge et museum eller andre steder, der giver gode oplevelser og samtaleemner i hverdagen, kan være ganske nyttig og til stor inspiration i et omsorgsarbejde, hvor udfordringerne ofte kan være mange.

Forslag til videre læsning

Berntsen, D (2012). Den tabte tid – Erindringsformidling og selvbiografisk hukommelse. I

Den Gamle Bys Årbog 2012.

Aarhus: Den Gamle By, s. 14-22.

Bruce, E, Hodgson, S & Schweitzer, P (2001).

At mindes sammen – en idébog i omsorgen for mennesker med demens.

København: Munksgaard.

Dahl, O (2007) *Tilbage til 60'erne*.

København: Gyldendal.

Havelund, J & Jensen, AM (red.) (2012).

Reminiscens og livshistorie – lad livets fortællinger blomstre. København: Munksgaard.

Kirk, M & Berntsen, D (2015). Nu husker jeg!

Associativ erindringsgenkaldelse genvej til fortiden hos demente. *Månedsskrift for almen praksis*, 12(93):1045-1093.

Referencer

Berntsen, D (2010). The Unbidden Past: Involuntary Autobiographical Memories as a Basic Mode of Remembering. *Curr. Dir. Psychol.* 19(3):138-142.

Berntsen, D (2013). Den tabte tid. Erindringsformidling og selvbiografisk hukommelse. I *Den Gamle Bys årbog 2012*. Aarhus: Den Gamle By, s. 14-22.

Dempsey, L et al. (2014). Reminiscence in dementia: A concept analysis. *Dementia* 13(2):176-192.

Fromholt P (1990). Erindringslandskabet og glemselshavet. *Gerontologi og samfund* 6(3):47-49.

Gudex, C, Horsted, C, Jensen, AM & Kjer, M (2009). *Konsekvenser ved anvendelse af reminiscens: Et randomiseret interventionsstudie på ti danske plejeeenheder*. Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Gudex, C, Horsted, C, Jensen, AM, Kjer, M & Sørensen, J (2010). Consequences from use of reminiscence - a randomised intervention study in ten Danish nursing homes. *BMC Geriatrics* (10)33:1-15.

Huang, HC, Chen, YT, Chen, PY, Huey-Lan Hu, S, Liu, F, Kuo, YL & Chiu, HY (2015). Reminiscence Therapy Improves Cognitive Functions and Reduces Depressive Symptoms in Elderly People With Dementia: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *J Am Med Dir Assoc* 16(12):1087-94.

Jensen, AM (2015). Reminiscens, livshistorie og demensomsorg. *Gerontologi* 31(2):14 -17.

Kirk, M & Berntsen, D (2015). Nu husker jeg! Associativ erindringsgenkaldelse – en genvej til fortiden for demente. *Månedsskrift for almen praksis* 12(93):1045-1093.

Miles AN, Fischer-Mogensen L, Nielsen N, Hermansen S & Berntsen, D (2013). Turning back the hands of time: Autobiographical memories in dementia cued by a museum setting. *Consciousness & Cognition* 22:1074-1081.

NVD – Nationalt Videnscenter for Demens (2016). *Forekomst og fordeling af demens*. København: Nationalt Videnscenter for Demens. Kan hentes på: <http://www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme/forekomst-og-fordeling-af-demens/>. [5. august 2016].

O'Shea, E et al. (2014). The impact of reminiscence on the quality of life of residents with dementia in long-stay care. *Int J Geriatr Psychiatry* 29:1062-1070.

Socialministeriet & Indenrigs- og sundhedsministeriet (2010). *Kortlægningen af demensområdet i Danmark 2010*. København: Socialministeriet.

Swane, CE (2003). Implementering af reminiscens i plejehjemsafdeling på Plejehjemmet Sankt Joseph – en evaluering. I Kjer, M (red.). *Tid til fortid*. København: Nørrebro Erindringscenter – Dansk Center for Reminiscens, s. 95-130.

WHO – World Health Organization & Alzheimer's Disease International (2012). *Dementia: a public health priority*. UK: World Health Organization.

Woods, B, Spector, A, Jones, C, Orrell, M & Davies, S (2005). Reminiscence therapy for dementia (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 18.

Woods, RT (2012). REMCARE: reminiscence groups for people with dementia and their family caregivers – effectiveness and cost-effectiveness pragmatic multicentre randomised trial. *Health Technol Assess* 16(48):v-xv, 1-116.

At mødes gennem musikken

Nærvær og kommunikation med personer med demens

Med det relationelle møde som omdrejningspunkt sættes der fokus på, hvordan personer med demens får følelsen af at blive mødt, anerkendt og forstået ved hjælp af musik og musiske elementer i hverdagen. Med afsæt i en personorienteret tilgang ses på, hvordan omsorgsgivere ved at anvende sang, musik og musiske elementer kan forbedre deres kommunikation, relation og samværsform med personer med demens samt forebygge vanskelige pleje- og omsorgssituationer. Der gives ideer til, hvordan omsorgsgivere kan indhente oplysninger om en persons musikpræferencer og musikbiografi. Der præsenteres forskellige måder, hvorpå omsorgsgivere kan arbejde med "arousal-regulerende" teknikker; fx med puls, tempo og toneleje samt med, hvordan de anvender deres stemme, kropsholdning, bevægelser og vejrtrækning. Der sættes fokus på begrebet "musikalsk nærvær", en måde at kommunikere på udenom ordene, evnen til "at være" og formidle sit nærvær fx gennem blid sang, nynnen eller nonverbalt gennem musik.

Aase Marie Ottesen

Sygeplejerske, ph.d., MHH og postdoc ved Institut for Kommunikation, Aalborg Universitet.
Certificeret som Life and Business Coach samt i Dementia Care Mapping.

Værdighed og respekt i mødet med personen med demens

Vita er vred og modsætter sig alle former for kontakt, fx når omsorgsgiver vil hjælpe hende med at komme på toilettet. Hun spytter, kradser og slår ud. Vita har en demenssygdom og bor på plejehjem i en demensboenhed.

Hvordan kan mødet med personer som Vita blive værdigt og respektfuldt?

Et spørgsmål, der må stilles, er: "Hvad ligger der bag, at Vita reagerer, som hun gør?", hvilket lægger op til at undersøge og udforske, hvad det er, Vita forsøger at kommunikere til os. Det fordrer, at man som omsorgsgiver må være en slags detektiv på opdagelse, hvor opmærksomheden rettes mod *personen* Vita, der har en demenssygdom, og man må finde ud af at gøre noget anderledes i kontakten og samarbejdet med Vita. Man må forsøge at finde "nøglen" til en måde at hjælpe hende på, så hun får sine behov opfyldt. Denne tilgang lægger sig op ad demensforsker Tom Kitwoods forskning (2003). Kitwood slår til lyd for en kompleks forståelsesramme for demens, hvor personlighed, biografi og det neurologiske forfald inkluderes som givne faktorer, der påvirkes af det fysiske helbred og det socialpsykologiske miljø.

Kitwoods værdimæssige og teoretiske tilgang bygger på personorienteret omsorg*, hvilket dette kapitel vil tage sit afsæt i. Der sættes fokus på relation og på mødet med personer som Vita og på, hvordan musik kan være den samlende enhed, der medvirker til, at personer med demens får følelsen af at blive mødt, anerkendt og forstået. Møde anvendes her i betydningen "relationelt møde", som er kendetegnet ved åbenhed, blidhed, tilstedevæ-

relse og indlevelsesevne, som kan medvirke til at udvikle og understøtte den enkeltes eksistens og identitet (Buber, 1997).

Der ses på en række enkle måder, hvorpå omsorgsgivere ved at bruge sang og musik i deres relation med demensramte personer kan forebygge vanskelige pleje- og omsorgssituationer samt forbedre deres kommunikation, relationer og samværsformer. Belysningen af sang og musik som kommunikativ interventionsform udspringer af en læringsmodel udviklet i et forskningsprojekt sammen med omsorgsgivere inden for demensområdet (Ottesen, 2014). Omsorgsgiverne indgik i en lærings- og supervisionsproces med omdrejningspunkt i gruppemusikterapi og DCM-observations- og feedbackmetoden**. Læringen var flyttet ud i plejemiljøet i en demensboenhed, hvor omsorgsgiverne indgik i et gruppemusikterapiforløb sammen med beboerne. Formålet var at udvikle omsorgsgivernes musiske og interpersonelle kompetencer og skabe mulighed for at integrere teori og praksis med fokus på at overføre og implementere den nye viden og de nye færdigheder til den daglige pleje og omsorg (Ottesen, 2014).

Hvorfor sang og musik som kommunikativ interventionsform?

Der findes i dag ingen medicin, der kan helbrede demens. Der er dermed et udtalt behov for at udvikle psykosociale metoder og interventionsformer, der er baseret på andet end medicin, som kan medvirke til, at demensramte personer får et tåleligt og værdigt liv (Stokholm & Waldemar, 2003). Forskning viser, at musik, når den anvendes i forskellige former for musikaktiviteter, musikterapeutisk eller i sammenhæng med

*) I den personorienterede omsorg sættes det enkelte individ i centrum. Omsorgen har et helhedsorienteret perspektiv på det at være en person med demens, hvor fokus er på at bevare identitet, selvbestemmelsesret, værdighed, selv værdfølelse og inklusion. Værdimæssigt anskuer Kitwood dermed omsorgsopgaven som langt mere end det at opfylde basale fysiske behov. I den personorienterede omsorg indgår, at omsorgsgivernes rolle er at dække grundlæggende psykosociale behov hos en person med demens, som omfatter følgende fem psykosociale behov: Trøst, tilknytning, inklusion, beskæftigelse og identitet (Kitwood, 2003).

**) DCM står for Dementia Care Mapping og bygger på teorien og værdigrundlaget i personcentreret omsorg. Metoden er udviklet af Tom Kitwood og Kathleen Bredin ved University of Bradford. For yderligere information om DCM, se referencelisten (University of Bradford, 2016).

plejesituationer, kan medvirke til at øge livskvalitet og sociale færdigheder samt reducere agiteret adfærd, angst og depression hos personer med demens (se fx Ridder, 2012).

Musik kan bruges til både at skabe samvær, til at stimulere, berolige, adspilde, øge velvære og til at genoptræne. William F. Thompson og Gottfried Schlaug (2015) beskriver syv måder, musik virker på: Musik stimulerer sanser og motorik; giver følelsesmæssige reaktioner; engagerer og motiverer; kan synkronisere, så der fx arbejdes i samme takt, slås i samme rytme eller ved at synge sammen; giver fælles oplevelser; forbinder stemninger og handlinger, og det kan vække erindringer og dermed styrke oplevelsen af identitet. Ud fra et personorienteret perspektiv er det væsentligt, at musik bruges målrettet og differentieres ud fra hver enkelt persons behov og præferencer samt den aktuelle kontekst.

Even Ruud beskriver, at musik er "kommunikation og samhandling", hvor musikkens betydning bliver til i komplekse kommunikationsprocesser (Ruud, 1990). Som eksempel herpå fortæller Gro Trondalen (2007), at hun som musikterapeut har erfaringer for, at der "skjer noe" i musikalske samspil, noget, som ændrer relationen. Hun beskriver, at denne oplevelse af at have været i hinandens nærhed ofte fører til, at samværet kan tage en ny retning. Trondalen udtrykker, at det er "relationen, og det som skjer i denne i et her- og nå-øjeblik, som er bærende..." (Trondalen, 2007, s. 579). Hun drager bl.a. paralleller til Daniel Stern og hans teori om det nuværende øjeblik, et subjektivt oplevelsesøjeblik, mens en fælles oplevelse finder sted og endnu ikke er omsat til ord. Nuværende øjeblikke har en psykologisk funktion, og de dannes i forbindelse med hændelser, der bryder gennem det sædvanlige; fx fælles musiske oplevelser (Stern, 2004). I forhold til personer med demens har det nuværende øjeblik afgørende betydning. Demensramte personer er ofte ikke optimalt i stand til at se sammenhæng mellem fortid, nutid og fremtid og ofte heller ikke i stand til at kunne huske fortiden, og hvad der fx skal ske om kort tid. At fokusere på nutiden og nuet i samværet med

en person med demens har dermed vital betydning. Et sådant samvær kan tilbydes, når sang og musik anvendes i et musikterapeutisk forløb* under forskellige former for musikaktiviteter eller i forbindelse med plejesituationer (se fx Ottesen, 2014; Ridder, 2005a, 2012; Sundhedsstyrelsen, 2016). Grundstenen i disse musikalske interaktioner er at skabe en ramme for et trygt og positivt samvær – en "samhandlen", hvor personens psykosociale behov dækkes (Ruud, 1990). Dette muliggøres, når der opstår "samstemthed", som kan betegnes som "en dyp og inderlig kontakt uten noen form for krav" (Normann, 2001, s. 17). Samstemthed er en delt følelsesmæssig tilstand, som opstår af en "vi-følelse", hvor en person med demens og omsorgsgiveren gensidigt påvirker hinanden (Normann, 2001). Oplevelsen af samstemthed i relationer med personer med demens, hvor musiske elementer indgår, forøges i særlig grad, når der tages udgangspunkt i den enkelte persons musikpræferencer (Ridder, 2005b). Det kan fx ske ved hjælp af en kvalitativ musikbiografi, som præsenteres i følgende afsnit.

Musikpræferencer – kvalitativ musikbiografi

For at kunne opretholde en demensramt persons identitetsoplevelse er det nødvendigt at have et detaljeret kendskab til vedkommendes livshistorie (Brooker & Surr, 2007; Kitwood, 2003). Heri indgår også at vide noget om personens musikpræferencer og musikbiografi. Musik og sange, der har haft betydning igennem livet, kan vække følelser og erindringer, som kan være med til at bane vejen for relationer præget af samstemthed. Erindringer kan dermed "lokkes" frem via bestemte sange eller musikstykker (Ridder, 2005b). For en person med demens kan det skabe tryghed og bidrage til at bevare en oplevelse af identitet. På trods af kognitive svigt kan vedkommende dermed komme i centrum, med mulighed for at føle sig mødt og forstået. Et klip på YouTube med

*) I Danmark varetages musikterapi af musikterapeuter med en 5-årig kandidatuddannelse (Bonde, 2014).

Henry*, en ældre mand med demens, illustrerer betydningen af at kende og tage udgangspunkt i en persons musikpræferencer og musikbiografi under samværet i dagligdagen. Klippet viser også, hvordan musik gennem genkendelse og samtale kan være med til at skabe mening og identitet. At arbejde systematisk med at indhente oplysninger om en persons musikpræferencer og musikbiografi kan fx ske ved at tage udgangspunkt i modellen, der ses i figur 1. Modellen er udviklet af Aase Marie Ottesen, med inspiration fra en metode kaldet "Den kvalitative Livshistorie", udviklet af Ridder og Ottesen (2008).

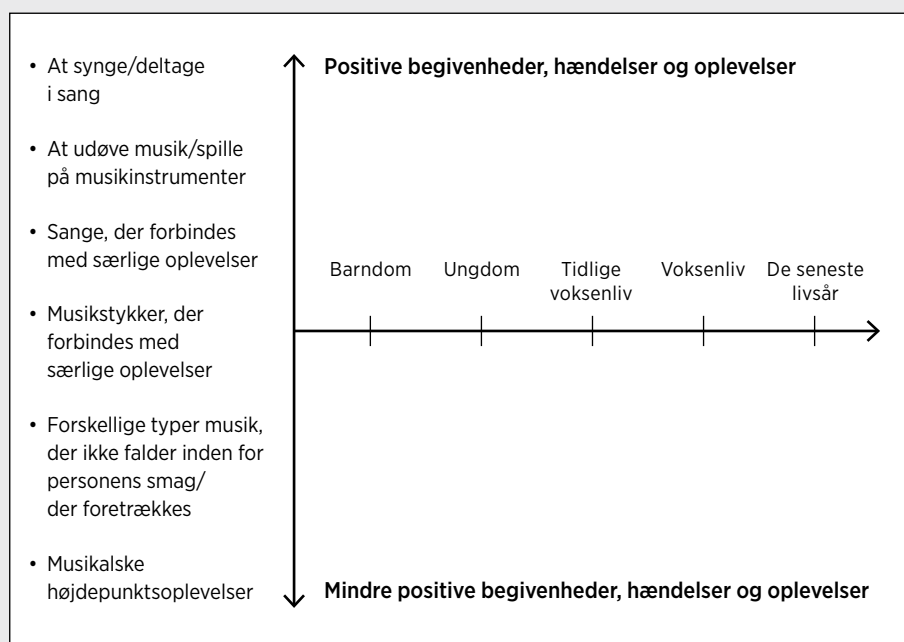
Der kan skrives fortællinger inden for hvert af de seks områder til venstre i modellen. En fortælling kan være et tema, et stikord eller en længere historie om bestemte begivenheder, hændelser eller oplevelser. Fortællingerne placeres på tidslinjen, der strækker sig fra barndom, ungdom, tidligt voksenliv, voksenliv og til de seneste

livsår, og vurderes i forhold til, om de har været positive eller mindre positive. De positive oplevelser placeres oven over tidslinjen og de mindre positive oplevelser under tidslinjen. Et eksempel på en positiv oplevelse kunne være: "At høre musikstykket *Amazing Grace* får altid min mand til at føle sig glad. Det minder både ham og mig om, da vi første gang mødte hinanden som unge på ferie i Spanien". Et eksempel på en oplevelse, der placeres under tidslinjen, kunne være: "*Nu falmer skoven trindt om land* sang vi ved min mors begravelse. Jeg var kun 10 år. Den sang får mig altid til at blive ked af det og mærke savnet af min mor". Musik og sang forbindes med perioder i ens liv og situationer, som har betydet noget, fx en begravelse eller mere positive begivenheder som vuggesange sunget af ens forældre.

Ruud (2003) kalder musik set i livets sammenhæng for "identitetens lydspor". Pga. sygdommen kan personer med demens ofte ikke selv redegøre for musikpræferencer mv. I denne proces kan omsorgsgivere derfor med fordel inddrage pårørende eller andre, der står personen nær.

*) Se yderligere om klippet med Henry i referencelisten (Rossato-Bennett, 2016).

Figur 1 | Kvalitativ musikbiografi



Arousal-regulering, validering og improvisationsmetoder

I forskningsprojektet omtalt i indledningen, indgik omsorgsgivere i et gruppemusikterapiforløb som del af lærings- og supervisionsprocessen. Omsorgsgiverne fik herigennem en fornemmelse af, hvordan musikken kunne bruges. De lærte "ved at mærke" og opleve det terapeutiske rum, som blev skabt af musikterapeuten. Disse oplevelser, koblet med de efterfølgende grupperefleksioner under supervisionsprocessen, gjorde dem i stand til at arbejde med musikalske interventioner i deres praksis. De lærte bl.a. at arbejde bevidst med en lang række regulerende og stimulerende elementer; fx gennem anvendelse af stemmen, kropsholdning, bevægelser og vejrtrækning samt musik, der indeholder dynamiske elementer (Ridder, 2012; Wigram, Pedersen & Bonde, 2002). Ved at bruge sang og musikkens regulerende elementer kan der fx arbejdes med såkaldt "arousal-regulering" med det formål at give personer med demens de bedste mulige betingelser for at være nærværende og engagerede (Ottesen & Ridder, 2012).

Der findes ikke et dansk ord for "arousal". At være "aroused", eller at have et højt "arousal-niveau", betyder, at en person er i en årvågen tilstand, hvor hans eller hendes opmærksomhed er rettet udad, og vedkommende er klar til handling. Det modsatte heraf er at have et for lavt arousal-niveau; dvs. at være "hypo-aroused", hvor en person er resigneret og trukket ind i sig selv og ikke er i stand til at opfange det, der sker i omgivelserne. Personer med demens kan have vanskeligt ved selv at regulere arousal. En tilstand med lavt arousal-niveau kan fx vise sig pga. for få stimuli i dagligdagen. Omvendt kan en person, der er "hyper-aroused" være i en stressfyldt tilstand. Det kan være relateret til den sygdomsmæssige tilstand, men ydre påvirkninger som fx støj og uro eller manglende forståelse fra omgivelserne kan også have indflydelse. Når Vita kradser og spytter, kan det være et tegn på, at hun er hyper-aroused. I en afbalanceret tilstand mellem årvågenhed og

afslappethed vil en person med demens være åben for indtryk og kontakt med omgivelser og andre personer (Ridder, 2005a). Udfordringen i demensomsorgen i forhold til personer som Vita er at finde måder, der kan lede hende hen til et balanceret arousal-niveau.

Under lærings- og supervisionsprocessen, via korte videoklip fra gruppemusikterapien, DCM-observationer og udveksling om teori blev det tydeligt, hvor vital og levende Vita kunne være, når hun indgik i musikalske samspil. Hun lavede op, var glad og viste interesse for sine omgivelser og hun kunne improvisere og opnå kontakt med omsorgsgiveren/musikterapeuten gennem sit trommespil. Ligeledes blev det synliggjort, at der kunne opstå situationer med "samstemthed"; dvs. det lykkedes for omsorgsgiveren/musikterapeuten at møde Vita gennem trommespillet og ikke nødvendigvis igennem verbal kommunikation, som ofte gav vanskeligheder i dagligdagen (Ottesen, 2014). Resultaterne fra disse fælles refleksioner brugte omsorgsgiverne efterfølgende i praksis, kombineret med deres viden om bl.a. "empatisk improvisation", som er en af de grundlæggende, terapeutiske metoder i improvisationsbaseret musikterapi, beskrevet af Wigram (2004). Når man anvender empatisk improvisation, improviserer man et svar, der afspejler personens emotionelle tilstand eller "måde at være på" i det pågældende øjeblik; dvs. en musikalsk gengivelse af personens tilstand (Ottesen & Ridder, 2012; Stern, 2010).

Omsorgsgiverne brugte også deres viden om validering, en af de 12 positive interaktionsformer, beskrevet af Kitwood (2003). At validere betyder at give noget værdi. Validering indebærer, at omsorgsgiveren accepterer og anerkender den demensramte persons oplevelser og dermed oplevelsens subjektive sandhedsværdi. Når en persons oplevelser valideres, kan det medvirke til, at vedkommende føler sig forstået, føler sig mere levende, virkelig og mere forbundet med den, der validerer hans eller hendes oplevelser og følelser.

Med baggrund i den nye viden og de faglige refleksioner forsøgte omsorgsgiveren, fx ved den indledende kontakt med Vita om morgenen, at aflæse hendes sindstilstand. Omsorgsgiveren var nu mere opmærksom på hendes eget ansigtsudtryk, vejrtrækning, følelsesmæssige tilstand, tempoet og hendes måde at bevæge sig på samt hendes nonverbale fremtræden i det hele taget. Kontakten til Vita blev fx indledt uden ord; Ved at synge med blid stemme. Dernæst fik Vita et klokkespil, hvilket i de fleste tilfælde bevirkede, at hun, guidet på vej, begyndte at spille. Vitas spil blev ofte mere og mere insisterende og vredt. Det blev fulgt af omsorgsgiveren ved, at hun spillede på samme måde på klokkespillet. Vita og omsorgsgiveren indtrådte dermed i det samme dynamiske flow. Der opstod øjeblikke af gensidig forståelse og anerkendelse – dvs. samstemthed. De delte en fælles oplevelse, hvor omsorgsgiveren gjorde et forsøg på empatisk improvisation og matchning af Vitas følelsesmæssige tilstand med det formål at validere hendes følelser (Kitwood, 2003; Wigram, 2004).

I situationen forsøgte omsorgsgiveren intuitivt at fornemme, hvornår Vita havde behov for at

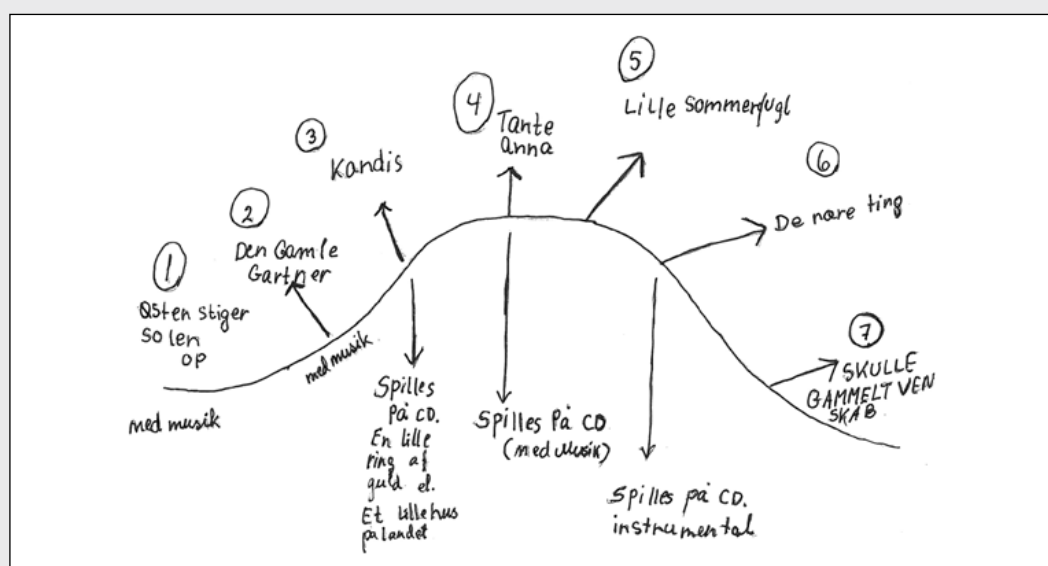
blive hjulpet ned i arousal-niveau, og dermed begyndte omsorgsgiver gradvist at spille blidere og langsommere på instrumentet, hvilket blev fulgt af Vita. Denne nye måde at indlede en kontakt med Vita på resulterede i, at hun blev rolig og efterfølgende var bedre i stand til at samarbejde i plejesituationen; dvs. aggressive reaktioner fra Vita blev forebygget (Ottesen, 2014).

Arousal-regulering og “cues”

Undervejs i lærings- og supervisionsprocessen erfarede omsorgsgiverne, at der under musikterapi-sessionerne opstod et nærvær og en kontakt med beboerne, som var ganske unik, hvilket de gerne ville forsøge at omsætte til beboernes hverdagsliv. Omsorgsgiverne gik i gang med at planlægge musiksessioner med afsæt i fire trin til opbygning af et musikterapeutisk forløb, som musikterapeuten havde praktiseret. De fire trin drejer sig om at skabe en ramme, at regulere og herefter at indgå i en relation og omfatter: Opmærksomhed og “cues”, regulering af arousal, dialog og afrunding (Ridder, 2003, 2005a). I figur 2 ses den tegning

Figur 2 | Tegning af musiksession

Omsorgsgivernes tegning af, hvordan de forestillede sig, at musiksessioner i demensboenheden skulle afvikles med hensyntagen til beboernes arousal-niveau mv.



omsorgsgiverne supplerede deres faglige overvejelser med (se yderligere, Ottesen, 2014, s. 266 ff.)

Ugentlige musiksessioner blev herefter en del af hverdagen. Omsorgsgiverne skiftedes til at lede musiksessionen. De sikrede fokus på hver enkelt beboers psykosociale behov og ressourcer i processen samt på målrettet anvendelse af de musikfaglige elementer, de havde lært.

De fire trin kan også bruges som afsæt, når det drejer sig om praktiske omsorgshandlinger, der fx har til formål at hjælpe personer som Vita bedre igennem vanskelige pleje- og omsorgssituationer. Det kan give en forståelse af, hvad der foregår, og hvad der skal ske. Der kan benyttes forskellige såkaldte "cueing-teknikker", hvor der arbejdes bevidst med at skabe genkendelse; fx ved brug af lyd, sang og musik fremfor ord. "Cueing" betyder direkte oversat at give et "stikord", men det kan også være en bevægelse, en handling eller et objekt, som peger i samme retning, og som stimulerer hukommelsen (Ridder, 2003, 2005a). Det kan eksempelvis virke tryghedsskabende at synge den samme sang eller spille det samme musikstykke i bestemte situationer – fx som indledning til at hjælpe en person op af sengen om morgenen eller i forbindelse med pleje- og omsorgsopgaver, der har vist sig at være vanskelige. I stedet for en verbal information kan sangen bruges som startsignal på den omsorgshandling, der skal foregå. Lige så vigtigt er det, at omsorgshandlingen afsluttes på samme måde hver gang; fx med en bestemt afsluttende sang, der markerer, at nu er situationen slut (Ottesen, 2014).

Som arousal-regulerende teknikker kan omsorgsgivere arbejde bevidst med puls, tempo og toneleje samt med, hvordan de anvender deres stemme, kropsholdning, bevægelser og vejrtrækning. Rolig vejrtrækning og rytmisk vuggende bevægelser i et langsomt tempo kan fx virke beroligende. Hurtig vejrtrækning og hurtige, energiske og uforudsigelige bevægelser kan virke stimulerende. Derudover kan omsorgsgivere være opmærksomme på, hvilken påvirkning deres tilstedeværelse har, fx i forhold til at være tæt på eller holde en vis afstand, deres fremtræden og

væremåde samt berøring (Ottesen, 2014; Ridder, 2014).

En omsorgsgiver fortæller, hvordan hun brugte ovennævnte viden i forbindelse med en vanskelig pleje- og omsorgssituation hos en beboer, der ligesom Vita ofte bider og kradser:

"Jeg fik hendes (beboers) puls ned ved rolig og stille sang samt igennem min vejrtrækning. Og hvor den anden hjælper stod bagved og kunne udøve de her personlige plejeting. Jeg fik fokus – jeg fik øjenkontakt med hende (beboeren) og fik holdt i hånd, mens hun (hjælperen) vaskede hende bagpå. Jeg kunne ligefrem se på beboeren, hvordan pulsen faldt, og hvordan hun bare – nærmest kom i trance over min sang ... Det var simpelthen så – hun faldt fuldstændigt til ro. Jeg var opmærksom på at synge blidt og geare ned i toneleje – og på min mimik. Og normalt så ville hun bide og kradse og nappe og sådan noget, men der fangede jeg hende lige... Og den anden hjælper sagde også lidt ind imellem: 'Nu vasker jeg dig lige bagpå osv.'. Men hun var ligeglad, hun lå bare ligeså stille og nød min blide sang og mit nærvær" (Ottesen, 2014, s. 263).

Som det ses, har omsorgsgiveren fundet "nøglen" til en måde at hjælpe beboeren på. Eksemplet viser, at hun som omsorgsgiver har udviklet musiske og interpersonelle kompetencer, der gør hende i stand til målrettet at inddrage sang i samspillet med beboeren, hvilket er med til at forebygge, at beboeren modsætter sig hjælp.

Musikalsk nærvær

Ofte er der en forventning om, at når der bruges sang og musik i demensomsorgen, skal der være en stemning af "fest" og "musik med gang i"; dvs. højt tempo, ekstrovert energi, meget latter og måske også dans (Ottesen, 2014). Som det ses af eksemplet ovenfor, kan det mere stille og afdæmpede samvær om sang og musik, som modsætning hertil, virke beroligende og give tryghed hos en person med demens. Omsorgsgiverens rolige tilstedeværelse og evne til "at være", kan få beboeren til at slappe af. Her bliver nærvær

formidlet gennem blid sang, nynnen, eller det kan være nonverbalt gennem musik. Denne måde at kommunikere på uden om ordene, og med brug af musik og sang i en eller anden form kaldes "musikalsk nærvær". Begrebet opstod i lærings- og supervisionsprocessen, da omsorgsgiverne skulle forklare, hvordan de omsatte det, de lærte, til deres relationelle møde med beboerne. I den daglige pleje og omsorg kunne omsorgsgivernes musikalske nærvær bruges til at berolige og aflede eller som indgangsport til at skabe kontakt med en beboer. En vigtig erkendelse for omsorgsgiverne blev også betydningen af udtrykket "sang uden ord"; dvs. at nynne, hvilket kan virke mindre krævende end at synge. At nynne kan også virke selvberoligende og være en indgangsport til både at få skabt nærvær og selv blive nærværende hos en person med demens (Ottesen, 2014).

Afrunding

Via det relationelle møde og musikalsk nærvær med omsorgsgivere får personer med demens mulighed for at føle, at de bliver mødt, anerkendt og forstået. De finder, eller genfinder, måske

tidligere ressourcer og noget af den styrke eller vilje, de tidligere har haft. Nye evner kan vise sig, som fx. hos Vita, der kunne improvisere og opnå kontakt gennem sit trommespil. Når sang og musik bruges målrettet som kommunikativ interventionsform, kan omsorgsgivere finde nye veje til mødet med personer med demens og dermed nye måder at kommunikere på. Herigennem får personer med demens mulighed for at "forblive i livets strøm" og opleve en forbedret livskvalitet og trivsel (Henderson, 2002).

Forslag til videre læsning

Bonde, LO (red.) (2014). *Musikterapi: Teori-Uddannelse- Praksis-Forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*. Århus: Forlaget KLIM.

Laursen, LH & Bertelsen, MB (2011). *Musik i øjeblikket*. Frederiksberg: Unitas Forlag.

Stige, B & Ridder, HMO (red.) (2016). *Musikterapi og eldrehelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Referencer

Bonde, LO (red.) (2014). *Musikterapi: Teori-Uddannelse- Praksis-Forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*. Århus: Forlaget KLIM.

Bonde, LO & Trondalen, G (2007). A moment is a moment is a moment. Om gylne øyeblikk i musikterapeutisk teori og praksis. *Psyke og Logos* 28:579-593.

Brooker, D, Surr, C (2007). *Dementia Care Mapping: Principper og praksis*. Birkerød: Danmarks Institut for Ældreplejefag (Daniae).

Buber, M (1997). *Jeg og du*. København: Hans Reitzels Forlag.

Henderson, VI (2002). *Sygeplejens grundlæggende principper*. København: Dansk Sygeplejeråd.

Kitwood, T (2003). *En revurdering af demens - personen kommer i første række*. København: Munksgaard.

Normann, HK (2001). *Lucidity in people with severe dementia as a consequence of person-centred care*. Umeå University Medical Dissertations. New Series.

Ottesen, AaM (2014). *Anvendelse af musikterapi og Dementia Care Mapping i en læringsmodel til udvikling af musiske og interpersonelle kompetencer hos omsorgsgivere til personer med demens. Et casestudie med en etnografisk tilgang*. Ph.d. Forskerprogrammet i musikterapi, Aalborg Universitet. Kan hentes på: [http://vbn.aau.dk/en/publications/i-en-laeringsmodel\(54c91089-bc2e-4d18-8f48-531c36d05582\).html](http://vbn.aau.dk/en/publications/i-en-laeringsmodel(54c91089-bc2e-4d18-8f48-531c36d05582).html). [19. marts 2016]

- Ottesen, AaM & Ridder, HMO (2012). Vitalitetsformer og spejlneuroner – anvendt i læringsmodel for professionelle omsorgsgivere. *Dansk Musikterapi*, 9(2):3-12.
- Ridder, HMO, 2003. *Singing Dialogue. Music therapy with persons in advanced stages of dementia. A Case study research design*. Ph.d. Aalborg: Institut for Musik og Musikterapi, Aalborg Universitet.
- Ridder, HMO (2005a). *Musik & Demens. Musikaktiviteter og musikterapi med demensramte*. Århus: Forlaget KLIM.
- Ridder, HMO (2005b). Musikbiografi og musikreminiscens som led i musikterapeutisk behandling af personer med frontotemporal demens. *Musikterapi i Psykiatrien*, Årsskrift 4.
- Ridder, HMO (2012). Forskning i musikterapi-personer med demens. *Dansk Musikterapi* 9(1):3-12.
- Ridder, HMO (2014). Musikterapi med personer med demens. I: Bonde, LO (red). *Musikterapi: Teori-Uddannelse-Praksis-Forskning: En håndbog om musikterapi i Danmark*. Århus: Forlaget KLIM.
- Ridder, HMO & Ottesen, AaM (2008). *Introduktion til Den Kvalitative Livshistorie*. Kan hentes på: https://www.ucviden.dk/portal/files/11372200/Kvalitativ_livshistorie_18.02.09_1_.pdf. [19. marts 2016]
- Rossato-Bennett, M (2016). *Alive Inside*. Videoklip med Henry på YouTube. Kan hentes på: <https://www.youtube.com/watch?v=NKDXuCE7LeQ>. [19. marts 2016]
- Ruud, E (1990). *Musikk som kommunikasjon og samhandling. Teoretiske perspektiv på musikterapien*. Oslo: Solum Forlag.
- Ruud, E (2003). Musikalsk identitet. *GRUS*, nr. 69, 24. årgang. Århus: Systeme.
- Stern, D (2004). *Det nuværende øjeblik i psykoterapi og hverdagsliv*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stern, D (2010). *Vitalitetsformer: Dynamiske oplevelser i psykologi, kunst, psykoterapi og udvikling*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Stokholm, J & Waldemar, G (2003). Frontotemporal demens – ny viden om Picks sygdom. *Ugeskrift for læger*, 165(6):553-556.
- Sundhedsstyrelsen (2016). Viden og metoder. Tema om musik og demens. København: Sundhedsstyrelsen. Kan hentes på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/aeldre/demens/viden-og-metoder/tema-om-musik>. [13. marts 2016]
- Sundhedsstyrelsen (2016). Viden og metoder. Tema om kommunikation demens: Brug musik og sang som kommunikationsform. København: Sundhedsstyrelsen. Kan hentes på: <https://sundhedsstyrelsen.dk/da/aeldre/demens/viden-og-metoder/tema-om-kommunikation/brug-musik-og-sang>. [15. september 2016]
- Thompson, WF & Schlaug, G (2015). The healing power of music. *Scientific American Mind*, 26(2):33-41.
- University of Bradford (2016). *Dementia Care Mapping*. Kan hentes på: <http://www.bradford.ac.uk/health/dementia/dementia-care-mapping/>. [19. marts 2016]
- Wigram, T (2004). *Improvisation: Methods and techniques for music therapy clinicians, educators, and students*. London: Jessica Kingsley Publisher.
- Wigram, T, Pedersen, IN, & Bonde, LO (2002). *A comprehensive guide to musictherapy*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Livsorienterede samtaler støtter mennesker i forandringsprocesser

I dette kapitel præsenteres den livsorienterede samtale som en metode, der kan anvendes i samtale med mennesker, der oplever betydningsfulde forandringer, der er svære at håndtere. Når ældre mennesker fx oplever svækkelse og sygdom, er det vigtigt, at de forholder sig aktivt til forandringerne og udvikler nye kompetencer til at leve en meningsfuld hverdag og være aktive deltagere i samfundslivet.

Livsorienterede samtaler er en metode, sundhedsprofessionelle kan inddrage i samarbejdet med ældre mennesker. Samtaler bliver særligt dynamiske, når fagpersoner i spørgsmål og respons er undersøgende, anerkendende, udforskende og udfordrende. En faglig tilgang, der giver en person mulighed for at reflektere over sin situation. Hensigten er, at vedkommende får styrket sine forudsætninger for at være i forandring uden at miste fodfæste.

I den sammenhæng præsenteres "SamtaleHjulet" som en model til at strukturere samtalen.

Joan Lythje Andersen

Cand.scient.soc. Underviser ved Randers Social- og Sundhedsskole.

Rikke Gregersen

MSci, ph.d. Docent ved VIA University College.

Hvad er en livsorienteret samtale?

Den livsorienterede samtale er en metode, der kan anvendes af sundhedsprofessionelle og andre, der ønsker at stimulere deres samtalepartnere til at reflektere over deres livssituation. Hensigten er at give mennesker mulighed for at overveje, hvordan deres hverdagsliv kan bevæge sig i en meningsfuld retning ud fra de livsbetingelser, de står i her og nu.

Den livsorienterede samtale og SamtaleHjulet er en videreudvikling af ViCo-metoden (Andersen, 2004). ViCo-metoden blev udviklet i et casestudie af visitationssamtaler med ældre mennesker, der havde brug for hjælp fra hjemmeplejen. Vi står for Vitalitet og Co står for Coherence, det engelske udtryk for "oplevelse af sammenhæng". Senere er den livsorienterede samtale beskrevet i en udgivelse fra Ældreforum (Andersen, 2008). I denne forbindelse blev "SamtaleHjulet" præsenteret som et redskab til at strukturere samtalen.

Først vil vi redegøre for det perspektiv, der ligger til grund for SamtaleHjulet og den livsorienterede samtale. Perspektiv betyder at kaste lys på noget og dermed lade noget andet forblive uden for betragtning. Det, vi betragter, forstås med udgangspunkt i vores personlige og faglige forforståelse, der fungerer som et filter for vores måde at begribe, beskrive og handle. Den livsorienterede samtale og SamtaleHjulet er baseret på det, vi i det følgende kalder for et livsorienteret perspektiv. Det tager udgangspunkt i Aron Antonovskys begreb om oplevelse af sammenhæng (Antonovsky, 2000) og Birthe Bech-Jørgensens hverdagslivsteori (Bech-Jørgensen, 1994, 1999).

Et livsorienteret perspektiv

Med dette perspektiv anskuer vi mennesket som en aktør, der handler aktivt i forhold til omgivelserne, og som samtidig er præget af de sociale forhold, han eller hun har levet i – og aktuelt lever i.

Det faglige fokus er hverdagslivet og det at fremme menneskers forudsætninger for at håndtere forandringer og skabe en oplevelse af

sammenhæng. En stærk oplevelse af sammenhæng anser Antonovsky som en mental robusthed til at kunne håndtere kriser og stressorer gennem tillid til, at verden er begribelig, håndterbar og meningsfuld.

I følge Bech-Jørgensen er hverdagslivet det liv, vi lever hver dag. Bech-Jørgensen betoner, at hverdagslivet skabes, når mennesker håndterer deres livsbetingelser (Bech-Jørgensen, 1999).

Livet igennem ændres vores livsbetingelser, og dermed opstår nye udfordringer, som stiller krav om løbende udvikling og læring. Forandringer er således en del af en sund udvikling, og uden forandringer er livet præget af stilstand.

Med udgangspunkt i Bech-Jørgensens analyse af hverdagslivet, kan forandringer beskrives som forskydninger, skred eller brud.

De små forskydninger kræver små justeringer i hverdagen. Det kan fx være, når der i en periode kommer afløsere i hjemmeplejen, som ikke kender de gængse rutiner i hjemmet, og den, der modtager hjælpen, bruger mental energi på at håndtere situationen både før, under og efter besøgene.

Oplevelsen af skred kan ske ved flytning til plejebolig, hvilket stiller krav til at håndtere en ny hverdag og nye omgivelser.

Brud opleves eksempelvis i forbindelse med alvorlig sygdom, hvor vores funktionsevne er så belastet, at livsrutiner og livsindhold skal genskabes i en helt ny form (Bech-Jørgensen, 1999).

Forandringer sker altså, når vores livsbetingelser, fx arbejde, familie, bolig, operation eller sygdom, stiller andre krav til os end de vante. Samtidig skabes forandring også aktivt af os selv, når vi tænker og handler på nye måder.

I det følgende præsenteres en case om Anne på 78 år, der efter apopleksi sidder i kørestol og er flyttet i plejebolig. Den stammer fra førnævnte studie af ViCo-metoden, der dannede udgangspunkt for udvikling af den livsorienterede samtale og SamtaleHjulet (Andersen, 2004).

Fortælling om Anna

Samtalen foregår mellem Anna og visitator i Annas hjem, hvor også observatør (Joan L. Andersen) er til stede og beskriver følgende:

“Det første, Anna viser os, da vi møder hende, er den slappe hånd, der ikke kan lave noget mere. Herefter fortæller hun med stolthed om alt det, hånden har medvirket til. Fra hun som barn hjalp sin far, når der var brug for en lille hånd, hvis soen skulle fare, og når der var en gris, der ikke kunne komme ud, til hun hjalp sin mand med at bygge det hus, de levede i hele deres ægteskab. Eller da hun passede sine børn og børnebørn. Anna har mange oplevelser i sit erindringsbibliotek, og hendes glæde ved at fortælle viser, hvordan disse erindringer er gode at have forbindelse til nu, hvor hun sidder i kørestol og har brug for andres hjælp for at leve sit liv.

Efter samtalen fortæller visitatoren, at Annas liv gik i stå, da hun fik apopleksi, og den kendte hverdag forsvandt. “Kroppen var fastlåst”, og Anna havde sit nærvær rettet mod sit indre liv, tanker og erindringer. Hendes opmærksomhed blev rettet mod kroppens funktioner og besværet forbundet hermed. Formiddagen gik med pleje og toiletbesøg. Personalet mente, at toiletbesøg var blevet en mani og måske også en måde at komme i kontakt med andre på” (Andersen, 2004).

Ser man på Annas situation fra et livsorienteret perspektiv, træder det frem, at det, der for hende tidligere var et selvstændigt liv, hun selv kunne håndtere, var ophørt. Hun kunne ikke forestille sig, at livet rummede andre muligheder og kendte ikke til de kommunale hjælpemuligheder. De faglige tilgange blandt personalet, der hjalp hende i det daglige, var desuden præget af at kompensere frem for at rehabilitere.

Annas liv var fyldt med den hjælp, hun var afhængig af. Hun fik hjælp, ventede og mærkede på ny kroppens behov for hjælp. Hun så ikke meget fjernsyn, fordi hun gennem livet havde vænnet sig til, at underholdning foregik om aftenen. Desuden var det svært for hende at følge med i nyhederne. Så livet foregik i kørestol og der, hvor hun blev

kørt hen. Hun havde tidligere ansøgt om et få en elektrisk kørestol, der kunne have gjort hende mere mobil, men havde fået afslag på grund af synsfeltsnedsættelse. Hun var glad for hjælperne og deres besøg, men levede ellers mest i sine erindringer og fortid og havde endnu ikke opdaget andre muligheder.

Casen viser, hvordan brud og skred kan medføre tab af sammenhæng og en oplevelse af kaos. Efter apopleksi og flytning til ny bolig mister Anna mål og retning med tilværelsen, trækker sig ind i sig selv og fokuserer primært på det liv, hun har levet, i stedet for det liv, hun er i gang med lige nu og her. Kroppen og dens ændrede behov bliver et andet fokuspunkt, som tilværelsen centrerer sig omkring.

Vi vil senere vende tilbage til Anna. Men først skal det handle nærmere om, hvad det vil sige at være i en ny livssituation, for bedre at forstå, hvilke udfordringer et menneske står over for, når livet inviterer til forandring.

At finde fodfæste i en ny livssituation

Når vores livsbetingelser ændrer sig, og forandringerne ikke er ønskede, kan der opstå behov for at skabe et nyt livsmønster, da hidtidige måder at håndtere hverdagen på kan komme til kort. I sådanne tilfælde er der behov for at søge nye veje, som overskrider fortidens erfaringer. Det er nødvendigt “at stoppe op” for at finde fodfæste og søge at finde en ny retning for ens liv. Man må gå på opdagelse i den nuværende situation og give sig tid til at leve i en overgangsfase, før der skabes nye hverdagsrutiner og handle-mønstre. I denne overgangsfase må hver dag være en ny dag, og for en stund lever man som nybegynder i eget liv.

Samtidig er det at være gammel og svækket ikke noget, mange mennesker har lyst til at identificere sig med i et samfund, hvor skønhed, ungdom og styrke er bærende idealer. For nogle mennesker er svækkelse dog en del af livet, som de er tvunget til at forsøge at håndtere.

Der er således flere udfordringer forbundet med at skulle forholde sig til en ny livssituation som gammel. Blandt professionelle hører vi ofte, at en ældre person ikke har erkendt sin nye livssituation. Dette var fx tydeligt i forbindelse med udvikling af ViCo-metoden (Andersen, 2004), hvor visitator mødte Niels, der havde mistet flere færdigheder efter en operation og flere genindlæggelser. Da visitator spurgte, hvad han kunne selv, fortalte han om, hvad han tidligere havde kunnet. Han betragtede sig selv med fortidens øjne og ønskede, at livet igen skulle blive som før. Det var svært for Niels at ændre syn på sin funktion og sig selv. Det kan tage tid at se virkeligheden i øjnene, forlige sig med sin situation og finde nye måder at udfolde sit liv på. For Anna tog processen et år.

Processen med at se ændringerne i øjnene stiller krav til de indre processer. Store forandringer kan skabe mentalt kaos. Det er udfordrende at begribe, hvad der sker, og bedømme, hvordan den nuværende situation bedst håndteres. Det mentale arbejde består i at vurdere omfanget af ændringerne samt hvilke konsekvenser, de har på de livsområder, der opleves meget vigtige for at leve et meningsfuldt liv.

Forandringer kalder på handling, og det kan være nødvendigt at eksperimentere sig frem til anderledes måder at gøre tingene på for fortsat at leve et meningsfuldt liv.

Tidligere erfaringer med at håndtere forandringsituationer kan give inspiration, men ved store forandringer er det nødvendigt at bevæge sig ud på fremmed eller ukendt grund. Den kendte verden, som oplevedes inden for rækkevidde (Schutz, 2005), eksisterer ikke mere.

“Oldemor med hjul på”

Vi vil nu fortsætte fortællingen om Anna. Efter fire år besluttede personalet at ændre fagligt perspektiv. De blev klar over, at hun ikke foretog sig meget ud over den kontakt, hun havde med familien. De blev opmærksomme på, at hendes aktuelle situation kun kunne ændres, hvis de ændrede de faglige tilgange for at styrke

hendes livsudfoldelse. Samtidig erkendte de, at hverken Anna eller hendes familie vidste noget om mulighederne for at leve et liv med handicap. De besluttede at holde et netværksmøde med Anna og hendes børn for at få afdækket, hvilket liv hun egentligt ønskede at leve. Ved dette møde blev det klart, at hun gerne ville kunne tage ud i byen en gang om ugen. Desuden ønskede Anna og hendes børn, at hun kunne komme på besøg hos dem og hos gamle venner. Ved mødet blev det endvidere klart, at Anna havde urealistiske forestillinger om sin formåen, bl.a. kunne hun ikke forstå, hun havde fået afslag på motoriseret kørestol. Afslaget var begrundet i Annas sygdom (følgevirkninger af apopleksi). Der var således flere mål at arbejde med.

Anna var parat til at træne og gøre alt, hvad hun kunne, for at ændre på sin situation, og hun fik tilknyttet en kontaktperson, der skulle starte hendes forløb sammen med hende. Der var flere milepæle og trin i forbindelse med forandringsprocessen:

- At stimulere Annas forståelse og lyst til at lære nyt ved at anvende ældrecentrets hjælpemuligheder.
- At hun ser realistisk på sin aktuelle situation.
- At ændre hendes døgnrytme, så hun kan deltage i den nødvendige træning.
- At lære hende at komme fra kørestol over i en bil, så hun kan være sammen med familie og venner uden for plejecentret.
- At hun får ansat en hjælper, så hun kan komme ind til byen en gang om ugen.

Ændringerne lykkedes. Et år efter, personalet ændrede deres faglige perspektiv, kan Anna tage på ferie med sin familie. Hun er en god fortæller og har øje for oldebørnenes reaktioner og kan fortælle om mange sjove episoder. Bl.a. beskriver hun en tur i svømmebassin, hvor et oldebarn sprang i vandet med tøj på, og om, hvordan hun beskrives som en “oldemor med hjul på”. Anna er desuden begyndt at skrive små, sjove anekdoter i ældrecentrets beboerblad. Hun har mange formål i løbet af ugen og kan både selvstændigt og med hjælp deltage i forskellige aktiviteter.

Med denne case ønsker vi at synliggøre betydningen af, at fagpersoners faglige fokus indgår som en betingelse for mennesker, der er afhængige af hjælp. Den illustrerer, at et systematisk fokus på at undersøge en dårligt fungerende hverdag sammen med et ældre menneske, viljen til at kigge på andre muligheder og modet til reelt at handle på dem med den rette støtte kan føre til væsentlige, positive forandringer.

Bech-Jørgensen anvender begrebet hverdagslivskræfter om vitale ressourcer, der opstår i hverdagen og udfoldes i forbindelse med, at vi som mennesker forandrer og gør hverdagslivet meningsfyldt og modstandsdygtigt (Bech-Jørgensen, 1994, s. 274-276). Vi vil i denne sammenhæng beskrive hverdagslivskræfterne som handlekræfter. Det er disse vitale ressourcer, eller handlekræfter, Anna finder frem til og trækker på, idet hun forandrer sit liv.

Ud over at finde ind til og aktivere handlekræfter er det betydningsfuldt at afdække tilgængelige handlemuligheder. Det kan være en hjælp at søge information om muligheder for hjælp inden for det private, frivillige og professionelle netværk. Store dele af hverdagslivet skabes i samspil med andre mennesker, og skal man komme godt igennem en forandringsproces, kan det være betydningsfuldt at aktivere de ressourcer, der findes i de sociale omgivelser.

Annas situation forandres altså, fordi der blev skabt et konstruktivt samspil mellem hendes handlekræfter og de handlemuligheder, hun havde i form af private såvel som professionelle ressourcer, der var tilgængelige for hende. Hun fik bl.a. genskabt en betydningsfuld rolle i familien, et af de livsområder, der er særligt vigtige iflg. Antonovsky i forhold til at skabe et meningsfuldt liv og en oplevelse af sammenhæng (Antonovsky, 2000, s. 41)*.

*) For at opnå en oplevelse af sammenhæng, er der fire livsområder, som er særligt vigtige: Indre følelser, nærmeste interpersonelle relationer, primære rolleaktiviteter og eksistentielle forhold (død, uundgåelig fiasko, personlige mangler, konflikt og isolation) (Antonovsky, 2000, s. 41)

Grundlæggende er vejen mod at opleve sammenhæng og finde fodfæste i forandringer at forholde sig aktivt til ændringerne, kunne formulere egne ønsker og tage stilling til, hvilke ressourcer og handlemuligheder der er til rådighed. Den livsorienterede samtale er oplagt at gribe til, når mennesker oplever de mere gennemgribende forandringer i form af skred og brud i tilværelsen, hvor de har brug for at reflektere over, hvordan de kan håndtere den nye situation. I det følgende lægger vi op til en nærmere præsentation af SamtaleHjulet ved at beskrive fire karakteristika, der danner grundtone i særligt dynamiske livsorienterede samtaler.

Særligt dynamiske samtaler: Fire karakteristika

Under udviklingen af ViCo-metoden viste der sig at være fire kendetegn ved samtaler, der var særligt dynamiske. Visitator var *undersøgende*, *anerkendende*, *udforskende* og *udfordrende*. De havde således en særlig måde at tale til, spørge ind på og reagere på svar. Visitatorerne var interessererede i og vedholdende i forhold til at få en dybere forståelse for de svar, der kom på banen (Andersen, 2004).

At være undersøgende vil sige at fremme fortællelyst ved at lytte og afdække de betydninger, som ens samtalepartner tillægger forskellige handlinger og erfaringer. Fx: "Hvad er det, der gør, at det er så vigtigt for dig?"

At være anerkendende vil sige at give personlige, positive tilbagemeldinger på de oplevelser, tanker, erfaringer og bestræbelser, der tales om. Det kan fx gøres med udtryk som: "Det må kræve mange kræfter"! Eller: "Det lyder som nogle gode overvejelser!"

At være udforskende betyder at gå på opdagelse i de forståelser, der ligger bag udsagn, hvad enten disse findes i tidligere erfaringer eller respons fra omgivelserne. Det kan fx udtrykkes ved spørgsmål som: "Hvad tror du er vigtigt for din familie at gøre sammen med dig"? Og: "Hvordan, oplever du, det er at være afhængig af andres hjælp"?

At være udforskende handler fx om at vende tilbage til et emne, indtil man som samtalepartner forstår den dybere mening. At være udforskende kan kræve tålmodighed, nærvær og ro.

At være udfordrende betyder at sætte spørgsmålstegn ved sædvanlige måder at tænke og handle på. Dermed skal man forsøge at få den, man taler med, til at tænke og handle på nye måder og ændre perspektiv. Det er en invitation til at se på sin situation udefra eller at "tænke ud af boksen". Udfordrende spørgsmål kan være: "Hvad vil din kone/datter/bedste ven anbefale dig"? Og: "Hvis der var frit valg på alle hylder, hvad ville du så ønske dig"?

Ved at være undersøgende, anerkendende, udforskende og udfordrende opnås en samtale, der bidrager til fagpersonens forståelse af, hvordan det menneske, man taler med, oplever situationen. Samtidig er hensigten at give vedkommende nyt stof til eftertanke.

Med disse måder at føre en livsorienteret samtale på in mente skal det nu handle om SamtaleHjulet.

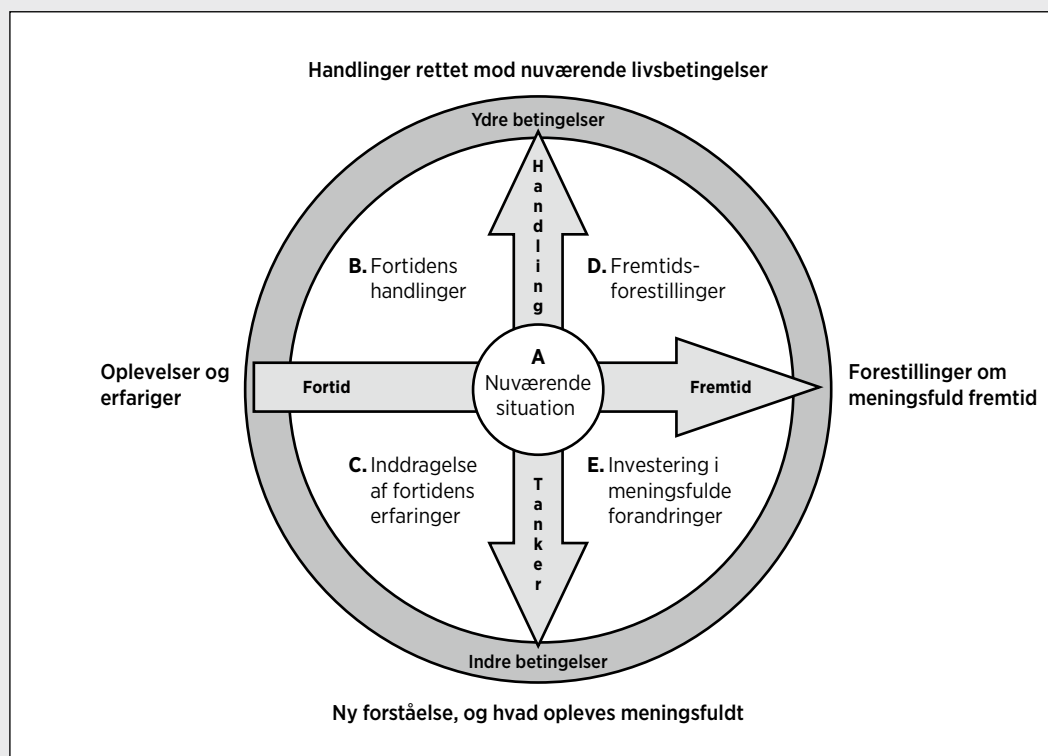
SamtaleHjulet – en model for livsorienterede samtaler

SamtaleHjulet blev skabt for at give fagpersoner et enkelt redskab, der kan støtte i forhold til både at styre samtalen og samtidig være nærværende og lyttende (Andersen, 2008).

Den yderste cirkel, selve dækket, repræsenterer de livsbetingelser, som skaber rammen om vores liv, og som vores tanker og handlinger er rettet imod. Ud over de ydre livsbetingelser, vi har omtalt hidtil, vil vi her tilføje indre livsbetingelser, som vedrører de måder, vi oplever, tænker og engagerer os i verden.

Når man skal tale med mennesker om livet og "en oplevelse af sammenhæng", er det gavnligt at strukturere samtalen over begrebet tid. Samtalen

Figur 1 | SamtaleHjulet



tager udgangspunkt i nutiden, men når fortiden inddrages, kan tidligere erfaringer anvendes til at forstå den nuværende situation. Som Antonovsky beskriver, bevæger vi os fremad i livets flod og må løbende håndtere de udfordringer, vi møder (Thybo, 2004). Når vi svømmer i livets flod, gør vi os undervejs nogle erfaringer, som vi kan bruge i forhold til at forudse og tilrettelægge den videre rejse.

Tid fungerer også som en måde at skabe struktur i vores fortællinger om livet og dermed til mentalt at orientere os i fortid, nutid og fremtid. I den livsorienterede samtale er vi optaget af at invitere vores samtalepartner til at gå på opdagelse i og reflektere over tidligere livsudfordringer og inddrage egne erfaringer i forhold til at overkomme det, vedkommende står i her og nu.

Egerne i hjulet signalerer bevægelse i tid. De vandrette eger er bevægelse fremad, fortiden påvirker nutiden, og nutidens handlinger skaber fremtiden.

De lodrette eger udgøres af tanker og handlinger rettet mod at begribe, genfinde mening og håndtere den nuværende situation.

Det midterste af hjulet og de fire områder omkring midten udgør fem elementer, der dels repræsenterer hovedtemaer for samtalen, dels strukturerer dens forløb fra A til E. Nedenfor er eksempler på spørgsmål, man kan tage udgangspunkt i under hvert tema.

A. Nuværende situation

Hjulets midte er nuet. Det er det liv, vi lever lige nu, og dermed samtalens centrum.

I en livsorienteret samtale starter man med at spørge ind til og anerkende de nuværende forståelser af den forandrede livssituation og bestræbelser på at håndtere den.

Som samtalepartner må man lytte og få den, man taler med, til at fortælle om situationen og de betydninger, forandringerne har i hverdagen. Her er nogle eksempler på spørgsmål, der kan justeres og suppleres ud fra situationen:

- Hvad er der sket? (Beskrivelse af situationen).
- Hvordan er din hverdag forandret?

- Hvilke forskelle oplever du?
- Hvordan påvirker forandringerne dine nuværende udfoldelses- og handlemuligheder?
- Er der nogle forandringer, du har svært ved at forlige dig med?
- Hvad gør du lige nu for at få hverdagen til at fungere?

Der afsluttes med at anerkende de konkrete handlinger, som en person, og evt. dennes ægtefælle, har gjort for at håndtere situationen. Udvis respekt for de skridt, der allerede er foretaget for at håndtere ændringerne, ved at sætte ord på dem og dermed synliggøre, at små skridt bringer én videre på vejen mod positiv forandring.

B. og C. Fokus på nyttige erfaringer, overvejelser og ideer

Under de to temaer, B. Fortidens handlinger og C. Inddragelse af fortidens erfaringer, sættes fokus på tidligere handlinger og på, hvordan erfaringerne kan inddrages i forståelsen og håndteringen af den nuværende situationen. Det bidrager til at skabe en oplevelse af sammenhæng, når der skabes konstruktiv forbindelse mellem fortid og nutid. Følgende spørgsmål kan hjælpe:

- Hvilke forandringer er nødvendige for at få din hverdag til at fungere?
- Har du tidligere været i situationer, der stillede krav til ændringer?
- Hvor fik du kræfter fra til at overkomme ændringerne?
- Har du nogle erfaringer, du kan drage nytte af lige nu?
- Hvordan kan disse erfaringer give inspiration til din nuværende situation?

Denne fase afsluttes med at anerkende erfaringer og overvejelser, som er kommet på bordet under denne del af samtalen.

D. Fremtidsforestillinger

I hjulets højre halvdel orienterer vi os mod fremtiden. Som samtalepartner er man udforskende og udfordrende i forhold til at få personen, man taler med, til at sætte ord på hans eller hendes

forestillinger om fremtiden. En klar fremtidsforestilling virker motiverende i forhold til at finde nødvendige handlekræfter til at forandre hverdagen i en meningsfuld retning. Man kan fx spørge:

- Hvad tænker du om fremtiden og dine fremtidsmuligheder?
- Hvad kunne du drømme om skete?
- Kender du nogen, der har været i lignende situationer?
- Hvad mener din kone/datter/bedste ven vil være godt for dig at gøre?
- Hvad vil være godt at gøre på kort og på langt sigt? Opstil konkrete mål.
- Hvilke muligheder for hjælp kender du til?
- Har du set på internettet, hvilke hjælpemuligheder der er?

Denne fase afsluttes ved at citere personens "forandringsudsagn", dvs. hvad vedkommende har sagt, at han eller hun ønsker at forandre, og mål for fremtiden konkretiseres. Det udforskes, hvad personen oplever er vigtigt for at leve "det gode liv" på egne præmisser.

E. Investering i meningsfulde forandringer

Her inviterer man sin samtalepartner til at fortælle, hvad der opleves meningsfyldt at investere kræfter i. Det er vigtigt at forene handlekræfter med handlemuligheder, da det har stor betydning for, om forandringerne lykkes.

- Hvilke tiltag vil være meningsfulde for dig at starte med?
- Hvordan har du det med at skulle lære noget nyt, selvom det kan være svært for dig i starten?
- Hvad vil hjælpe dig med at klare situationen?
- Hvor, eller fra hvem, kan du få hjælp til at gennemføre det?
- Hvad kan forhindre, at du gennemfører?
- Hvordan vil du eller dine omgivelser kunne se, at du lykkes?

- Hvornår har du mod på at gå i gang?
- Hvem skal give respons og opmuntre dig?

Hele samtalen afsluttes med at opsummere og anerkende de udsagn om handlestrategier og det engagement til at ændre situationen, der er kommet frem under dialogen.

Samtaler – det gør vi da bare! Eller hvad?

Relationer og samtaler er livsnødvendige – det er en del af vores "ilt" i hverdagen. Livsorienterede samtaler kan ikke sættes på formel, selvom der er principper, der kan hjælpe med at strukturere samtalen. Ingen skal lade sig blokere af metodebeskrivelsen – det er ikke vores intention. At gå på opdagelse i livet er en god begyndelse, og vi opfordrer hermed fagfolk og andre interesserede til at kaste sig ud i tænkssomme samtaler og eksperimentere sig frem til at blive gode samtalepartnere. Man kan desuden selv blive beriget af samtalerne. Så når du "griber" samtalen – griber samtalen som regel også dig!

Forslag til videre læsning

Borgmann, L & Ørbech, MS (2010). *Livgivende samtaler og relationer*. København: Hans Reitzels Forlag.

Fredens, F, Thybo P & Johnson, T (2011). *Sundhedsfremme i hverdagen: Få mennesker du møder til at vokse*. København: Munksgaard.

Ivarsson, BH & Ortiz, L (2015). *Den motiverende samtale. Praktisk håndbog til samtaler med ældre*. København: Munksgaard.

Referencer

Andersen, JL (2004). *ViCo-metoden – case studier af hverdagslivsorienteret visitationssamtaler*.

Aalborg: Institut for sociale forhold og Organisation, Aalborg Universitet.

Andersen, JL (2008). *Livsorienteret samtale – samtale i forandringssituationer*. Riis, P (red.) *Ældreomsorg – Holdninger, Omgangstone & Etik*. Odense: Ældreforum, s. 36-45.

Antonovsky, A (2000). *Helbredets Mysterium*. København: Hans Reitzels Forlag.

Bech-Jørgensen, B (1994). *Når hver dag bliver hverdag*. København: Akademisk forlag.

Bech-Jørgensen, B (1999). *Normalitetsbilleder*. Aalborg: Aalborg Universitet, Forlaget Alfuff.

Schutz, A (2005). *Hverdagslivets sociologi. En tekstsamling*. København: Hans Reitzels Forlag.

Thybo, P (2004). Sygdom er hvordan man har det – Sundhed er hvordan man ta'r det. *Klinisk Sygepleje* 18(3):4-12.

Dilemmaer i omsorgen for mennesker med demens

I dette kapitel introduceres en række dilemmaer, man kan støde på, når man arbejder med mennesker, der er blevet ramt af en demenssygdom. Ofte opstår der problemer i kommunikationen med omverdenen. Det kan blive svært at udtrykke sig, ligesom det kan være svært for andre at forstå, hvad ens hensigt er. Samtidig kan sygdommen betyde, at man reagerer på måder, der kan opfattes som uhensigtsmæssige for andre. I mødet med mennesker med demens må man gøre sig overvejelser omkring, hvordan man kommunikerer mest hensigtsmæssigt og skaber en god relation, der gør det muligt at hjælpe vedkommende på værdige præmisser. Med udgangspunkt i en case, der illustrerer nogle af vanskelighederne på området, diskuteres centrale problematikker omkring værdighed, magtanvendelse og omsorgspligt gennem inddragelse af relevant lovgivning. Endelig behandler kapitlet grundlæggende principper omkring meningsfuld kommunikation og meningsfuldhed som pædagogisk tilgang.

Pia Østergaard

Sygeplejerske. Demensfaglig udviklingskonsulent, Demenscentrum, Aarhus.

Betydningsfulde relationer, magtanvendelse og værdighed

Når et menneske bliver ramt af en demenssygdom, kan der opstå udfordringer i relationer med andre. Det kan være svært at tolke andres hensigter, og på samme måde kan det være svært for andre at forstå, hvad der kommunikeres. Behovet for hjælp og støtte vokser i takt med sygdommen, og samtidig er behovet for samvær og at kunne indgå i rare og tætte relationer lige så betydningsfuldt, som før sygdommen satte ind. Hvordan skabes samvær og god kontakt med andre, når man bliver "ramt" på evnen til at kommunikere? Hvordan kan man som personale tilrettelægge omsorgen på en måde, som åbner op for en fælles forståelse, og hvordan kan man bevare værdighed i relationen? Det handler dette kapitel om. Med udgangspunkt i en case, hvor det ikke lykkes at nå ind til en ældre kvinde med demens, og hvor alting gik galt, vil kapitlet vise, hvordan man på en værdig måde kunne have hjulpet hende med udgangspunkt i teori og erfaringsbaseret viden om demens, relationer og meningsfuld kommunikation. Derudover inddrager kapitlet lovgivning om selvbestemmelsesret, magtanvendelse og omsorgspligt.

"Jeg klarer mig selv; det har jeg altid gjort!"

Gertrud Møller bor i et rækkehus i en mellemstor provinsby. Hun er enke og har ingen børn eller anden kendt familie. Gertrud har været et intellektuelt, velfungerende menneske med en god karriere. Hun har altid klaret sig selv og har et højt selvværd. Ingen skal bestemme over hende!

En dag kontaktes kommunens visitationsafdeling af taxaselskabet i byen. De har kørt mange ture med Gertrud. Hun ringer dagligt efter en taxa, der kører hende i byen for at handle ind.

Chaufføren er den eneste, der kommer inden for døren hos Gertrud, idet han venligt hjælper med at bære varerne ind. Han har bemærket, at der er meget beskidt, og indkøbene er ensartede. Hun køber som regel smør, rugbrød, jordbær og

chokolade samt piskefløde. Han har høfligt spurgt Gertrud, om hun har kontakt med nogen, og om der er nogen, der hjælper hende. Svaret er altid det samme: "Nej, jeg klarer mig selv; det har jeg altid gjort!"

Taxachaufføren ringer til kommunen, og en demenskonsulent kontaktes. Hun kan læse i journal-systemet, at hjemmesygeplejersken har været der for et års tid siden i forbindelse med behandling af et sår på benet, men kontakten blev afbrudt efter behandlingens afslutning. Man kunne også læse, at der var noget med hukommelsesproblemer, men det ønskede Gertrud ikke at tale om.

Med baggrund i kommunens omsorgspligt tager demenskonsulenten på et uanmeldt besøg hos Gertrud. Synet, der møder hende, er skræmmende. Et køleskab, der bevidner chaufførens beskrivelser af ensformige indkøb. Muggent rugbrød, tør leverpostej og sur fløde står rundt omkring på køkkenbordet. I carporten er der "pyntet" med blomster i gulvspande. Fluerne har indtaget de indkøbte jordbær på skraldespandslåget, der i sommervarmen absolut ikke er friske mere.

Gertrud er at finde i sit hus. Hun råber inde fra sit soveværelse, da der bliver banket på: "Bliv der, jeg kommer!" Gulvet er ikke synligt på grund af skidt, men interiøret fortæller om et tidligere smukt hjem med ædle træsorter og dyre ting. Gertrud kommer ud, er usoigneret, med fedtet og pjusket hår. De hullede joggingbukser er holdt oppe med et stykke reb, bundet i en knude. Hendes tå- og fingernegle er lange og krummer sig, og der er en trang lugt af urin og afføring omkring hende. Gertrud bliver meget vred over det uanmeldte besøg. Hun har ikke sendt bud efter nogen og fortæller, at hun bestemt ikke har brug for hjælp, men at hun selv køber ind og bestiller hjælp, hvis hun mener, at hun har brug for det. Hun viser vredt sin tegnebog frem, der bugner af pengesedler, og fortæller, at hun har råd til at købe hjælp, hvis hun vil have det. Gertrud kigger ud af vinduet og spørger demenskonsulenten, om det er hende, der er kommet i den grimme bil? Senere i samtalen, hvor demenskonsulenten tilbyder hende hjælp fra kommunen, udbryder hun med vrede i stemmen: "Du ser nu heller ikke selv for godt ud!"

Derefter fulgte en tid, hvor det blev rigtig svært at hjælpe Gertrud. Hun ønskede ikke hjælp, og det lykkedes ikke personalet fra hjemmeplejen at komme tæt på hende. Hun døde et halv år senere i sit hjem, med et stort tryksår over halebenet, som ingen havde set.

Hvordan kunne det gå så galt? Og hvordan kunne hjemmeplejens personale have hjulpet Gertrud Møller? Hvordan kan man som personale tilrettelægge en omsorg, som er centreret om den person, det drejer sig om, og samtidig bevare medmennesket i sig selv?

Ifølge gerontopsykiateren Nils Gulmann viser den gode demenspleje sig ved større værdighed, mindre lidelse og mere harmoni i den sygdomsramtes tilværelse. Et centralt aspekt er her at bevare medmennesket i sig selv og den anden, dvs. at man arbejder professionelt med en indlevelsesevne for det syge menneske, uden at tage hans eller hendes handlinger personligt, selvom fx aggression og frustration kan være voldsomme følelser at stå over for. Det handler om at forstå adfærd som en naturlig reaktion på, hvad et menneske er i stand til i en given situation med den hjerneskade, demenssygdommen har forvoldt (Gullman, 1994). Når Gertrud fx vredt afviser hjælpen, er det vigtigt at møde hende med stor ydmyghed og anerkendelse af hendes behov og se det som et forsøg på at holde sammen på sig selv og sit hjem. Måske ville et telefonopkald om det kommende besøg, et pænt brev eller en medbragt blomst, som man naturligt ville gøre i privatlivet, skabe mulighed for en bedre relation fra starten. På den måde handler det at bevare medmennesket i sig selv også om at bevare medmennesket i den anden.

Kan magtanvendelse være værdig?

I casen med Gertrud opstod et etisk dilemma. Personalet ønskede ikke at fratage Gertrud retten til at bestemme over sig selv og dermed krænke hendes værdighed og valgte derfor at undlade at anvende fysisk magt for at hjælpe hende med personlig hygiejne. Men er indgriben i selvbestemmelsesretten altid at overskride værdigheden?

For fagpersoner opstår der ofte sådanne dilemmaer. På den ene side risikerer man at overtræde en persons selvbestemmelsesret, hvis man tager for meget over og bestemmer for personen, og på den anden side risikerer vedkommende at miste værdighed, hvis man ikke handler. Men hvad ligger der i selvbestemmelsesretten? Og hvem definerer værdighed? Som fagperson vil man ofte være i en diskussion med sig selv om, hvad der er rigtigt og forkert. Som udgangspunkt er det ikke lovligt at anvende magt i pleje og omsorg, så i casen var personalets valg rigtigt i første omgang. At anvende magt er det absolut sidste valg, alt andet skal være afprøvet ud fra et princip om at gribe mindst muligt ind i selvbestemmelsesretten (Socialstyrelsen, 2012). Alle mennesker har ifølge Grundloven og internationale konventioner ret til at bestemme over eget liv, også med demens. Men lovgivningen giver også mulighed for indgriben i selvbestemmelsesretten. Kigger vi på lovgivningen omkring omsorgspligt og magtanvendelse, opstår nogle andre valg. Ifølge Serviceloven om omsorgspligt, skal kommunalbestyrelsen, repræsenteret af en myndighedsperson, yde hjælp efter loven i overensstemmelse med formålet, jf. § 81, til personer med betydelig nedsat psykisk funktionsevne, der ikke kan tage vare på deres egne interesser, uanset om der foreligger samtykke fra den enkelte. Det er myndighedspersonens vurdering, hvorvidt Gertrud er i stand til at varetage egne interesser. Hvis dette vurderes, og Gertrud ikke kan eller vil give samtykke til hjælpen, har kommunen pligt til at yde hjælpen, og det kan blive nødvendigt at anvende magt. Personalet, der kommer i hendes hjem, skal søge myndigheden om tilladelse til magtanvendelse og dermed indgriben i selvbestemmelsesretten. Det forudsætter både, at de har kendskab til lovgivningen, og at de kan foretage en vurdering af, hvad der er mest værdigt for den enkelte i den konkrete situation. Det er ikke helt enkle overvejelser, man må gøre sig. Det vil blive uddybet mere i det følgende.

I Servicelovens kapitel 24 er en beskrivelse af, hvad man kan søge om tilladelse til, hvis man vurderer, at der må magt til (Social- og Indenrigsministeriet, 2015). Der er kun nævnt fysisk magt,

og der kan derfor ofte opstå uklarhed og dilemmaer omkring andre former for magtanvendelse, fx metoder, der kan virke uetiske og manipulerende. Man kan fx vurdere, at det er nødvendigt at søge om tilladelse til fysisk magt, hvis det skal lykkes at hjælpe en person med den basale pleje for at forhindre, at der opstår omsorgssvigt. I Servicelovens kapitel 24, § 126a, er det beskrevet, hvordan man kan søge om tilladelse til at fastholde en person, samt hvordan man indberetter den anvendte magt (Social- og Indenrigsministeriet, 2015). Der kan dog let opstå gråzoner, og det vil som nævnt altid bero på et fagligt skøn fra en udpeget myndighedsperson i kommunen, om der skal gives tilladelse til fastholdelse eller ej. Som udgangspunkt skal Servicelovens bestemmelser om anvendelse af magt først anvendes der, hvor en situation kalder på pligt til omsorg for at undgå omsorgssvigt. Dette kræver særlig viden om de forskellige demensformer, en personlig forståelse af menneskers forskellighed og om betydningen af relationer. Og ikke mindst er det et spørgsmål om at kunne identificere det enkelte menneskes ressourcer og evner, vanskeligheder, interesser, handlemåder og reaktionsmåder i en følelsesladet situation (Elvén et al., 2015). Overvejelser omkring værdighed kommer her til at stå særligt centralt.

Værdighed – ifølge hvem?

I situationer, hvor man skal vurdere, om en magtanvendelse er relevant og berettiget, bliver værdighedsbegrebet interessant. Hvem definerer, hvad værdighed er for den enkelte? Var det demenskonsulenten, var det naboen, taxachaufføren eller social- og sundhedsassistenten, der kom hos Gertrud, der kunne vurdere dette? Vi er næppe i tvivl, hvis det handler om vores egen værdighed. Det skal andre ikke blande sig i! Når vi definerer værdighed for et andet menneske, er vi tilbøjelige til at se på, hvad, vi tror, var værdigt for ham eller hende, før demens kom ind i billedet.

At tale om menneskets værdighed har en lang tradition i etikens historie. Den tyske filosof Immanuel Kant mente, at et menneske aldrig må

betragtes som et middel. Mennesket er nemlig et mål i sig selv og har en iboende værdighed, som ikke må krænkes (Carlsen, 2014). For at lære det enkelte menneske indgående at kende og finde ud af, hvad der tidligere har haft betydning for ham eller hende, kan det at arbejde professionelt med livshistorien være en hjælp. Gertrud var en flot dame, der tidligere altid havde styr på, at tøj, makeup og frisuren sad perfekt. Her vil vi nok tænke, at dette er værdighed for hende. Det kan have sin rigtighed, men skal der magt til for at få hende til at tage en ren bluse på eller få redt håret, kan man med rette diskutere, hvad værdighed er for hende på nuværende tidspunkt. De fleste kan godt acceptere en plet på blusen eller uglet hår, men hvad nu, hvis det er bukserne, der er våde af tis, som skaber hudproblemer? Det vil ikke være værdigt for hende at blive tvunget til at få skiftet bukserne, men det vil samtidig være omsorgssvigt at lade stå til. Gertrud har pga. sin fremskredne sygdom ikke længere den sædvanlige indsigt og forståelse af sin egen situation, og hun har mistet evnen til at drage omsorg for sig selv. Det er derfor fagpersonalets opgave at hjælpe og støtte hende med omsorgen, selvom hun ikke selv oplever et behov for at modtage hjælp. Heri består dilemmaet – og hvordan løser vi så det?

En god relation er afgørende for at nå ind til et menneske med demens, og det kræver, at man bruger sig selv som middel. Men når Kant skriver om, at mennesket aldrig må betragtes som et middel, har vi endnu et dilemma. Når en fagperson bruger sig selv som middel for at hjælpe Gertrud med at bevare sin værdighed, bliver fagpersonens egen værdighed så underkendt? Er man som fagperson forpligtet til at tilsidesætte egen værdighed for at hjælpe? Det kan fx ske, at man må gå med i badet, servere en ostemad under bruseren, eller man kan opleve at blive kaldt ukvemsord, som demenskonsulenten, der besøgte Gertrud, oplevede. Her må fagpersonen tænke professionelt og tilsidesætte sin egen personlige værdighed ved at fokusere på det, Gertruds verbale vrede dækker over, fx afmagt over for en situation, hun ikke mere er herre over.

Problemskabende adfærd – en naturlig reaktion?

Hvis man som fagperson er vedholdende med at tilbyde en hjælp, som en person med demens ikke selv ser behov for og dermed ikke forstår hensigten med, kan det skabe vrede og frustration og resultere i en adfærd, der nemt kan blive tolket som problemskabende.

Derfor er det vigtigt, at man som fagperson nøje planlægger de handlinger, man ønsker at udføre for og med et menneske med demens. Ved såkaldt uønsket, problemskabende adfærd må man analysere situationen og blotlægge årsagerne til, at det går galt. Ansvar for, at opgaven lykkes i samspillet, ligger udelukkende hos fagpersonen. Det kan være nærliggende at forsøge at ændre på den person, der udviser den såkaldte problemskabende adfærd ved at irettesætte og korrigere, men det forstærker blot adfærden. Den mest effektive måde at håndtere andres adfærd på er ved at ændre ens egen adfærd. For at kunne gøre det må man forstå det andet menneskes specifikke vanskeligheder og det, der ligger bag adfærden.

I casen med Gertrud er det først og fremmest vigtigt at forstå, hvorfor hun ikke ønsker besøg. Hun bliver vred, allerede da personalet træder ind i boligen. Det kan tolkes, som om hun selv er bevidst om, at det roder, og at det er hendes helt personlige domæne. Personalet er fremmede for hende, og det er en naturlig reaktion at beskytte sin bolig mod indtrængen af fremmede mennesker. Der kan være mange gode grunde til hendes reaktion, og det kan være svært at vide præcis, hvad hendes bevæggrund er. Udfordringen er at tolke den ud fra hendes perspektiv.

Som fagperson er det også nærliggende at se Gertruds situation som problemfyldt, men det gør hun ikke selv. Hun skaber sin egen mening med sin hverdag. Som hun siger: "Hvis jeg har brug for hjælp, sender jeg bare bud efter det, og jeg har råd til det!" Vi må derfor finde en alternativ måde at komme i kontakt med hende på, som hun ikke oplever som grænseoverskridende og invaderen-

de. Vi må finde veje til at nå ind til det sted, hvor hun er åben for relationen. Med psykolog Tom Kitwoods ord må vi orientere os mod at udføre personcentreret omsorg. Kitwood fokuserer på menneskets grundlæggende psykologiske behov og fremhæver, at vi i arbejdet med omsorg ikke skal tænke på en person som et omsorgsobjekt. I så fald vil det første, vi ser, være det, der trænger til omsorg (Kitwood, 2003) – altså at Gertrud er usigneret. Det vil betyde, at vi i første omgang glemmer personen bag, altså den intelligente, selvstændige og flotte kvinde, som hun tidligere var, og som hun ønsker at blive set som. Gertrud har mistet selvkontrollen, og det er den, hun skal støttes i at genvinde. Så første kontakt til hende bør foregå på en måde, hvor man taler ind til den person, hun ser sig selv som, fx ved at snakke om hendes smukke hjem, hendes interesse for blomsterne i haven eller hendes fyldte bogreol.

I næste afsnit handler det om, hvordan man kan kommunikere med mennesker med demens på en måde, hvor personen netop føler sig set og forstået som den, han eller hun er.

Kommunikation, der giver mening

Når vi kommunikerer med andre mennesker, søger vi som regel at nå frem til en fælles forståelse. Den kommunikationsform, vi anvender, bør altid afhænge af situationen og de kommunikationsfærdigheder, den, vi taler med, har. Når vi kommunikerer med en person, der er ramt af demens, kræver det en anden måde at kommunikere på for at nå frem til denne fælles forståelse. I det følgende gennemgås to former for kommunikation, som man kan anvende i samtaler med mennesker med demens – realitetsorientering og validering. Almindeligvis er vi i en samtale enige om grundlæggende elementer som tid, sted, hvem vi er, og hvad vi hedder, samt almindelig paratviden. Disse elementer er centrale i realitetsorientering, som er en måde man kan kommunikere på med personer med let til middelsvær demens, både individuelt og i grupper. Ved realitetsorientering hjælper man sin samtalepartner med at orientere sig i hverdagen omkring basale ting, som han eller hun ikke

længere husker. At anvende realitetsorientering forudsætter dog, at personen har sygdomsindsigt og derfor ønsker at blive hjulpet med at huske det, der måtte være blevet glemt. I Gertruds tilfælde er demenssygdommen fremskreden, og hun har ikke indsigt i egne behov. Hun er fx ikke i stand til at vurdere, hvor meget der skal købes ind, hvordan maden skal opbevares, hvornår der skal vaskes mv. Der er således stor sandsynlighed for, at hun vil opleve en realitetsorienteret tilgang som irettesættende, belærende og utidig indblanding, og det vil kunne skabe vrede hos hende.

Her kan man vælge validering (Feil, 1993), som mere er en tilgang end en kommunikationsmåde. Med validering imødekommes og anerkendes de følelser, som en person med demens udtrykker i ord eller handlinger. Tankegangen bag er, at al adfærd bærer mening, og at man som fagperson anerkender værdien og gyldigheden af den mening – uden forbehold. Formålet er at mindske stress i relationen, skabe bedre kommunikation og understøtte vedkommendes selvfølelse. Ved at bruge validering vil man tage afsæt i, at Gertruds adfærd er meningsfuld for hende. Hermed anerkender man værdien og gyldigheden af hendes oplevelser og handlinger. At hun klarer sig selv, har styr på tingene og selv beder om hjælp, hvis hun ønsker det. Man tilsidesætter altså målene med besøget og flytter i stedet fokus til det, der giver mening for Gertrud, fx ved at tale om hendes blomster. Det kan være, at hendes behov ligger et helt andet sted end det, fagpersonen ser, men denne må være den tålmodige part og først og fremmest få opbygget en gensidig tillid, inden det er muligt at kunne hjælpe Gertrud. Et eksempel på validering kunne være at tale med hende om glæden ved friske varer, og at det ville være en god idé at købe friske blomster den dag, de kommer hjem i butikken. Man taler på den måde ind til hendes følelser og vil dermed skabe en bedre gensidig forståelse.

Hvis Gertrud ikke længere havde haft talens brug, som det er tilfældet for mange mennesker med demens, kunne man sammen dufte til blomsterne eller nippe dem for at lave noget sam-

men, der berører hende positivt og bidrager til at opbygge en god relation.

Valideringsmetoden har vist sig at bidrage til, at personalet bliver mere åbne, lydhøre og forstående over for mennesker med demens, og at de bliver bedre til at håndtere adfærdsproblemer (Feil, 1993).

De to måder at kommunikere på fremstilles typisk som et enten-eller, men virkeligheden ser ofte anderledes ud. Hvad der fungerer, er helt afhængigt af relationen, den specifikke situation og formålet med kommunikationen. Hvis man som fagperson kan veksle mellem de to måder, kan det ofte skabe mulighed for en tættere relation.

Meningsfuldhed som et pædagogisk princip

Som mennesker søger vi at skabe mening i tilværelsen ved at gøre de ting, der opleves mest meningsfyldte for os – det, vi oplever som rigtigt eller sundt. Aaron Antonovsky har skrevet om vigtigheden af at have en oplevelse af sammenhæng i tilværelsen, som han deler op i tre elementer: begribelighed, håndterbarhed og meningsfuldhed. Disse opnås ved henholdsvis forudsigelighed, en passende belastningsbalance og delagtighed/deltagelse.

For at noget opleves som meningsfuldt, skal det være begribeligt for os. Et menneske med demens ser, ligesom alle andre, også en mening med de handlinger, han eller hun foretager. Men det er ikke altid, at handlingerne giver samme mening for andre. Almindeligvis vil man i en relation forsøge at finde en fælles mening ved fx at tale sammen om, hvordan man ser på tingene, og hvorfor man handler, som man gør. Det forventes her, at man kan svare for sig og redegøre for sine meninger. For et menneske med demens vil dette opleves som et krav, der ikke kan honoreres, og det skaber grobund for misforståelser eller endda konflikt (Antonovsky, 2000).

Man kan her vælge at arbejde med meningsfuldhed som et pædagogisk princip (Cluén et al., 2015). Hvis vi holder os til Antonovskys begreber om at finde sammenhæng eller mening, er det af

stor betydning, at en person som Gertrud delagtiggøres i handlinger, altså er medbestemmende i at beslutte, hvad der skal gøres i en given situation, og at der stilles passende krav til det, hun magter. Det er dette, Antonovsky kalder belastningsbalancen.

Når Gertrud køber ensformige varer hos købmanden, kan det være, fordi det giver mening for hende at købe ind på denne måde. Måske har hun glemt, hvad hun skal købe? Eller måske har hun glemt, hvad hun har i sit køleskab? En hjælp til Gertrud kunne være at hjælpe hende med at få kigget i køleskabet, tage en snak om, hvad hun mangler, og få det skrevet ned på en indkøbsseddel.

Forudsigelighed kan også være en genvej til meningsfuldhed. At opbygge et miljø med kendte aktiviteter, og at fagpersonen altid gør de samme ting i den samme rækkefølge. Det vil sige, at hver gang Gertrud får besøg fra hjemmeplejen, skal det ske på samme måde og helst af den samme person med det formål at skabe en gensidig tillid.

Så at arbejde med meningsfuldhed som pædagogisk princip vil sige, at vi altid skal se det, Gertrud gør, som meningsfuldt for hende. Hvis vi kan det og samtidig forstå baggrunden for hendes handlinger, som i eksemplet ovenfor med indkøb, er vi også i stand til at ændre hendes handlinger ved fx at hjælpe hende med indkøbssedlen, så hun ikke får købt det samme hver gang.

Afrunding

Dilemmaer i demensomsorgen opstår ofte, når et menneske med demens og en fagperson ikke har samme forståelse af situationen. Som fagperson er man altid ansvarlig for relationen, og man er nødt til at kende baggrunden for den adfærd, der ellers kan skabe uro og konflikter. Al adfærd har en bagvedliggende årsag, men en person med demens har ikke evnen til at forklare, hvorfor han eller hun handler, som de gør.

I casen med Gertrud lykkedes det ikke at opbygge en tæt og vedvarende relation til hende, så man kunne yde den nødvendige omsorg. I et stykke tid

efter det første besøg lykkedes det en fast fagperson at skabe en relation med hende, gennem stor tålmodighed og vedholdenhed. De første mange gange smækkede Gertrud døren i, men efter nogen tid blev døren åbnet, og vedkommende blev budt ind. Gertruds sygdom udviklede sig, og den person, hun var tryk ved, skulle på ferie. Ingen anden nåede at opbygge den nødvendige tillid i relationen til hende, og ingen tog ansvar for at søge om den nødvendige magtanvendelse, så hun kunne blive behandlet. Da hun udviklede et tryksår, blev det derfor ikke opdaget i tide. Hun endte med at være så fysisk svækket på grund af tryksåret, at hun efter kort tid døde. Der opstod således et omsorgssvigt, som kunne være undgået med den rette viden og de rette faglige ressourcer til at håndtere relationen. Som fagperson er det væsentligt, at man er bevidst om, hvad der sker i relationen og hvorfor. Med andre ord er det vigtigt, at man er i stand til reflektere før, under og efter en situation for at kunne vælge en god handling, der tilgodeser medmennesket både i én selv og den anden. I dette kapitel er der beskrevet, hvad lovgivningen omkring selvbestemmelse og magt siger, og hvordan man gennem refleksion i en kompleks situation kan tage højde for centrale aspekter som værdighed, kommunikation og meningsfuldhed for den enkelte. Dette må man sammentænke i sine overvejelser, når man risikerer at komme til at krænke et andet menneskes selvbestemmelsesret i forsøget på at hjælpe ham eller hende.

Forslag til videre læsning

Andersen, IM, Runge, H & Danielsen, AB (2011). *Demens – fra skæbne til liv*. Tjele: Lychnos Publishing.

Andersen, KD (2015). *Guide til forebyggelse af udadreagerende adfærd hos personer med demens i plejeboliger*. Odense: Socialstyrelsen.

Alzheimerforeningen (2011). *Forstå demens*. København: Hans Reitzels Forlag.

Jensen, R (2015). *Skab den gode relation. En værktøjskasse til omsorgsmedarbejdere*. København: Munksgaard.

Videncenter for demens (2016). *ABC Demens*. E-læringsværktøj med cases, øvelser, filmklip og illustrationer. Kan hentes på: <http://www.vi-denscenterfordemens.dk/abc/> [14. september 2016].

Referencer

Antonovsky, A (2000). *Helbredets mysterium*. København: Hans Ritzels Forlag.

Carlsen, J (2014). *Hvornår mister mennesket sin værdighed?* Kan hentes på www.etik.dk [10. september 2016].

Elvén, BH, Agger, C & Ljungmann, I (2015). *Adfærdsproblemer i ældreplejen*. København: Dansk Psykologisk Forlag.

Feil, N (1993). *Validering – hjælp til desorienterede gamle*. København: Hans Ritzels Forlag.

Gulmann, N (1994). *Praktisk Gerontopsykiatri*. København: Hans Ritzels Forlag.

Kitwood, T (2003). *En revurdering af demens – personen kommer i første række*. København: Gyldendal Akademisk.

Socialstyrelsen (2012). *Magtanvendelse i forhold til personer med betydelig og varigt nedsat psykisk funktions-evne. Til myndighedspersoner*. Odense: Socialstyrelsen.

Social- og Indenrigsministeriet (2015). *Lov om Social Service (Serviceloven)*. Lov nr. 1284 af 17/11/2015.

Den rehabiliterende tilgang

Kulturænding i plejeboliger

Kapitlet bygger på erfaringsopsamling fra et netværkssamarbejde mellem medarbejdere og ledere fra plejeboliger fra i alt 43 danske kommuner. Netværket har gennem to år mødtes mhp. erfaringsudveksling og vidensdeling omkring implementering af en rehabiliterende tilgang i plejeboliger.

Første del af kapitlet er et bud på en afklaring af de aktuelle begreber “rehabilitering” og “hverdagsrehabilitering”. Det påpeges, at der ikke findes en klar definition af, hvornår man har et “rehabiliteringspotentiale”, og forfatterne fremhæver i modsætning hertil den rehabiliterende tilgang i plejeboliger, dvs. en tilgang, som ser alle beboere som mennesker, der har ressourcer – uanset graden af svækkelse.

Der beskrives en konkret metode, Ugefokus, til at arbejde med en rehabiliterende tilgang i plejeboliger. Ugefokus er en tværfaglig, målrettet, tidsbestemt indsats omkring den enkelte beboer. Andre centrale begreber er “små smitsomme succeser”, “fælles målsætning” og kulturændringer.

Baseret på den omfattende vidensopsamling lægger kapitlet op til refleksion bl.a. omkring, hvordan man arbejder konstruktivt med kulturændringer i plejeboligmiljøer, dokumentation af en indsats, der er møntet på at skabe et godt hverdagsliv, og hvad der skal til for at skabe et frugtbart tværfagligt samarbejde.

Knud Erik Jensen

Konsulent med firmaet Udvikling og Dokumentation.
Initiativtager og tovholder til netværket.

Jan Sau Johansen

Cand. mag. Områdechef på MarselisborgCentret.
Nationalsekretær i Rehabiliteringsforum Danmark.

Ole Mygind

Ergoterapeut, MA i rehabilitering. Projektchef på MarselisborgCentret.

Brug af egen kraft giver liv – på trods af svækkelse

Kapitlet indledes med en begrebsmæssig rammesætning med udgangspunkt i “rehabilitering”, “hverdagsrehabilitering” og “den rehabiliterende tilgang”. Derefter sætter vi fokus på de erfaringer, der er formidlet i projektet: “Brug af egen kraft giver liv – på trods af svækkelse” (Jensen, 2016). Projektet er et netværksarbejde omkring den rehabiliterende tilgang, herunder en understregning af det udbytte, der vurderes at være kommet fra denne tilgang. Kapitlet afrundes med en beskrivelse af nogle af de udfordringer, der er, når faglige miljøer ændrer tilgang til arbejdet. Til slut følger en perspektivering af de muligheder, en rehabiliterende tilgang har for beboernes hverdagsliv og personalets arbejdspraksis i plejeboligerne.

“Brug af egen kraft giver liv – på trods af svækkelse” blev til med støtte fra Helsefonden. Projektet synliggør erfaringer fra et videnskabeligt netværkssamarbejde mellem medarbejdere og ledere fra plejeboliger. Med netværket er der sat fokus på den rehabiliterende tilgang i samspil med beboerne. I alt 43 danske kommuner har siden starten af 2013 deltaget i et eller flere netværksmøder, og der er i alt afholdt 10 møder. Deltagerne er en ligelig blanding af ledere, terapeuter og social- og sundhedsmedarbejdere. Dette kapitel er primært skrevet på baggrund af den systematiske erfaringsudveksling og vidensopsamling, der har fundet sted i dette netværk. De valgte temaer, og tilgangen til disse, tager således udgangspunkt i den faglige og politiske virkelighed, der har præget udviklingen af en rehabiliterende tilgang i plejeboliger inden for den kommunale sektor gennem de seneste 3–5 år. I projektet har der været særligt fokus på den indflydelse, det har haft, at man i plejeboligerne i mange kommuner igennem denne periode har ansat flere med en terapeutuddannelse. Det har skabt mulighed for at implementere flere elementer i en rehabiliterende tilgang til arbejdet i plejeboliger over hele landet (Jensen, 2016).

Hverdagsrehabilitering og rehabilitering – en begrebsafklaring

Livet, arbejdet og indsatsen i plejeboligerne har været præget af et “ydelses-, pasnings- og omsorgsparadigme” (Holmgaard, 2014). Dette paradigme, præget af fast beskrevne serviceniveauer, standarder og ydelseskataloger, blev udfordret med rehabiliteringsbegrebet, som lægger op til at skabe udviklingspotentiale med udgangspunkt i det enkelte menneske. Rehabilitering er inden for ældresektoren overvejende blevet implementeret som hverdagsrehabilitering. Denne proces har været præget af bl.a. udsigten til en økonomisk gevinst.

Deltagerne på netværksmøderne beskrev, hvordan den rehabiliterende tilgang som betegnelse kom til at dække det rehabiliterende arbejde i plejeboligerne. Denne betegnelse gav mening på tværs af politisk niveau, ledelse og faggrupper. Implementeringen af denne tilgang i plejeboliger har medført et behov for at afstemme forventninger i forhold til faglige metoder og sprogbrug, fx omkring rehabilitering, hverdagsrehabilitering og rehabiliterende tilgang. En rehabiliterende tilgang er blevet anvendt og implementeret i ydmyghed, for at ikke alle de elementer, der ligger i rehabiliteringsbegrebet, kunne realiseres. Fx er det selvstændige i tilværelsen sjældent målet; derimod er der fokus på det meningsfyldte. Ligeledes var der, og er fortsat, en besparelsesfaktor i i hverdagsrehabiliteringsperspektivet, som ikke indgår i *Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebets* definition af rehabilitering (Sau et al., 2004).

I dette kapitel anvendes betegnelsen en rehabiliterende tilgang, og der tages udgangspunkt i rehabiliteringsbegrebet, som det defineres i Hvidbogen og tilhørende forståelsesramme og begrebssæt:

*“Rehabilitering er en **måltrettet og tidsbestemt** samarbejdsproces mellem en borger, pårørende og fagfolk. Formålet er, at borgeren, som har eller er i risiko for at få **betydelige begrænsninger** i sin fysiske, psykiske og/eller sociale funktionsevne,*

*opnår et **selvstændigt og meningsfuldt liv**. Rehabilitering baseres på borgerens **hele livssituation og beslutninger** og består af en **koordineret, sammenhængende og vidensbaseret indsats**.”*

De fremhævede begreber udgør rehabiliteringens konstituerende elementer (Sau et al., 2004, s. 4).

Begrebet hverdagsrehabilitering benyttes af mange kommuner om dele af den indsats, der foregår på ældreområdet. Hverdagsrehabilitering tager afsæt i rehabiliteringsbegrebet, men der er forskelle. I hverdagsrehabilitering bliver “selvstændighed” ofte erstattet af “selvhjulpethed”. I rehabiliteringsbegrebet er selvstændighed udtryk for, at borgeren får kontrol over sit eget liv i det omfang, som han eller hun selv ønsker, og som er muligt i forhold til personens ressourcer og den relevante lovgivning. Man kan således godt leve et selvstændigt og meningsfuldt liv uden at være selvhjulpethed. Selvhjulpetheden knytter i en kommunal kontekst an til, at der ikke er behov for hjælp. Selvstændighed knytter an til muligheden for at være deltagende – selvhjulpethed er ikke en forudsætning for deltagelse. Desuden er det i mange kommuner en forudsætning for at blive tilbudt hverdagsrehabilitering, at borgeren vurderes til at have et “rehabiliteringspotentiale” – et begreb, det ikke har været muligt at finde en definition af. I mange kommuner ekskluderes ældre mennesker således fra hverdagsrehabilitering med begrundelsen “manglende rehabiliteringspotentiale”. Dette gælder også for mennesker med demens, svær hjerneskade og sygdom i et terminalt stadium. Hverdagsrehabilitering kædes endvidere i mange kommuners definition sammen med både de nævnte økonomiske besparelser samt effektivisering og et kvalitetsløft af den kommunale indsats (Jensen, 2012). De økonomiske besparelser, selvhjulpethed, det ekskluderende element og rehabiliteringspotentiale indgår ikke i Hvidbogens definition af rehabilitering.

I den rehabiliterende tilgang og tilhørende værdisæt forekommer ikke, som i hverdagsrehabilitering, ekskluderende elementer. Det bety-

der, at alle borgere ses som mennesker, der har ressourcer uanset graden af svækkelse, og at alle som udgangspunkt har potentiale til at skabe en meningsfyldt og selvstændig tilværelse. I en rehabiliterende tilgang arbejdes der systematisk med disse elementer. Det handler om, at ældre mennesker ikke bliver tilskuere til deres egen tilværelse, men betragtes som en samspilspartner med fokus på det gode liv for den enkelte – uanset svækkelse, der fysisk, psykisk eller socialt begrænser og udfordrer. En rehabiliterende tilgang er udtryk for en tænkning, der afspejler rehabiliteringens konstituerende elementer i mødet mellem fagfolk og beboere i plejeboliger samt deres pårørende.

I næste afsnit introducerer vi, med udgangspunkt i netværksmøderne, Ugefokus, som en konkret metode til at arbejde med en rehabiliterende tilgang i plejebolig. Denne metode er anvendt af flere af de deltagende kommuner i projekt “Brug af egen kraft giver liv – på trods af svækkelse” (Jensen, 2016).

Ugefokus: små smitsomme succeser

Ugefokus som metode skaber en særdeles velegnet ramme om arbejdet med centrale elementer i en rehabiliterende tilgang, nemlig: målsætning, det meningsfulde liv, tværfaglighed, vidensbasering, koordinering og sammenhæng. Metoden bygger på synliggørelse af og øget opmærksomhed på, hvordan der sammen med beboeren kan skabes små succeser, der bliver afsæt for nye succeser, hvor vedkommende ved brug af egen kraft oplever en god dag.

Med Ugefokus har beboerne på skift de ansattes særlige opmærksomhed i en 14 dages periode. Det er en målrettet og sammenhængende indsats på tværs af faggrupper og på tværs af døgnnet med udgangspunkt i den enkelte beboers perspektiv, ressourcer og muligheder. For at opnå resultater med denne metode skal der anvendes redskaber og værktøjer, der sikrer afklaring af beboerens ønsker og behov.

Som en del af metoden afholdes der tværfaglige møder, og der sættes mål og gennemføres konkrete prøvehandling, som evalueres. De tværfaglige møder har vist sig nyttige i forhold til alle beboere – både dem, der er stille og derfor kan have en tendens til at blive overset, og i forhold til at finde nye muligheder for dem, der “fylder” meget i hverdagen.

Elementer i Ugefokus

- Fælles fokus
- Små smitsomme succeser
- Beboeren støttes i at skabe en god dag ved egen kraft
- Ugefokus ud fra beboernes vurdering
- Et fælles mål – med udgangspunkt i beboerens vurdering
- Fokus på det rehabiliterende livsmiljø og den enkelte beboer
- Refleksion og vidensdeling.

I Ugefokus er der fokus på følgende af de væsentligste konstituerende elementer i rehabilitering:

- Indsatsen er **måltrettet og tidsbestemt** – der sættes mål og gennemføres konkrete handlinger, og der evalueres inden for 14 dage
- Tilgangen er **tværfaglig** – det er centralt i Ugefokus at gennemføre en tværfaglig dialog
- Tilgangen er **baseret på viden** – den systematiske tilgang sikrer, at den bedste tilgængelige viden og kompetencer i personalegruppen bringes i spil
- Indsatsen er **koordineret** – Ugefokus aftales og koordineres på møder, og der gennemføres skriftlig og mundtlig dokumentation.
- Der er fokus på **meningsfuldhed** – i Ugefokus er det meningsfuldt, at beboeren oplever det, der har særlig betydning for at skabe en god dag. Endvidere er der øje for små succeser og beboernes ressourcer
- Ugefokus er endvidere med til at skabe **sammenhæng** i beboerens liv og i den faglige indsats bl.a. på tværs af dag-, aften- og nattevagt.

Ugefokus har i forskellige varianter været en af de gennemgående metoder hos en stor del af deltagerne på netværksmøderne, og i det følgende gennemgås erfaringer med at arbejde på denne måde. Overordnet set er det særlige ifølge deltagerne, at der er mere fokus på livskvalitet end på det selvstændige liv. Der blev samtidig givet udtryk for, at der kræves et vedholdende fokus på beboerens potentialer og et samarbejde på tværs af døgnet, og på tværs af faggrupperne, hvis indsatsen skal lykkes.

Vi tør spørge beboeren – også om drømme

“Vi er blevet bedre til at turde noget og gøre noget. Turde spørge borgeren, hvad han eller hun ønsker. Vi er blevet bedre til at tage livshistorien med. Vi husker nu at spørge borgeren, og ikke bare tage den gamle historie med – eller de pårørendes historie”, blev der sagt på et netværksmøde. Der er kommet mere fokus på, hvad beboerne kan, frem for på, hvad de ikke kan. De kan i højere grad udleve deres drømme.

Et Ugefokus kan fx handle om, at en beboer ønsker at gå på toilettet uden hjælp fra personalet. Eller for en person med en demenssygdom kan et Ugefokus handle om at få støtte til at genskabe kontakten til gamle naboer eller kollegaer.

At udarbejde og skabe dialog om en systematisk målsætning er en øvelse, som kræver tid for de fleste medarbejdere. Et måltrettet fokus – på små smitsomme succeser – og et stærkt fokus på den enkelte beboers ønsker og ressourcer er de vigtigste ingredienser.

Hvordan finder vi ud af, hvad der er betydningsfuldt for beboeren?

Netværksdeltagerne beskriver, at de eksperimenterer med form og indhold i dialogen med beboerne, når det fx handler om at sætte fokus på livskvalitet. Grundlæggende handler det om at undersøge:

- Hvad siger beboeren helt konkret om, hvad der gør hans eller hendes dag god?
- Hvad kan beboeren, eller vil gerne kunne, ved egen kraft?
- Hvad har en særlig betydning for beboerens oplevelse af en god dag – et godt liv?

Der er fokus på, hvad beboeren gerne vil have til at ske – eller hvad vedkommende gerne vil opnå at kunne gøre selv. Det er en måde at bringe selvstændighed i fokus i samtalen.

Det vigtigste er at kommunikere med beboerne i øjenhøjde. Det kan være en egentlig samtale, eller det kan være en snak om en god dag og om, hvad man kan ved egen kraft – fx i forbindelse med morgenplejen. Kan beboeren ikke selv formulere overvejelserne, kan man lave en systematisk indsamling af viden om, hvornår fx en beboer med demens har klare øjeblikke eller virker særlig opmærksom og glad.

Der findes enkelte spørgeguides, der kan støtte dialogen, og skemaer, der tjener det formål at fastholde og formidle det, en beboer er optaget af. Standardiserede test og funktionsevnevurderinger indgår desuden i nogle kommuner som konkrete faglige redskaber i Ugefokus.

Vidensopsamlingen viser også, at arbejdet med beboernes mål og fokus ikke behøver at foregå ved en samtale, blot personalet generelt udviser nysgerrighed og opmærksomhed over for, hvad de udtrykker i hverdagen. Styrken ved Ugefokus lader desuden til at være, at der kommer en større systematik i forhold til viden om og fokus på det, beboerne kan, ønsker og betragter som meningsfuldt og selvstændigt.

Udbyttet af den rehabiliterende tilgang

I det følgende handler det om erfaringer med og udbytte af at arbejde med en rehabiliterende tilgang, både ved anvendelse af Ugefokus og andre systematiske metoder, der kendetegner den samlede rehabiliterende tilgang, fx PDSA-cirkler. Vidensopsamlingen viser, at disse tilgange giver

et indblik i beboernes hverdagsliv og i medarbejdernes arbejdspraksis. På systemniveau er der ikke nødvendigvis en økonomisk besparelse, men der opnås en holdningsændring, en kulturændring og et paradigmeskift.

I forhold til dokumentation, skal den rehabiliterende tilgang først og fremmest dokumenteres i det system, den enkelte kommune anvender. Generelt for disse systemer dokumenteres indsatser og udvikling i et forløb på det individuelle niveau – fx vurdering af funktionsevne eller angivelse af, hvor glad en beboer er. Men det er vanskeligt at evaluere på de mere bløde værdier på tværs af beboerne.

Uanset at det er vanskeligt at synliggøre effekten af den rehabiliterende tilgang, var der på netværksmøderne bred tilslutning til at holde fokus på en dialog om effekten af indsatsen og fortællinger om, hvad der lykkes, for hvem det lykkes og hvorfor. Denne dialog bliver betragtet som en vigtig del af vidensdeling i hverdagen – hvad der virker, og hvornår det virker.

Vidensopsamlingen har styrket antagelsen om, at den indsats, der er igangsat i plejeboligerne, kan gøre en væsentlig forskel for beboerne – og for personalet. Der er et gennemgående fund ved opsamlingen, at den rehabiliterende tilgang gør, at beboerne oplever mere livskvalitet – fx oplevelsen af flere gode dage og mere glæde i hverdagen. Det er også registreret, at der ikke er tale om en egentlig økonomisk gevinst – fx at indsatsen kan udføres med færre personaleressourcer.

Generelt opleves beboernes svækkelse som mere og mere kompleks sammenlignet med tidligere. Den rehabiliterende tilgang har her medvirket til at øge de faglige kompetencer og bidrage til at skabe mere kvalitet i det tværfaglige samarbejde. Specifikt i forhold til Ugefokus har de systematiske og reflekterende processer medvirket til at bringe både beboernes hverdagsliv og medarbejdernes praksis i fokus. Resultatet er, at personalet oplever, at de med de samme ressourcer er i stand til at løse de mere komplekse udfordringer på en tilfredsstillende måde.

Sammenligner man med hjemmeplejen, hvor effekten typisk kan måles på ydelser, som hjemme-hjælpsmodtageren ikke længere har brug for eller ikke længere får tildelt, ses effekten i plejeboliger i delaktiviteterne, hvor beboerne til en vis grad er mere selvstændige – og i forhold til de bløde værdier, der handler om livskvalitet, psykiske og sociale forhold. Det kan fx handle om at være mere aktiv og deltagende i hverdagens valg og muligheder, at opleve sig mere inkluderet i det sociale fællesskab og være mere aktiv i samspillet med andre mennesker.

En ny kultur

At arbejde med en rehabiliterende tilgang er af mange på netværksmøderne beskrevet som “en kulturændring”. Denne ændring er, for det første, præget af et større og mere bevidst fokus på at arbejde tværfagligt. I forhold til Ugefokus udfoldes tværfagligheden i særlig grad i vidensdelingen omkring den enkelte beboer og hvad, der er vigtigt for vedkommende i hverdagen.

For det andet, har ansættelse af flere terapeuter bidraget til en kulturændring i plejeboligerne. Dette har haft betydning for det tværfaglige arbejde og medvirket til at flytte det faglige fokus i plejeboligerne fra det førnævnte “ydelses-, pasnings- og omsorgsparadigme” til et rehabiliteringsparadigme med fokus på aktivitet og deltagelse. Som det vil fremgå senere i kapitlet, har der dog også været udfordringer ved ansættelsen af flere terapeuter.

For det tredje, kommer kulturændringen til udtryk ved, at der lyttes mere til beboernes håb og ønsker: “Vi går med beboerne”, som en deltager beskrev det. Når beboerne gives større mulighed for at bestemme selv, kan medarbejderne samtidig bruge deres faglighed på nye måder. Beboeren bliver principielt ekspert i eget liv, og det er den tilgang, fagligheden skal spille op ad.

For det fjerde, beskrives kulturændringen som en effekt af at have fokus på “små smitsomme succeser” de steder, hvor der arbejdes med Ugefokus, hvilket igen hænger sammen med at stille

skarpt på det, der lykkes, frem for det, der opfattes som problemer.

Og endelig, som det femte beskrives det, at kulturændringen er båret af et stort fokus fra ledelsens side. Dette kan hænge sammen med, at både medarbejdere og ledere fra samme plejeboligen har deltaget i netværksmøderne. Dette er beskrevet som et princip, der styrker ejerskab og fremdrift i projekter (Ramian, 2013).

Dokumentation – hvad og hvordan?

I en rehabiliterende tilgang flytter fokus sig fra at “reagere i forhold til en opgave”, der skal løses, til at “agere i forhold til borgerens ønsker, mål, håb og behov”, som det blev udtrykt på et af møderne. Opmærksomheden flyttes altså fra reaktion til aktion. Det medfører også, at fokus flyttes fra at dokumentere opgaver til at dokumentere ønsker, mål, håb og behov.

Når der er tale om de mest svækkede beboere, særligt dem, der ikke kan udtrykke sig verbalt, som det ofte er tilfældet for beboere med demens, er det centralt, at der foretages systematiske iagttagelser ud fra beboerens perspektiv. Det bemærkes i denne sammenhæng, at det faglige perspektiv i plejeboligerne har ændret sig. Førhen betragtede mange medarbejdere beboerne alene ud fra en medicinsk, diagnostisk vinkel. Nu karakteriserer en medarbejder det på denne måde: “Sygdommen er en skal – inde bag er der et menneske, der har et liv og stadig lever et liv”. Øget viden har skabt et større fokus på mennesket bag sygdommen, i stedet for udelukkende på sygdommen.

Der blev derudover peget på vigtigheden af “en struktur, der sikrer, at man mødes og sikrer, at vi dokumenterer.” Vigtigst er det, at det er beboeren, og ikke arbejdsopgaver, der er i fokus. Der skal altså være en tydelig, aftalt og tidsfastsat organisering af de møder, der er omkring arbejdet og beboeren – i forhold til at anvende Ugefokus skal der fx være en rolleplan for fokusugerne.

Dokumentation handler også om at formidle til kollegaerne, så man kan skabe et fælles fokus på tværs af døgnet og på tværs af faggrupper. Det handler om at være opmærksom på gode historier, der skaber læring og engagement – fx at en beboer i kraft af den øgede opmærksomhed fra personalet oplever at blive anerkendt, og dermed selv bliver mere opmærksom på at være hjælpsom i forhold til andre beboere og personalet.

Implementering af en ny tilgang

I forhold til arbejdet med implementering af nye måder at arbejde på i en kommunal plejebolig-ramme er der utallige udfordringer. Herunder fremhæves tre af de temaer, der er blevet drøftet og behandlet i netværksarbejdet:

1 Vi siger det samme, men mener noget forskelligt

“Børster beboeren selv tænder?” havde terapeuten spurgt. “Ja!” blev der svaret. Det viste sig, at medarbejderen først havde åbnet for vandet, taget tandpasta på tandbørsten og til sidst bad beboeren om at tage tandbørsten ind i munden og børste tænderne. Beboeren havde så selv børstet tænderne. Men fra terapeuten gik spørgsmålet på, om beboeren havde udført alle processerne i tandbørstningen. Dette eksempel illustrerer meget godt, hvilke udfordringer det tværfaglige samarbejde kan rumme. Det er nødvendigt at udvikle fælles forståelse og begreber og at have fortsat opmærksomhed på udvikling af tværfagligheden. Det at sætte mål sammen er centralt. Konkrete og enkle mål omkring en beboer med udgangspunkt i beboerens vurdering – i samspil med personalet – er kernen i tværfaglighed og i en rehabiliterende tilgang.

2 Tværfaglighed – eller blot flerfaglighed?

Tværfaglighed handler i en rehabiliteringsforståelse blandt andet om, at man i teamet opstiller et fælles og koordineret mål sammen med beboeren og i samarbejde udvikler en vej hen mod dette mål. Men hvis alle faggrupper

(terapeut, sygeplejerske og plejepersonale) arbejder med udgangspunkt i flerfaglighed, og ikke tværfaglighed, er der dog stor risiko for, at helheden og den koordinerende, samlede indsats ikke ses gennemført. En flerfaglig tilgang forstås her som den indsats, der leveres af den enkelte fagperson, der møder beboeren, intervenserer og forlader vedkommende igen, efter indsatsen er afsluttet. Der er således stor risiko for, at hver faggruppe arbejder mod forskellige, og ikke koordinerede, mål.

Terapeuterne som faggruppe refererede desuden på de første netværksmøder, at de blev mødt med forventninger om, at den rehabiliterende tilgang var et fokus, som de i særlig grad skulle tage sig af. Der opstod følgende udtryk: “Når terapeuterne går ud af døren, går den rehabiliterende tilgang også ud af døren.” Efter to et halvt år med mange terapeuter ansat i plejeboligerne er der i netværket enighed om, at den rehabiliterende tilgang kræver medvirken af alle faggrupper, og at denne tilgang har bidraget til et bedre tværfagligt samarbejde.

3 Lederrollen og vidensdeling

Tværfaglighed kræver et særligt ledelsesfokus. Med udgangspunkt i at arbejde med Ugefokus blev lederrollen bl.a. defineret på denne måde på et af møderne: “Det er ikke så afgørende at træffe ledelsesmæssige beslutninger; det handler mere om at italesætte den rehabiliterende tilgang og facilitere dialogen og fortællingen om den rehabiliterende tilgang samt skabe rammer for, at Ugefokus kan gennemføres.” Når det lykkes for én beboer, hvordan får vi det så til at lykkes for den næste? Det er vigtigt, at man prøver, selvom man ikke lige umiddelbart kan se de nye muligheder.

Vidensdeling og refleksion blev peget på som centrale elementer for at lykkes med den rehabiliterende tilgang, og i den sammenhæng handler lederrollen om at være en formidler. Det samme gælder for terapeuterne, der typisk er tilknyttet flere plejeboligheder og derfor har eksempler

og erfaringer med fra beboere i andre enheder. Formidling af disse erfaringer er vigtig og anses som motiverende.

Afrunding

Den rehabiliterende tilgang beskrives som udtryk for et paradigmeskifte – en ny måde at tænke og handle på. I vidensopsamlingen, der danner baggrund for dette kapitel, bekræftes dette ved, at der hele tiden vendes tilbage til, at det grundlæggende handler om kultur og holdninger.

Vidensopsamlingen har styrket antagelsen om, at det er muligt at arbejde med kulturændringer, der på samme tid skaber mere liv og bedre liv for både beboere og ansatte i plejeboliger. Fokus har ændret sig fra at være opgave- og problemorienteret til at være mulighedssøgende og værdighedsstøttende.

Det er ultimativt vigtigt, at forandringerne medfører en ledelsesmæssig prioritering og opbakning og en bevidst organisatorisk forankring. Når disse elementer er i spil, skabes der mulighed for at tage konstruktive skridt i denne kulturændring. Det kan fx dreje sig om rammer for italesættelsen af, og mulighed for dialog om, de

aktuelle og konkrete forandringer, der skal iværksættes.

Det er i den forbindelse centralt at have fokus på beboeren som et menneske, der har et potentiale samt håb og drømme om og for tilværelsen i en plejebolig. Et menneske med håb og drømme, der kan støttes gennem et fælles fokus på små smitsomme succeser, hvor beboeren ved brug af egen kraft skaber en god dag – med fokus på det, der for ham eller hende har særlig betydning.

Forslag til videre læsning

Hjortbak, BR, Bangshaab, J, Sau, J & Lund, H (2011). *Udfordringer til rehabilitering i Danmark*. Aarhus: Rehabiliteringsforum Danmark.

Maribo, T & Nielsen, CV (2016). *Rehabilitering – en grundbog*. København: Gads Forlag.

Tonnesen, M, Erenbjerg, M & Nejdum, HL (2012). *Grib Hverdagen – et arbejdshæfte til hjemmetrænere*. Aarhus: Aarhus Kommune. Kan hentes på: <https://www.aarhus.dk/-/media/eDoc/1/C/7/1C7D15C8746FF723C1257B03004824B6attach3.pdf> [15. september 2016].

Referencer

Holmgaard, AP (2014). *Velfærd under ombygning – fra service til selvstændighed*. København: Gyldendal Business.

Jensen, KE (2016). *Hverdagsrehabilitering.dk. En hverdagsrehabiliterende tilgang på plejecentre*. Kan hentes på: www.hverdagsrehabilitering.dk. [29. juni 2016].

Jensen, L (2012). *Hverdagsrehabilitering – Hvem og hvad inkluderes eller ekskluderes v/ Lilly Jensen*. Oplæg på Femte Nationale Rehabiliteringskonference, 30. oktober 2012 (Upubliceret).

Ramian, K (2013). Praksisbaseret forskning i videnskabelige netværk – opdatering. I *Vidensbaseret Arbejde* (1). Kan hentes på: <http://knudramian.pbworks.com/w/file/63856646/Praksisforskning%20i%20visnet%203%20redigeret.pdf>. [29. juni 2016].

Sau, J et al. (2004). *Hvidbog om Rehabiliteringsbegrebet*. Århus: Marselisborgcentret & Rehabiliteringsforum Danmark.

De små skridts vej til bedre hverdage på plejecentret

En introduktion til Forandringscirklen

Det kan være en udfordring at arbejde systematisk med at få et solidt fagligt fokus på den gode hverdag i plejeboligen. I dette kapitel præsenteres en metode til at gøre netop dette. Gennem VEGA-netværkets projekt "Mere liv i gamles hverdag" er gennembrudsmetoden afprøvet på en række plejecentre som et internt fagligt værktøj til, med små, systematiske forandringer, at skabe rum for en mere indholdsrig hverdag for beboere på plejecentre.

Kapitlet beskriver gennembrudsmetodens baggrund og elementer, med særligt fokus på PDSA-cirkelns muligheder og begrænsninger i forhold til at skabe fælles fokus, arbejde med overskuelige ændringer, sikre evaluering af igangsatte forandringer og involvere hele medarbejdergruppen i forandringsprocesser.

Kapitlet kan med fordel læses sammen med kapitlet "Hverdagslivet – en livsvigtig opgave" af Ole Mygind, Jette Bangshåb og Knud Ramian.

Emma Winther

Diplomuddannelse i ledelse. Centerleder på Ældrecenteret Kastaniahaven i Vejle Kommune. Tidl. afdelingsleder på Social- og Sundhedsskolen i Herning.

Birgitte Højlund

Ergoterapeut. Diplomuddannelse i sociologi. Master i voksenuddannelse. Projektleder inden for ældreområdet i Syddjurs Kommune.

Begge forfattere er tovholdere på netværket VEGA Praxis.

Fra kroppens forfald til det levede liv

I dette kapitel introduceres en metode til at flytte det faglige blik fra kroppens forfald til det levede liv på et plejecenter. Kapitlet tager udgangspunkt i læringsteori, teori om arbejdspladskultur og implementering af ny praksis i sundhedsvæsenet. Eksemplerne stammer fra en lang række projekter med fokus på gamle menneskers hverdagsliv på danske plejecentre i årene 2007-2015.

Der er flere grunde til, at det giver mening at få mere fokus på hverdagslivet på plejecentrene. Når man ser på gruppen af svækkede ældre beboere, er det et faktum, at kroppens forfald er et uundgåeligt vilkår. Uanset hvor meget der sættes ind med rehabiliterende indsatser, medicin og god mad, så vil kroppen langsomt forfalde og til sidst give op. Det er for os alle et livsvilkår, som det kan være ganske svært at erkende og acceptere. Der er i dag et meget stærkt fokus på at forsinke kroppens forfald, og det giver god mening for langt de fleste gamle mennesker. Men når kroppens funktion, eller mangel på samme, fylder uforholdsvist meget i hverdagen på plejecentret, bliver der mindre overskud til at få øje på og dyrke det, der stadig kan give hverdagen værdi for den enkelte.

I forbindelse med Ældrekommissionens arbejde i 2012 blev der gennemført en undersøgelse af omsorg og livskvalitet i plejeboliger. Undersøgelsen omfattede 294 beboere i plejeboliger, deres pårørende og medarbejdere omkring dem. Den viste, at beboernes livskvalitet ved indflytning i en plejebolig bliver væsentligt forbedret, når det gælder den personlige pleje og kroppens basale behov. Det er derimod svært for plejecentrene at forbedre beboernes livskvalitet i forhold til social kontakt og aktiviteter. Det hedder i opsamlingen på undersøgelsen: "En ikke ubetydelig andel af

beboerne vurderede, at de havde store behov i forhold til social kontakt og aktiviteter, og det synes at være i forhold til disse domæner, at plejeboligen især bør forbedre indsatsen" (Rostgaard et al., 2012, s. 114).

Da det således er dokumenteret, at medarbejdere på plejecentre er rigtig gode til at sørge for kroppens behov, giver det god mening at flytte blikket til det, der ikke går helt så godt, og spørge: Hvordan løfter vi blikket fra kroppens forfald og får øje på indholdet og kvaliteten af det levede liv? Det betyder ikke, at kroppen skal glemmes. Kvaliteten af det levede liv afhænger i høj grad af kroppens aktuelle tilstand. Men kroppens forfald og begrænsninger er blot én ud af de utallige udfordringer, som skal imødekommes for at få hverdagen til at give mening i alderdommen. Tab af indhold i hverdagen, følelsen af at være overflødig og hjælpeløs og manglen på tætte relationer er alderdommens egentlige plager, ifølge grundlæggeren af Eden Alternative, lægen William Thomas (Thomas, 2007)*.

Det faglige blik på beboernes liv

Mange steder arbejdes der på at få mere fokus på den gode hverdag for beboerne, men det er ikke helt så let, som det lyder. Det paradoksale er, at vi alle kender til hverdagslivet og dets betydning – for vi har alle sammen et hverdagsliv. Måske netop derfor har det været svært at professionalisere arbejdet med at skabe gode hverdage. Når man tager en uddannelse, kan man komme til at aflære noget af den gode lærdom, man har med sig hjemmefra, eller frakoble denne viden fra sin profession (Dahl, 2000). Familien bliver til *de pårørende*, mad bliver til *ernæring* og aftensmaden til en *spisesituation* med fokus på underernæring.

*) 'Eden Alternative' blev skabt i plejehjemmet Chase Memorial i staten New York i begyndelsen af 1990'erne af lægen og geriatren Dr. W.H. Thomas og hans hustru, gennem et treårigt demensprojekt. Filosofien bag er forankret i den overbevisning, at alderdommen bør være en periode med fortsat vækst og udvikling og ikke kun en periode med forfald. I første omgang har Eden Alternative fokus på at skabe forandringer for mennesker, fortrinsvis i høj alder, som bor i plejebolig (www.edendenmark.dk).

Ca. 30.000 medarbejdere på danske plejecentre har en social- og sundhedsuddannelse, og de udgør dermed langt den største faggruppe. Social- og sundhedsfaget er et forholdsvis nyt fag, som har haft kort tid til at opbygge en selvstændig faglig identitet. Uddannelsen er bygget op omkring viden fra især sygepleje- og terapeutfaget. De fleste plejecenterledere har en sygeplejefaglig baggrund, og dermed et fagligt fokus på den enkelte beboers fysiske og psykiske sundhedstilstand. I de senere år har terapeutgruppen fået en større plads på plejecentrene, og den rehabiliterende tilgang har fået en opblomstring. Men også denne tilgang har blikket rettet mod beboernes svigtende funktionsniveau. Der mangler faglige metoder og begreber, der kan beskrive og måle kvaliteten af hverdagene, og som kan dokumentere, fx i forbindelse med tilsyn, at der rent faktisk arbejdes professionelt med at forbedre beboernes hverdag.

Når man skal arbejde med hverdagslivet, skal man "rehabiliterer hverdagene" – ikke kun beboerne (Ramian et al., 2013). Det betyder, at man skal udvide det faglige blik fra den enkeltes krop til også at omfatte det sociale samspil beboerne imellem, det fysiske miljø, personalets organisering af rutiner og arbejdsgange og den enkelte beboers oplevelse af hverdagen. At have fokus på hverdagslivet betyder at forholde sig professionelt til, og tage udgangspunkt i, hvordan beboerne oplever *dagens orden, tidens fylde, stjernestunderne og det daglige råderum*. Disse begreber er udviklet i forbindelse med projektet "Det afhængige hverdagsliv", som havde som mål at udvikle begreber og metoder til social- og sundhedsfaget (Elbrønd, 2000).

I VEGA-netværkets projekt "Mere liv i Gamles Hverdag" blev forslag om at involvere beboerne mere i deres eget hverdagsliv ofte mødt med kommentarer fra personalet som: "Det kan ikke lade sig gøre hos os, for vores beboere er så dårlige", eller: "Vores beboere vil ikke skrælle kartofler, de har lavet nok i deres liv" (Ramian, 2010). Denne tilgang har fokus på beboernes begrænsede fysiske muligheder og på en faglig forståelse

af involvering som en synlig, fysisk aktivitet. Men uanset hvor lavt funktionsniveau beboerne har, er det ikke funktionsniveauet, der afgør, om kvaliteten af hverdagslivet er i fokus på plejecentret. Involvering er meget mere end en opfordring til at skrælle kartofler. Det handler om det faglige blik og om, at det, man har sit faglige fokus på, bliver der mere af (Dung & Højlund, 2010).

Det kræver en bevidst og systematisk indsats at ændre sit faglige fokus, og i det følgende beskrives en af de metoder, der kan bruges til at implementere og dokumentere en ny praksis med fokus på kvaliteten af beboers hverdag.

Forandringscirklen og gennembrudsmodellen

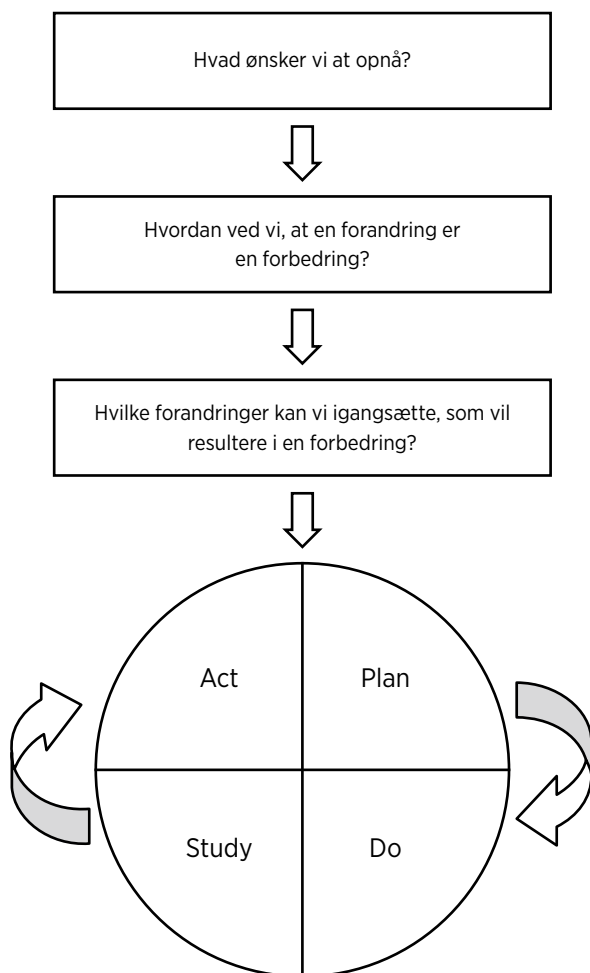
Forandringscirklen er et simpelt redskab, som kan bruges til systematisk at afprøve, tilpasse, fastholde og dokumentere ændringer i den daglige praksis i institutionssammenhænge. Forandringscirklen er en dansk udgave af PDSA-cirklen, som blev tilpasset ældreområdet i VEGA-netværkets treårige projekt "Mere liv i gamles hverdag" (Ramian, 2010).

PDSA-cirklen (plan-do-study-act) blev udviklet i midten af 1980'erne i den japanske bilindustri med det formål at strømline arbejdsprocesser. Senere blev PDSA-cirklen en del af *The Model for Improvement*, der via USA har fundet vej til Danmark som en model for kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet. Her har Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland introduceret PDSA-cirklen som en del af *Gennembrudsmodellen* og siden 2004 anvendt den i en række udviklingsprojekter inden for sygehusvæsenet og socialpsykiatrien*.

Gennembrudsmodellen går ud på at indsamle viden om "best practice" og derefter omsætte denne viden til lokale forhold via gentagne afprøvninger af små forandringer og gennem erfaringsudveksling i netværk. PDSA-cirklen er således kun en del af hele metoden.

* Læs mere om projekterne og arbejdet med gennembrudsmodellen på www.cfk.rm.dk

Første fase i modellen er en *Forberedelsesfase*. Her afklares, hvad den overordnede målsætning med indsatsen er, og der gøres status over den viden og de erfaringer, der er på området. Nedenstående tre spørgsmål skal besvares, inden forandringer igangsættes:



Når målsætningen er klar for alle, kan forandringscirklerne sættes i gang. Processens fire trin beskrives således:

Trin 1. PLAN (P): Planlæg en forandring.

Formuler et spørgsmål eller en arbejdshypotese. Beskriv, hvem der gør hvad, hvornår og hvordan, herunder hvornår eksperimentet afsluttes og evalueres.

Trin 2. DO (D): Gennemfør forandringen – det må gerne være en ganske lille forandring, og i en kort periode. Dokumentér undervejs, hvad der sker.

Trin 3. STUDY (S): Undersøg resultatet: Hvad har vi lært, hvad gik godt, hvad gik evt. galt? Saml alle oplysninger, analysér dem og lav en konklusion i forhold til arbejdshypotesen.

Trin 4. ACT (A): Indfør forandringen, opgiv den eller gennemfør en ny cirkel, evt. med udvidelse af tiltaget. Hvilke ændringer skal foretages? Hvad skal den næste cirkel handle om? (Bro et al., 2010).

Undervejs i forløbet afholdes et antal læringsseminarer, hvor deltagerne udveksler erfaringer. Sidste fase i modellen er en *Spredningsfase*, hvor erfaringer formidles af deltagerne og spredes til andre arbejdspladser.

PDSA-cirklen kan betegnes som en pragmatisk metode til at teste forandringer i komplekse systemer. De fire trin kan sammenlignes med et eksperiment, hvor der opstilles en hypotese, indsamles data, data analyseres og vurderes, hvorefter hypotesen af- eller bekræftes, og en ny hypotese formuleres (Taylor et al., 2013).

PDSA-cirklen og *The Model for Improvement* anvendes i dag i 50 lande verden over til kvalitetsudvikling inden for sundhedsvæsenet. En engelsk forskergruppe har i 2013 indsamlet og gennemgået 73 videnskabelige artikler om anvendelsen af PDSA-cirklen i forskellige lande. På baggrund af gennemgangen opstilles fem kriterier for brugen af PDSA-cirkler:

- 1 Der er tale om fortløbende proces, hvor den ene cirkel bygger videre på den anden. Læring fra den første cirkel integreres i den næste. "Mislykkede" cirkler fører også til læring.
- 2 I første trin opstilles en arbejdshypotese om, hvad man forventer at få ud af forsøget.
- 3 Der er tale om små-skala-forsøg i kort tid og kun én forandring pr. cirkel.
- 4 Der indsamles data over tid.
- 5 Alle trin i PDSA-cirklen dokumenteres.

Forskerne konkluderer, at kun to ud af de beskrevne PDSA-projekter i de 73 artikler opfylder alle kriterierne. Der er især to mangler i forhold til ovenstående kriterier. For det første opstilles der sjældent en hypotese om resultatet, for det andet

arbejdes der ikke med gentagne cirkler i forhold til den enkelte forandring, og forskerne efterlyser derfor en større grad af stringens og systematik i brugen af metoden (Taylor et al., 2014).

Forandringscirklen som metode til at sætte fokus på hverdagslivet

I forbindelse med VEGA-projektet *Mere liv i Gamles Hverdag* (Ramian, 2010) blev der arbejdet med en tilpasset udgave af PDSA-cirklen. Det primære formål med projektet var at skabe mere liv i gamle menneskers hverdag på plejecentre. Der blev arbejdet i fire delprojekter om henholdsvis *udeliv, hverdagens samtaler, madlavning og aftenlivet*. Ambitionen var undervejs at udvikle en udgave af PDSA-cirklen, som var anvendelig inden for ældreområdet, samt at oversætte de fire trin til dansk. Den fik navnet Forandringscirklen. Cirklen blev til en firkant og et arbejdsark, man kunne skrive i (figur 1).

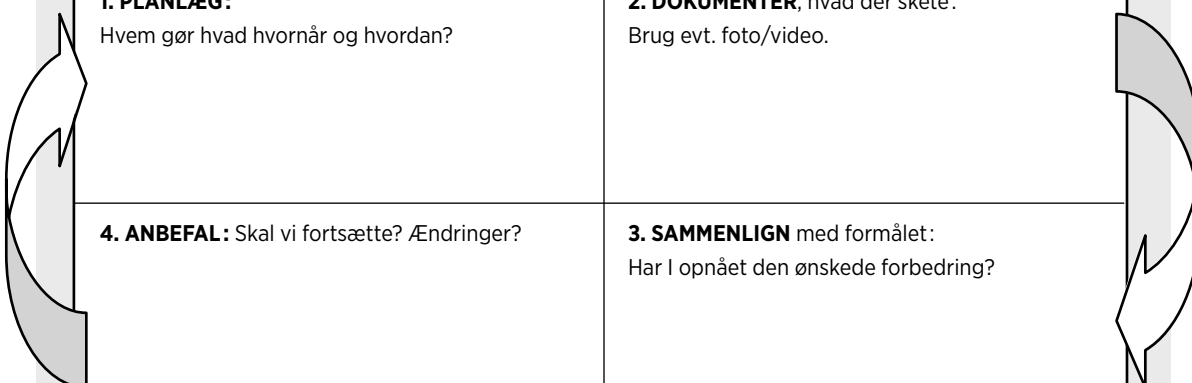
Medarbejdere på de involverede plejecentre i projektet gennemførte i forløbet omkring 100 For-

andringscirkler, hvor de i en kontinuerlig proces testede ganske små forandringer, som var med til at skabe mere liv i hverdagen for beboerne.

I delprojektet *Liv i Køkkenet* (Højlund, 2010) blev der i starten arbejdet med involvering af beboere i små opgaver omkring måltiderne: borddækning, afrydning, opvask, kartoffelskrælning osv. Det var tydeligt, at medarbejdernes fokus i begyndelsen var på den enkelte beboers muligheder for at deltage aktivt i forskellige hverdagsaktiviteter. Undervejs i projektet blev der arbejdet bevidst med at flytte fokus fra beboernes ressourcer og begrænsninger til de fysiske rammer, det sociale samspil beboerne imellem og personalets arbejdsrutiner og deres indflydelse på beboernes hverdagsliv. Der blev skabt en større forståelse for, at det ikke nødvendigvis var beboernes manglende fysiske og psykiske ressourcer, der forhindrede det gode hverdagsliv i at udfolde sig. Cirklerne handlede i sidste del af projektperioden mere om forsøg med at ændre indretning af spisemiljøet, om den gode samtale ved bordet, beboernes indflydelse på menuen og personalets rolle og opgaver i forbindelse med måltiderne. Som en

Figur 1 | Forandringscirklen som arbejdsark

FORANDRINGSCIRKEL	
Testperiode:	Tovholder:
FORSØG: Hvilken forandring skal afprøves?	FORMÅL: Hvilken forbedring vil I opnå?
1. PLANLÆG: Hvem gør hvad hvornår og hvordan?	2. DOKUMENTÉR, hvad der skete: Brug evt. foto/video.
4. ANBEFAL: Skal vi fortsætte? Ændringer?	3. SAMMENLIGN med formålet: Har I opnået den ønskede forbedring?



social- og sundhedsassistent sagde ved evalueringen: *“Jeg har fundet ud af, at det vigtigste er ikke, om beboerne kan, men om personalet vil!”* (Dung & Højlund, 2010).

Organisatorisk læring gennem arbejdet med Forandringscirklen

Forandringscirklen tilgang understøtter en eksperimenterende arbejdskultur, hvor forandringer hurtigt kan evalueres, og nye tiltag kan tilpasses den lokale kontekst – eller de kan forkastes, uden at der er brugt mange ressourcer. Det giver mulighed for en dynamisk proces, hvor såvel ny viden som medarbejdernes egne ideer til forbedringer kan testes systematisk og tilpasses den komplekse sociale virkelighed, de skal fungere i.

I en arbejdskultur, der er præget af et stort flow af personale med et forholdsvis højt sygefravær, hvor mange arbejder i skiftende vagter og fortrinsvis er ansat i deltidstillinger, kan det være overordentlig svært at sikre, at alle arbejder mod samme mål. Mange ideer dør, næsten før de er prøvet af. I projektforsøgene har vi oplevet, hvordan den ene aften vagt kunne mene, at beboerne selv skulle smøre deres aftensmad. Hun satte fadene på bordet og hjalp beboerne med at vælge pålæg og smøre mad. Næste aften var det et andet hold, som var enige om, at det havde man ikke tid til – og så ændrede de praksis igen. Til frustration for både kolleger og beboere, som måtte indrette sig efter de forskellige måder, hverdagen blev organiseret på, afhængigt af personalebemandingen den dag (Ramian, 2010 & Højlund, 2010). Arbejdet med forandringscirklerne egner sig til at skabe kontinuerlig læring i teams og over tid ændre arbejdskulturen. Læringssynet bag metoden tager udgangspunkt i, at enhver forandring skal tilpasses den sociale sammenhæng, som den skal indgå i. Ledelsen kan udstikke mål og en ønsket forbedring, men det er teamet på arbejdspladsen, der udvælger og tester de forandringer, der kan skabe den ønskede forbedring. Det kræver en ledelse, som tør uddelegere en væsentlig del af ansvaret til teamet.

Når der arbejdes med små-skala-forsøg i korte perioder, betyder det, at der skabes en “tilpas forstyrrelse” som grundlag for læring. Udfordringen skal hverken være for stor eller for lille for at ramme den nærmeste udviklingszone i medarbejdergruppen (Lindquist, 2004). Ved at dyrke princippet “småt er godt” og understrege, at cirkler, der ikke lykkes, kan være lige så lærerige som dem med positivt resultat, inviteres alle med på at eksperimentere. Derved undgår man dels at skabe unødvendig uro, usikkerhed og projekttræthed på arbejdspladsen, dels øger man chancen for succes, hvilket i sig selv er motiverende.

Betegnelsen “de små skridts metode” betyder helt konkret, at der arbejdes med små ændringer, som afprøves og evalueres inden for en overskuelig tidsramme, og kun med én ændring ad gangen. Erfaringsmæssigt kan det være svært at holde ambitionsniveauet nede og sikre, at hver Forandringscirkel kun repræsenterer en enkelt forandring og ikke flere. Her kan der være behov for ledelsesmæssig støtte til at sikre, at de forandringer, der arbejdes med, ikke er for store. Det er vigtigere, at teamet oplever en kontinuerlig bevægelse frem mod en bedre praksis, end at der sker store forandringer på kort tid. Hvis alle medarbejdere kender til metoden, kan arbejdet med Forandringscirkler tages frem i perioder, hvor man ønsker et særligt fokus eller implementering af en ny praksis. På nogle arbejdspladser er Forandringscirklen dog blevet et integreret redskab til kvalitetsudvikling, og her er der altid en cirkel i gang.

Tovholderne og teamet

Ved at anvende Forandringscirklen forpligter teamet hinanden på at give eksperimentet en chance i en periode. Mindst to, og gerne op til fire medarbejdere, skal forpligtes som tovholdere på en cirkel for at sikre gennemslagskraften i hele teamet. Tovholderne er ansvarlige for, at de forandringer, der bliver sat i gang, bliver evalueret, og eksperimentet afsluttes igen. Erfaringsmæssigt fungerer det bedst, hvis det er tovholderne, der udfylder felterne i cirklen, men resten af teamet

skal involveres i at indsamle data under forsøget. Det kan ske ved, at der oprettes en logbog, som skiftende vagter kan notere i, eller ved, at alle i teamet opfordres til at dokumentere indsatsen ved fx at tage billeder af den nye situation.

Arbejdet med at igangsætte og evaluere cirklerne bør integreres i teamets eksisterende mødekultur; men hvis det for alvor skal lykkes at skabe forandring, må der også afsættes ekstra tid til tovholderens arbejde med at udfylde alle fire felter på arbejdsarket. Uden ledelsesmæssig opbakning til at integrere arbejdet i hverdagen lykkes denne udfordring ikke.

Dokumentation af udviklingsarbejde

Dokumentationskravet er højt i dag, og ikke alt dokumentationsarbejde opleves som meningsfyldt. Hvis arbejdet med Forandringscirklerne skal have succes, må det konkrete skrivearbejde ikke opfattes som en ny, formaliseret dokumentationsopgave. Arbejdsarket med cirklen er først og fremmest et internt, fagligt redskab. Samtidig har det vist sig, at Forandringscirklen faktisk er meget velegnet til at dokumentere både internt og udadtil, at man arbejder med kontinuerlig kvalitetsudvikling. Det gør sig især gældende på områder, som normalt ikke dokumenteres i journalsystemet, fx hvis man har besluttet at implementere nye rutiner for at forbedre beboernes hverdagsliv i fællesarealerne. Indsatser, der retter sig mod gruppen, fx omkring måltiderne, udelivet eller aftenene i fællesrummet, er vanskelige at dokumentere i et journalsystem, som tager sit udgangspunkt i den enkeltes CPR-nummer og dermed er individorienteret.

Det betyder ikke, at man ikke kan anvende Forandringscirklen i forhold til en enkelt beboer. Her kan den bruges til systematisk afprøvning af forskellige muligheder forud for en handleplan. Især i omsorgen for borgere med en demenssygdom kan det være nødvendigt at afprøve forskellige måder at hjælpe på, inden man beslutter sig for, hvilken løsning der er den bedste. Hvis et tiltag

har været en succes, kan det enten følges op af en ny cirkel, som udvider indsatsen – eller den nye praksis skrives ind i den tværfaglige døgn- og handleplan i den elektroniske journal. Det nye tiltag er herefter ikke længere et eksperiment, men en integreret del af den daglige praksis. Alle cirkler skal afsluttes.

I forsøget på at minimere kravet om skriftlighed i en travl hverdag blev der i projekterne eksperimenteret med at dokumentere forandringer og forbedringer via fotos og videoklip frem for tekst. Denne form for dokumentation blev af mange medarbejdere oplevet som en god udfordring, der gav oplagte muligheder for at kommunikere positive narrativer – både til pårørende og udadtil. Visuel dokumentation kan anvendes til at støtte beboers hukommelse og som motivationsfaktor fx i forhold til den daglige træning. Hvis man vil bruge visuel dokumentation, kræver det en konkret, nedfældet aftale med hver enkelt beboer og en drøftelse i teamet af hvilke billeder, det er rimeligt at tage, og hvem de kan deles med, uanset beboers tilladelse. Det kan være en god investering at give medarbejderne et kort fotokursus med en professionel fotograf, så kvaliteten af billederne bliver så god som mulig.

Langtidseffekten

Gennembrudsmodellen og PDSA-cirklen er en internationalt anerkendt og enkel metode til at arbejde med forandringsprocesser i en organisatorisk sammenhæng. Gennem VEGA-netværkets projekter er metoden blevet introduceret inden for ældreområdet, hvor arbejdet med de små skridt og Forandringscirklen har vist sig at kunne skabe ændringer i arbejdskulturen, som over tid kan flytte fokus fra kroppens forfald og beboers manglende ressourcer – til kvaliteten af det levede hverdagsliv i plejeboligen.

Forandringscirklen kan ikke skabe forandring alene. Det kan være svært at fastholde en ny praksis over tid, og der er en tilbøjelighed til at falde tilbage til gamle rutiner. En velegnet metode til at fastholde fokus over tid og holde engage-

mentet oppe er, at medarbejderne formidler deres erfaringer til kolleger. Det forpligter at stille sig op over for kolleger og fortælle gode historier fra sin arbejdsplads, og formidlingen er med til at flytte fokus fra det problemorienterede til mulighederne for at tænke nyt (Dung & Højlund, 2010). I VEGA-netværket har arbejdet med gennembrudsmodellen ført til dannelse af et praksisnetværk mellem en række plejecentre, hvor medarbejdere lærer af hinanden gennem målrettede studiebesøg. Her bruges Forandringscirklen til både forberedelse af studiebesøg og til at gennemføre forsøg med at afprøve andres ideer på sin egen arbejdsplads*.

De små skridts metode er velegnet til at engagere hele personalegruppen i at forbedre praksis. Det er en metode til at fremme medarbejderdrevet innovation og det faglige engagement i en personalegruppe. I bedste fald kan det lykkes at skabe en arbejdsplads, hvor ny viden udefra og den enkelte medarbejders gode ideer er med til at skabe en stadig udvikling, og hvor der ikke er langt fra den gode idé til en konkret afprøvning. Erfaringer fra VEGA-netværkets projekter viser,

at dette kan skabe en betydelig faglig stolthed og forøge arbejdsglæden for den enkelte medarbejder (Ramian, 2010).

Forslag til videre læsning

Bro, F, Ravn, B & Vedsted, P (2010).

Gennembrudsmodellen er en metode til at skabe forandringer. *Ugeskrift for læger* 172(10):794-797.

Højlund, B (2010). *Liv i køkkenet*. Odense:

Erhvervsskolernes Forlag. (Arbejdshæfte + film).

Ramian, K, Dyrholm, I-L & Elbrønd, M (2013).

Rehabilitering af hverdage. *Gerontologi*, 29(1):8-11

Ramian, K (2010). *Spredning af medarbejderdrevet innovation – når frontpersonalet fortæller*. Aarhus: VEGA-netværket.

*) For mere information om VEGA-netværket, kontakt forfatterne af kapitlet, Emma Winther, emmwi@vejle.dk og Birgitte Højlund, bhpe@syddjurs.dk

Referencer

Bro, F, Ravn, B & Vedsted, P (2010).

Gennembrudsmodellen er en metode til at skabe forandringer. *Ugeskrift for læger* 172(10):794-797.

Dahl, HM (2000). *Mellem pest og kolera – faglighed i social- og sundhedshjælperuddannelsen*.

København: FOA.

Dung, T & Højlund, B (2010). Medarbejderdreven innovation giver nyt liv på plejecentre.

Gerontologi 26(4):4-7.

Elbrønd, M (2000). *Det afhængige hverdagsliv – case-baserede studier af hverdage, som er et arbejdsmæssigt anliggende for andre*. Herning: Social og Sundhedsskolen.

Højlund, B (2010). *Liv i køkkenet*.

Odense: Erhvervsskolernes Forlag.

Lindquist, G (red.) (2004): *Vygotskij om læring som udviklingsvilkår*. Aarhus: Klim.

Ramian, K (2010). *Mere liv i gamles hverdag*.

Aarhus: Center for kvalitetsudvikling, Region Midtjylland.

Ramian, K, Dyrholm, I-L & Elbrønd, M (2013).

Rehabilitering af hverdage. *Gerontologi* 29(1):8-11.

Rostgaard, T, Brünner, RN & Fridberg, T (2012).

Livskvalitet og omsorg i plejeboliger. København: SFI.

Taylor, MJ, McNicholas, C, Nicolay, C, Darzi, A, Bell, D & Reed, JE (2014). Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual Saf* 23:290-298.

Thomas, WH (2007). *Liv værd at leve*.

Aarhus: Erhvervsskolernes Forlag.