

Arcada Working Papers 2/2016

ISSN 2342-3064

ISBN 978-952-5260-69-4



# Healthy Ageing

## Nordiska perspektiv på äldres hälsa och främjande av äldres hälsa

Bettina Stenbock-Hult<sup>1</sup>, Anneli Sarvimäki<sup>2</sup> (Red.)

### INNEHÅLL

Bettina Stenbock-Hult <b>Introduktion</b> .....	3
Bettina Stenbock-Hult, Anneli Sarvimäki <b>Healthy Ageing – begrepp och värdegrund</b> .....	6
Johanne Lind Rasmussen <b>Aldersdiskrimination – Ageism. En trussel mod Healthy Ageing</b> .....	13
Anne Clancy <b>Steder rommer elementene. Det nordlige mennesket og stedets betydning for helse og velbefinnende</b> .....	20
Helena Hörder <b>En kapabilitetsansats till Healthy Ageing</b> .....	26
Anne Liveng <b>Fra arbejde til pensionistliv. Transitioner i det sene liv udforsket gennem Visual Matrix metoden</b> .....	33

<sup>1</sup> Yrkeshögskolan Arcada, Finland, Institutionen för hälsa och välfärd [bettina.stenbock-hult@arcada.fi]

<sup>2</sup> Äldreinstitutionen, Finland [anneli.sarvimaki@ikainstituutti.fi]

Aud Johannessen, Anne-Sofie Helvik	
<b>Bruk og averforbruk av alkohol blands eldre.....</b>	<b>41</b>
Aud Johannessen	
<b>Demens.....</b>	<b>49</b>
Marianne Mahler	
<b>At være pårørende til menneske, der bor på plejehjem.....</b>	<b>54</b>
Nina Simonsen	
<b>Närsamhället som hälsofrämjande arena för de äldre.....</b>	<b>59</b>

# Introduktion

Bettina Stenbock-Hult<sup>1</sup>

## Sammandrag

Texten ger en kort presentation av det nordiska nätverket för forskning i hälsofrämjande (NHPRN). Tyngdpunkten är på en av nätverkets grupper, d.v.s. *Healthy Ageing*. De olika *Working Paper* -texterna sätts i ett sammanhang.

**Nyckelord:** NHPRN, WHO, healthy ageing

## 1 DET NORDISKA NÄTVERKET FÖR FORSKNING I HÄLSOFRÄMJANDE

Sammanställningen av Working Papers om *healthy ageing* har tillkommit inom gruppen med samma namn inom det större nätverket The Nordic Health Promotion Network (NHPRN). Nätverket startade år 2007 i anslutning till Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap (NHV) i Göteborg.<sup>2</sup>

Nätverket har som syfte att utveckla den teoretiska förståelsen av hälsofrämjande, att utveckla nordiskt forsknings-samarbete inom hälsofrämjande, att samarbeta med de nordiska konferenserna i hälsofrämjande och att stöda nordisk forskarutbildning inom hälsofrämjande. Forskare och forskarstuderande från de nordiska länderna ingår i nätverket, som träffas två gånger per år. Arbetsformerna består av seminarier, föreläsningar, diskussioner och publikationsverksamhet. (Ringsberg 2015.)

Nätverket har ända sedan starten utgått från Världshälsoorganisationens (WHO) syn på hälsa och hälsofrämjande. Det betyder att hälsa definieras i termer av välbefinnande snarare än avsaknad av sjukdom (WHO 1948) och att hälsofrämjande innebär att göra det möjligt för individer att ta kontroll över och förbättra sin hälsa (WHO 1986).

---

<sup>1</sup> Yrkeshögskolan Arcada, Finland, Institutionen för hälsa och välfärd [bettina.stenbock-hult@arcada.fi]

<sup>2</sup> NHV verkade åren 1953 – 2014.

Hälsofrämjande är ett viktigt instrument för att minska ojämlikhet, stärka de mänskliga rättigheterna och bygga upp socialt kapital. Genom hälsofrämjande åtgärder kanaliseras resurser till de faktorer som inverkar på befolkningens hälsa. Dessa resurser omfattar alla nivåer och sektorer i samhället. (Stenbock-Hult 2013, Social- och hälsovårdsministeriet 2006.)

WHO ser på hälsa ur ett resursperspektiv. Resursperspektivet kommer också fram redan i Jahodas (1958) positiva hälsobegrepp, som betonar aspekter som attityder till självet, personlig utveckling, autonomi och realitetsorientering som kriterier på mental hälsa. Ett senare, besläktat begrepp återfinns hos Antonovsky, som ser känslan av sammanhang som den centrala hälsoresursen. Känslan av sammanhang innebär enligt honom att man ser tillvaron som begriplig, hanterbar och meningsfull (Antonovsky 1987). Resursperspektivet kan ses som ett salutogent perspektiv (Eriksson 2015). Man fokuserar på vad som skapar hälsa i stället för vad som skapar sjukdom. Det senare kallas för patogenes.

## 2 HEALTHY AGEING

Det nordiska forskarnätverket har bestått av olika arbetsgrupper som granskat hälsa och hälsofrämjande i olika kontexter. Gruppen *Healthy Ageing* har studerat och diskuterat äldres hälsa ur ett nordiskt perspektiv. Gruppen höll en session om hemmet som hälsofrämjande arena för äldre på den nordiska konferensen i hälsofrämjande i Vestfold i Norge 2013. Presentationen resulterade i en artikel (Mahler et al. 2014), som senare har översatts till danska och publicerats i *Fag & Forskning* (Mahler et al. 2016).

Gruppens medlemmar har varierat under årens lopp. Från hösten 2015 har gruppen bestått av de personer som nu medverkat i föreliggande publikation.<sup>3</sup>

Innehållet i texterna avspeglar de diskussioner som förts i gruppen och rör sig i den nordiska kontexten. De teman som behandlas är disparata, men alla är relevanta för de äldres hälsa och främjande av äldres hälsa. Texterna behandlar ämnen som är aktuella i de nordiska länderna och utgör tillsammans en intressant läsning. Kapitlet om begreppet *healthy ageing* och värdegrunden ger en gemensam ram för texterna och förankrar dem i WHO:s riktlinjer, som bildat utgångspunkt för hela nätverket. I kapitlet om åldersdiskriminering behandlas samhällsliga strukturer och normer, såsom fördomar mot äldre, vilka kan försvåra möjligheterna för äldre att uppnå hälsa och välbefinnande. För äldre personer i Norden har naturen och platsen en ännu viktigare betydelse än vad som beaktas i bemötandet av de äldre. Detta lyfts fram i kapitlet om den nordliga människan och platsens betydelse. Kapabilitetsansatsen, som presenteras i följande kapitel, är förenlig med den salutogena synen på hälsa. Den betonar individens möjligheter och frihet att uppnå välbefinnande. Medan kapabilitetsansatsen presenterar ett teoretiskt ramverk för *healthy ageing*, lyfter kapitlet om *Visual Matrix* -metoden fram en metod för att utforska föreställningar om förändringar i livets senare skede. Kapitlet om minnessjukdomar (demens) och användningen av alkohol bland äldre fokuserar på två stora utmaningar när det gäller äldres hälsa. De två sista kapitlen redogör för ett utvecklingsprojekt och

---

<sup>3</sup> Anne-Sofie Helvik har inte varit med i nätverket men är medförfattare i ett paper.

ett forskningsprojekt. Utvecklingsprojektet hade som syfte att stärka samarbetet mellan närstående (påstående) och medarbetare på vårdhem. De närstående befinner sig i *betweenship*, ett läge mellan olika förpliktelser och aktörer. Det sista kapitlet bygger på en doktorsavhandling och lyfter fram närstående som hälsofrämjande arena. Texten visar att det är många aktörer som är och kanske borde vara ännu mera involverade i hälsofrämjande för den äldre befolkningen.

För att framhäva det nordiska har författarna skrivit på sina modersmål. Vi hoppas att norska, danska och svenska är så pass nära varandra i skrift att det är möjligt för läsare i de nordiska länderna att tillgodogöra sig texterna. I diskussionerna i gruppen har deltagarna alltid använt sitt modersmål. Vi ser att det ligger ett värde i att använda de skandinaviska språken, att det kan stärka den nordiska gemenskapen. Trots detta använder vi den engelska termen *healthy ageing*. Vi gör det för att termen är så etablerad i de nordiska länderna och för att det är svårt att använda en direkt översättning. Att konsekvent omskriva den skulle göra språket klumpigt.

Vi hoppas att texterna är tankeväckande och skall inspirera till nya utvecklings- och forskningsprojekt. De kan också användas som undervisningsmaterial.

## KÄLLOR

Antonovsky, A. 1987, *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

Eriksson, M. (red.) 2015, *Salutogenes: om hälsans ursprung*. Stockholm: Liber.

Jahoda, M. 1958, *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York: Basic Books, Inc., Publishers.

Mahler, M., Sarvimäki, A., Clancy, A., Stenbock-Hult, B., Simonsen-Rehn, N., Liveng, A., Zidén, L., Johannessen, A. & Hörder H. 2014, Home as a health promotion setting for older people. *Scandinavian Journal of Public Health*, 42(Suppl 15), pp. 36 – 40.

Mahler, M., Sarvimäki, A., Clancy, A., Stenbock-Hult, B., Simonsen-Rehn, N., Liveng, A., Zidén, L., Johannessen, A. & Hörder H. 2016, Hjemmet som sundhedsfremmende setting for ældre mennesker. *Fag & Forskning*, (2), pp. 42-47.

Ringsberg, K. 2015, The Nordic Health Promotion Research Network (NHPRN). *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol. 43(Suppl 16), pp. 51-56.

Social- och hälsovårdsministeriet. 2006, Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006:19. Helsingfors: Social- och hälsovårdsministeriet.

Stenbock-Hult, B. 2013, Hälsofrämjande – ett central område för dagens sjukskötare. *Vård i Fokus*, 30(1), ss. 44-48.

WHO. 1948, Constitution of the World Health Organization.  
[www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf) Hämtat 10.5.2016.

WHO. 1986, *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

# Healthy Ageing – begrepp och värdegrund

Bettina Stenbock-Hult<sup>1</sup>, Anneli Sarvimäki<sup>2</sup>

## Sammandrag

Texten ger en översikt över centrala begrepp och värden relaterade till Healthy Ageing. Författarna behandlar närliggande begrepp som Active Ageing och Successful Ageing. Det sistnämnda kopplas också till tanken på ett balanserat åldrande. Ur de centrala definitionerna härleds värdena delaktighet, autonomi, trygghet och rättvisa. Healthy Ageing ses som ett värdeladdat begrepp som kan granskas både på samhälls- och på individnivå.

**Nyckelord:** Active Ageing, Successful Ageing, delaktighet, autonomi, trygghet, rättvisa

## 1 BAKGRUND

Både Europeiska Unionen (EU) och Världshälsoorganisationen (WHO) har fört fram hälsa som ett centralt mål för den åldrande befolkningen. Målet kan ses mot bakgrunden av befolkningsutvecklingen. I Europa är medianåldern högst i världen och andelen personer som fyllt 65 år väntas fördubblas från 2010 till 2050 (EuroHealthNet 2015, WHO 2012).

Samma trend syns i de nordiska länderna. Den förväntade livslängden ökade ca 6-8 år från 1990 till 2013. Högst är den bland finländska kvinnor (83,8 år) och lägst bland grönländska män (68,7 år). Andelen personer över 80 år är för närvarande 4,8 procent i Norden, men den uppskattas öka till 8,6 procent fram till år 2040. (Haagensen 2014.)

Det ökade antalet och den växande andelen äldre gör det motiverat att lyfta fram de äldres hälsa som ett hälso- och samhällspolitiskt mål. För det första är det viktigt för de äldre själva, för att de skall kunna leva ett så gott liv som möjligt upp i hög ålder. För det andra är det viktigt för samhället och dess ekonomi. Andelen personer som fyllt 65 år jämfört med den del av befolkningen som är mellan 29 och 64 år är för närvarande något högre i Norden än i resten av Europa, men förhållandet beräknas bli det om-

---

<sup>1</sup> Yrkeshögskolan Arcada, Finland, Institutionen för hälsa och välfärd [bettina.stenbock-hult@arcada.fi]

<sup>2</sup> Äldreinstitutet, Finland [anneli.sarvimaki@ikainstituutti.fi]

svängda under de närmaste årtiondena (Haagensen 2014). Både ur individens och ur samhällets perspektiv är det viktigt att gruppen 65+ har en så god hälsa och funktionsförmåga som möjligt. De äldres hälsa, funktionsförmåga och livskvalitet har i själva verket förbättrats under de senaste tio åren, åtminstone i Finland (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012). Detta visar sig i att de äldre också är aktiva i samhället. De arbetar, engagerar sig i frivilligverksamhet och är ett viktigt stöd för familj och närstående.

Verksamheter som stöder ett aktivt åldrande innefattar livslångt lärande, längre arbetskarriärer i ett arbetsliv som beaktar de äldre på ett kreativt sätt och aktiviteter som stöder hälsa och funktionsförmåga. På så sätt kommer de äldre att bidra till ett bättre samhälle för alla åldersgrupper.

## 2 DEFINITIONER

Termen *Healthy ageing* lanserades i ett EU-projekt 2004 – 2007 och definierades på följande sätt:

Healthy Ageing är en process som optimerar möjligheterna för fysisk, psykisk och social hälsa att göra det möjligt för äldre personer att delta aktivt i samhället utan att bli diskriminerad, att leva självständigt och ha en god livskvalitet. (Folkhälsoinstitutet 2006, s.16, vår översättning.)

Definitionen är nära besläktad med och kan ses som en vidareutveckling av WHO:s (2002) definition på *Active ageing*.

Active Ageing är en process som optimerar möjligheterna till hälsa, delaktighet och trygghet i syfte att förbättra människors livskvalitet när de åldras. (WHO 2002, s.12, vår översättning.)

Det gemensamma för definitionerna är att det handlar om att möjliggöra hälsa och att det övergripande målet är ett självständigt, aktivt och gott liv i ett samhälle som inte diskriminerar äldre personer.

Inom gerontologin förekommer också andra definitioner, som skiljer sig från de ovan nämnda i det att de inte explicit refererar till hälsa. Som exempel kan nämnas begreppet *successful aging*. Baltes och Baltes (1990) definierar begreppet på följande sätt: en psykologisk process som innebär att individen blir mera selektiv, optimerar användningen av sina resurser och kompenserar försvagade eller förlorade förmågor i syfte att upprätthålla ett mera begränsat och förändrat men gott liv. Heikkinen (2006, 2013) bygger vidare på tanken och talar om ett *balanserat åldrande*: att upprätthålla balans mellan mål, individuella resurser och den fysiska och sociala miljön genom rehabilitering, genom att ändra målen, stärka det sociala stödet eller förbättra den fysiska miljön. Heikkinens syn på det lyckade åldrandet bygger på Pörns (1993) definition på hälsa som en balans mellan individens livsplan och handlingsrepertoar i den miljö där han eller hon befinner sig. Så trots att begreppet hälsa inte ingår i definitionerna på det framgångsrika eller lyckade åldrandet kan man ändå säga att det innefattar hälsa, då båda begreppen definieras i termer av balans.

## 3 VÄRDEGRUND

Definitionerna på *healthy ageing* och *active ageing* lyfter fram centrala värden som delaktighet, rättvisa och jämlikhet (frihet från diskriminering), autonomi (självständighet) och trygghet.

### 3.1 Delaktighet

Den delaktighet som definitionerna på *active ageing* och *healthy ageing* lyfter fram är framför allt *den socio-kulturella delaktigheten*: att göra det möjligt för de äldre att vara aktiva i samhället och kulturlivet. Det betyder att äldre personer skall kunna påverka beslutsfattandet och inverka på hur samhället och kulturen utvecklas. För någon kan det innebära att delta i samhällspolitiken eller organisationslivet, för någon annan kan det vara viktigare att påverka beslut som berör den egna vardagen och den egna livssituationen. En annan viktig aspekt av delaktighet är *den intellektuella delaktigheten*. Det betyder att de äldre har möjlighet att föra fram sitt kunnande, sina erfarenheter och synpunkter. Det handlar om en ömsesidig dialog, där den äldre personen dels blir informerad och har möjlighet att få svar på sina frågor men också kan bidra med tankar, åsikter och reflektioner ur sitt perspektiv. Redan år 1999 förde Förenta Nationerna (FN) fram att det är viktigt att de äldre kan dela sin kunskap och sina förmågor med de yngre generationerna (United Nations 1999). *Emotionell delaktighet* betyder att den äldre personen känner sig värdefull, kan känna sig som delaktig i ett sammanhang och kan ge uttryck åt sina känslor i relation till andra. (Jfr Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008.)

Forskning visar att de äldre inte alltid upplever sig delaktiga. I en intervjustudie berättade äldre personer hur de kände sig avpersonaliserade och exkluderade. De upplevde att de allmänt ses som en grå massa och att man talar förbi dem. Vidare menade se att samhället inte respekterade och uppskattade dem, att deras resurser och förmågor inte beaktades. Att vara en äldre person i samhället innebar ofta för dem att bli lämnad utanför. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2014b.)

### 3.2 Autonomi

*Healthy ageing* innebär enligt definitionen att göra det möjligt för de äldre att leva ett självständigt liv. Detta visar att autonomi är ett centralt värde i *healthy ageing*.

Med autonomi avses att en person har rätt till självbestämmande och kan ha kontroll över sitt eget liv, att han eller hon är självstyrande och kan välja hur han eller hon skall leva och handla. Autonomi är en viktig aspekt av mänsklig värdighet och integritet. (Folkhälsoinstitutet 2006, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2008.)

Man kan skilja mellan svag och stark autonomi. Svag autonomi betyder att en person väljer någonting utan yttre tvång, valet är frivilligt. Men valet kan vara ogenomtänkt och orefleterat. Den starka autonomi kräver mera reflektion och överväganden. Den



förutsätter att individen har tillräcklig information, alternativt att välja mellan och fattar beslutet frivilligt. Autonomi hör ihop med ansvar. En person som fattar självständiga och frivilliga beslut blir också ansvarig för sitt handlande. (Martin 1997, Stenbock-Hult 2004.)

För att autonomin skall kunna förverkligas måste onödiga yttre begränsningar avlägnas. Enligt *Healthy Ageing* -rapporten bör de äldres självbestämmande främjas genom att förhindra sådana restriktioner och begränsningar av självbestämmanderätten som individen pålagt sig själv eller som samhället påtvingat de äldre (Folkhälsoinstitutet 2006).

Frågan om begränsningar, frivillighet och ansvar aktualiseras speciellt i relation till äldre personer med minnessjukdomar. Att en person lider av en minnessjukdom behöver inte betyda att han eller hon inte kan fatta egna beslut. Men personen ser kanske inte alltid konsekvenserna av sina beslut. Mycket beror på hurdana beslut det handlar om och på sjukdomens art och grad. Restriktioner kan bli nödvändiga när personen inte längre har kapacitet att fatta frivilliga, realistiska och genomtänkta beslut.

### 3.3 Trygghet

Rätten till trygghet betonas av FN, som säger att de äldre borde ha möjlighet att leva i miljöer som är trygga och som kan anpassas till de äldres preferenser och förändrade kapacitet. Att leva i trygghet innebär också att inte utnyttjas av andra eller utsättas för psykisk misshandel. Vidare borde de äldre ha tillgång till sociala och juridiska tjänster som stärker deras autonomi, beskydd och vård. (United Nations 1999.)

Tryggheten kan indelas i yttre och inre trygghet. Den yttre tryggheten är beroende av faktorer utanför individen. Hit hör t.ex. boendets och närmiljöns säkerhet, den egna ekonomin och landets ekonomi, möjligheterna att vid behov få social- och hälsovård. Hit hör också de sociala relationerna till anhöriga, vänner, grannar och professionella. Goda relationer som ger trygghet kännetecknas av respekt, öppenhet, ömsesidighet och förståelse.

Den inre tryggheten bygger på en känsla eller uppfattning. Genom att tolka sin omgivning och sin egen förmåga skapar individen en subjektiv verklighet med känslor av trygghet och otrygghet. Känslan av trygghet kan innebära att man har tilltro till sig själv och sin förmåga att klara sig i vardagen. Den kan också innebära att man litar på sin omgivning och känner sig säker i sin miljö, både den sociala och den fysiska. En omgivning som är trygg på sommaren kan vara otrygg på höstens och vintern, när det är blåsig, kallt, halt och mörkt. Att känna sig otrygg i en osäker miljö är realistiskt och sunt. Men känslan är inte alltid kopplad till realiteterna utan man kan känna sig otrygg fast omgivningen är trygg och tvärtom. (Andersson 1984, Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996.)

När funktionsförmågan avtar i och med åldrandet och hälsan försvagas är det möjligt att tilltron till den egna förmågan avtar och känslan av otrygghet ökar. Samhället kan och bör stå för den yttre tryggheten, men känslan av trygghet eller otrygghet beror till stor del på den äldre personens upplevelse av tillvaron.

I Finland gjordes år 2014-2015 en undersökning om medborgarnas trygghet. Ensamhet var den faktor som oftast skapade otrygghet bland personer i åldern 65-79 år (75 %). På andra plats kom minnessjukdomar (70 %) och på tredje plats att man inte får tillräcklig hjälp utifrån (60 %). För lite under hälften utgjorde fysiska sjukdomar en källa till otrygghet. Övriga otrygghetsfaktorer var olycksfall, fattigdom, rusmedel, trafiken och brott. Av 3000 utskickade enkäter besvarades 2951. (Kekki & Mankkinen 2016.)

### 3.4 Rättvisa

Enligt definitionen på *healthy ageing* skall de äldre kunna leva sina liv utan att bli diskriminerade (Folkhälsoinstitutet 2006). FN konstaterar att de äldre skall behandlas rättvist utan oberoende av ålder, kön, etnisk bakgrund och försämrade funktionsförmåga och värderas oberoende av ekonomisk nytta (United Nations 1999).

Rättvisa kan definieras som att alla människor har samma värde och därmed samma rättigheter. En av dessa rättigheter är rätten till hälsa. ”Rätten till hälsa innefattar rätten till jämlikhet/rättvisa när det gäller hälsans sociala determinanter” framhåller Marmot och Allen (2013, s.69). Rätten till hälsa betyder alltså inte att alla har samma rätt till en god hälsa, eftersom de genetiska och biologiska förutsättningarna kan vara olika. Däremot betyder det att alla har samma rätt till de sociala faktorer som bestämmer hälsan (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2014a). Viktiga sociala bestämningsfaktorer är t.ex. rent vatten, hälso- och sjukvård, utbildning och skälig utkomst (WHO 2013).

Enligt Marmot (2006) är det individens sociala position i samhället som påverkar hälsan och skapar skillnader i hälsa. De personer som befinner sig högt i samhällshierarkin kan räkna med socialt stöd i form av samarbete. De är därmed mera autonoma, har bättre möjligheter att kontrollera sina liv och bättre möjligheter till delaktighet och socialt engagemang. Därmed har de bättre förutsättningar för hälsa än de som befinner sig lägre i samhällshierarkin och har en lägre social position.

Utifrån Marmots resonemang är de äldres position i samhället en viktig bestämningsfaktor för den äldre befolkningens hälsa. Intervjuer med äldre visar att de kan känna sig nedvärderade och att samhället inte uppskattar deras resurser, de kan känna sig värdelösa och kränkta (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2014a). Det har också konstaterats att de äldre är i en sämre position när det gäller rätten till hälsoinformation och hälsomedvetenhet (Gazmararian et al. 2005).

## 4 TILL SLUT

*Healthy ageing* är ett värdeladdat begrepp i och med att definitionen i sig innehåller etiska riktlinjer och begrepp. I diskussionen om de äldres hälsa är det viktigt att skilja mellan samhällsnivå och individnivå. På samhällsnivå handlar det om den äldre befolkningens rätt till hälsans sociala determinanter, vilket är en samhällspolitisk fråga. Detta skapar ramarna för de enskilda individernas liv. På individnivå handlar det om hur man

som enskild äldre person bemöts och värderas, hur ens rättigheter respekteras i konkreta livssituationer.

## KÄLLOR

Andersson, K. 1984, *Patienters upplevelser av trygghet och otrygghet*. Solna: Esselte studium.

Baltes, P. & Baltes, M. 1990, Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. I: Baltes P., Baltes M. (Eds.) *Successful Aging. Perspectives from the Behavioral Sciences*. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 1-34.

EuroHealthNet. 2015, *Healthy Ageing*. [www.healthyageing.eu](http://www.healthyageing.eu). Hämtat 15.10.2015.

Folkhälsoinstitutet. 2006, *Healthy Ageing – A Challenge for Europe*. The Swedish National Institute for Public Health R 2006:29. Stockholm: Folkhälsoinstitutet.

Gazmararian, J., Curran, J., Parker, R., Bernhardt, J. & DeBuono, B. 2005, Public health literacy in America. An ethical imperative. *American Journal of Preventive Medicine*, Vol. 28(3), pp. 317-322.

Haagensen, K.M. (red.) 2014, *Nordisk statistisk årsbok 2014*. Volume 52. Nord 2014:001. Köpenhamn: Nordiska ministerrådet. [www.norden.org/sv/fakta-om-norden/siffror-och-statistik](http://www.norden.org/sv/fakta-om-norden/siffror-och-statistik). Hämtat 27.10.2015.

Heikkinen, E. 2006, Disability and physical activity in late life – research models and approaches. *European Review of Aging and Physical Activity*, Vol.3(4), pp. 171-176.

Heikkinen, E. 2013, Vanhenemisen ulottuvuudet ja vanhenemiseen vaikuttavat tekijät. I: Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) *Gerontologia*. Helsinki: Duodecim 3.uppl., ss. 393-406.

Kekki, T. & Mankkinen, T. 2016, *Kansalaisturvallisuuden tila Suomessa – tutkimuksen tuloksia*. Helsingfors: Räddningsbranschens Centralorganisation i Finland.

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012, *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Marmot, M. 2006, *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden* (G. Grip, övers.). Stockholm: Natur och Kultur.

Marmot, M. & Allen, J. 2013, Prioritizing health equity. In: Leppo, K., Ollila, E., Pena, S., Wismar, M. & Cook, S. (Eds.) *Health in all Policies. Seizing Opportunities, Implementing Policies*. Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health, pp. 63-80

Martin, M. 1997, Professional distance. *Journal of Applied Philosophy*, Vol. 11(2), pp. 39-50.

Pörn, I. 1993, Health and adaptedness. *Theoretical Medicine*, Vol. 14(4), pp. 295-301.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 1996, *Vård. Ett uttryck för omsorg*. Stockholm: Liber.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2008, *Omvårdnadens etik. Sjuksköterskan och det moraliska rummet*. Stockholm: Liber.

Sarvimäki A, Stenbock-Hult B. 2014a, Etik och central värden i health literacy. I: Ringsberg, K., Olander, E. & Tillgren, P. (red.) *Health Literacy – teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur, ss. 75-97.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2014b, The meaning of vulnerability to older persons. *Nursing Ethics*. Published online before print 30 Dec 2014. doi: 10.1177/0969733014564908

Stenbock-Hult, B. 2004, *Kritiskt förhållningssätt. En vetenskaplig, etisk attityd och ett högskolepedagogiskt mål*. Lund: Studentlitteratur.

United Nations. 1999, *United Nations Principles for Older Persons*. New York: The United Nations Department of Public Information.

WHO. 2002, *Active Ageing. A Policy Framework*. WHO/NMH/NPH/02 B. Geneva: WHO.

WHO. 2012, *Strategy and Action Plan for Healthy Ageing in Europe, 2012- 2020*. WHO, Regional Committee for Europe, EUR/RC62/10 Rev.1 + EUR/RC62/Conf.Doc./4.

WHO. 2013, *Health systems. Equity*. [www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/](http://www.who.int/healthsystems/topics/equity/en/) Retrieved October 23, 2013.

# Aldersdiskrimination – Ageism

## En trussel mod Healthy Ageing

Johanne Lind Rasmussen <sup>1</sup>

### Sammendrag

Samfundet og de professionelle har pligt til at beskytte individer, unge såvel som gamle. Aldersdiskrimination er et samfundsproblem, politisk, socialt og kulturelt. Denne artikel introducerer til begrebet aldersdiskrimination og diskuterer holdningen til alder i forhold til ældres sundhed. Der gives eksempler på bevidst og ubevidst fordomsfuld adfærd. Overgreb mod ældre er et forskningsmæssigt udforsket emne.

**Nyckelord:** alder, overgreb mod ældre, stereotypisering, fordomme

## 1 ALDERSDISKRIMINATION

Man kan ligefrem komme til at skamme sig over sig selv, skamme sig over at være gammel i et samfund, hvor det i høj grad handler om at være ung og i fin form (Wiedemann 2013).

”Jeg synes, at de taler ned til mig. Jeg er sikker på at de synes, at jeg er et gammelt fjols”. Det er Bente, der omtaler sagsbehandlerne i pensionsafdelingen. Bente er 94 år. Hun har været kontorchef i et ministerium indtil hun blev 60 år. Derefter oplevede hun en prestige deroute, hvilket har været ubehageligt for hende. Bente har tilgængelighed til det offentlige rum, som en af sine mærkesager. Hun kan vanskeligt færdes på gader og

---

<sup>1</sup> Professionshøjskolen Metropol, Danmark, det sundhedsfaglige og teknologiske fakultet [jora@phmetropol.dk]

stræder med sin rollator og nedsatte syn. Bente oplever, at der mangler skiltning, at der er for høje kantsten ved fortovene, at der mangler bænke, hvor man kan hvile sig og at der er for få offentlige toiletter. Der er ustandseligt vejarbejde, der ikke er afmærket og der er for korte intervaller i lyskrydsene til at kunne nå over for grønt lys i forgængerovergangene. Bente har klaget over dette til kommunen flere gange, men modtager kun sjældent svar. Hun finder det aldersdiskriminerende. (Kvinde 94 år, interviewet efter deltagelse i Senior Qigong, København, 10.03.2015)

Aldersdiskrimination retter sig både mod børn, unge og ældre på en måde, der fratager dem deres individuelle sociale status, magt og autonomi, som har stor betydning for deres værdighed, integritet, frihed og uafhængighed (WHO 2015), men forstås mest i forhold til ældre. Aldersdiskrimination i denne artikel betyder diskrimination på baggrund af høj alder. Ældre mennesker behandles i dag som andenklassens borgere, som ikke har noget at tilbyde samfundet og sådanne negative holdninger, der fører til aldersdiskrimination, har tendens til at optræde på spidsfindige måder i almindelige ældre menneskers dagligdag (Nelson 2005).

Butler (1969) var den første, som beskrev aldersdiskrimination og sammenlignede det med racisme og sexism. I senere forskning har han vist, at aldersdiskrimination må ses mere bredt, idet det indeholder flere aspekter såsom fordomme over for de ældre, alderdom og aldringsprocessen både fra andre og fra de ældre selv, diskriminerende praksis over for ældre specielt i forhold til arbejde og socialt liv og institutionel praksis og politik, som viderefører stereotype holdninger til de ældre, som formindsker deres muligheder for et føre et tilfredsstillende liv og underminerer deres værdighed (Butler 1980). Han påpegede, at disse aspekter forandrede aldring fra en naturlig proces til et socialt problem, hvor den enkelte selv bærer de skadelige følger (Ibid.). Mange, især yngre mennesker, forsøger at lukke øjnene for, at de også engang bliver ældre og skal dø. For dem personificerer de ældre personer deres egen frygt for døden og ved at distancere sig fra ældre mennesker via fordomme og nedladende holdninger forsøger de at benægte realiteten, at de også engang bliver en del af denne gruppe af ældre (Nelson 2005). At blive udsat for aldersdiskrimination efterlader mange ældre mennesker med oplevelsen af skam, skyld og afmagt og en deraf følgende selvstigmatisering, som kan forklare den tilsyneladende passive accept af diskriminationen. Aldersdiskrimination er så udbredt og generelt accepteret, at den stort set ignoreres.

Ældre mennesker marginaliseres ofte som uproduktive og afhængige økonomisk, fysisk, psykisk eller socialt. Der har udviklet sig en kontrollerende norm, en værdi i at være selv-hjulpen, som italesættes med ærefrygt, men som bare er en anden måde at udtrykke frygten for afhængighed. ”At ældes med stolthed” og ”At ældes med ynde” er udtryk for en aldring med uændrede fysiske, psykiske og sociale kompetencer samt et udseende, hvorom man siger ”Du ligner ikke én der er en dag over 50 år”. Tidligere frygtede man aldring generelt, nu frygter man fx aldring med handicap (Angus & Reeve 2006). Retorikken er skarp og understreger det individuelle ansvar i at skabe sig en god aldring og ikke at være en byrde. Skønhedsindustrien, –kirurgien og fitness selskaberne har kronede dage. Den stereotypiske ensartethed er værst for ældre, som mangler national anerkendelse af deres indfødte, kulturelle og sproglige forskellighed (Ibid.)

## 2 ALDER

Vi ældes forskelligt. Alderdom er et stort emne i de nordiske landes velfærdspolitiske diskussioner blandt andet grundet voksende forandringer i alderssammensætningen. Den gennemsnitligt forventede levealder i alle de nordiske lande er nu over 80 år (Norden.org 2016). I Danmark var antallet af 80+ årige i 2015 ca 239.000. Dette tal fremskrives til i 2040 at være mere end fordoblet til ca 517.000 (Danmarks Statistik 2016). Men denne øgede levetid og det voksende antal af mennesker med høj alder er kun en del af det, der former et samfund med flere med høj alder. Af større betydning er den faldende fertilitet og faldende børnetal (Bongaarts 2009).

Alder har gennem tiderne været betragtet som et naturgivent biologisk faktum. Men inden for de sidste ca. 30 år er der tiltagende opmærksomhed på, at alder er et sammensat og kompliceret mål (Grøn & Andersen 2014). *Kronologisk alder* fremgår af fødselsattesten. Den er uafhængig af fysiske, psykiske og sociale påvirkninger, men har stor betydning for dels politiske, juridiske og økonomiske rettigheder og pligter, dels personlige og uddannelsesmæssige valg, muligheder og forbud. *Biologisk alder* hænger sammen med organfunktioner, altså kroppens aldring og påvirkes blandt andet af kost, motion og stress. *Social alder* er den alder, som samfundet giver et individ beregnet ud fra den kronologiske alder. Det kan fx dreje sig om en såkaldt positiv aldersdiskrimination som at give mennesker over en bestemt kronologisk alder adgang til billig transport. Hermed kan man imidlertid risikere anklager om stigmatisering, at mennesker over 65 år er fattige og er hjælpetrængende. *Psykologisk alder* er en kvalitativ størrelse, som tolkes ud fra fx individets ressourcer og handlekraft til at takle modgang og sygdom eller ud fra individets oplevelse af lykke og tilfredshed. Den formes i samspillet mellem individ og omverden. (Grøn & Andersen 2014.)

Katz (2006) introducerede et nuanceret syn på psykologisk alder, den fænomenologiske alder, som er en indre forståelse af alder dvs. hvordan alderen opleves af den enkelte person selv og ud fra en livsverdensforståelse. Denne subjektivt oplevede alder er oftest yngre end den kronologiske og afstanden mellem de to øges jo højere kronologisk alder personen har. Når mennesker med høj kronologisk alder tager afstand til deres egen kronologiske alder, og måske ligefrem benægter denne fremskredne alder, er det udtryk for manglende accept af og modstand mod alderdom, som derved kan blive til aldersdiskrimination over for dem selv. Af overstående ses, at alder er socialt og historisk konstrueret. Den demografiske udvikling er sandsynligvis med til at dekonstruere alderdommen som en fase med veldefinerede karakteristika.

Fordomsfulde aldersopfattelser kan være rettet mod andre eller mod én selv. Selvpfattelse af aldring har i et studie (Levy, Slade & Kasl 2002) vist, at internaliserede negative holdninger til ens egen aldring kan resultere i negative forventninger til eller forudsigelser om, hvordan den enkeltes aldring kan opleves og derved blive en selvopfyldende profeti. Omvendt kan positive selvpfattelser i forhold til ens aldring have en positiv indflydelse på funktionsniveau og på oplevelsen af kontrol samt give en gennemsnitlig længere overlevelse på 7,5 år.

På trods af ellers positive holdninger til ældre mennesker kan mange yngre personer i deres kommunikationsmåde med ældre komme til at udtrykke negative og forsimplede holdninger til ældre. Ved enten at tale overdrevent høfligt, højt og langsomt eller bruge babysprog med skingert toneleje, overdreven intonation og forenkede sætninger, uanset

den kognitive eller fysiske sundhed hos den ældre, kan de udtrykke fordomsfulde holdninger, om at alle ældre mennesker har problemer med hørelsen, manglende intellektuelle evner og langsommere kognitive funktioner (Nelson 2005). På hverken medicin- eller sygeplejestudiet i Danmark er geriatri eller gerontologi prioriteret særlig højt. Derved er der høj risiko for at den lille faglige viden og indsigt er med til at fastholde myten om, at der er en direkte sammenhæng mellem aldring og fysisk og kognitivt forfald. Dette leder iflg. Nelson (2005) til, at der er fokus på behandling frem for forebyggelse.

### **3 OVERGREB MOD ÆLDRE**

Elder Abuse is a single or repeated act, or lack of appropriate action, occurring within any relationship where there is an expectation of trust which causes harm or distress to an older person. It can be of various forms: physical, psychological/emotional, sexual, financial or simply reflect intentional or unintentional neglect. (The Toronto Declaration 2002, s.3.)

Negative holdninger over for ældre mennesker kan let føre til en diskriminerende holdning. Både sundhedsprofessionelle og lægmænd har let ved at relatere velfærd og værdighed som mere betydningsfuldt for yngre end ældre, og derved overses eller udnyttes de ældre eller de krænkes på andre måder (Nelson 2005). Decideret mishandling af ældre er et problem, der først i de senere år er blevet et område, der forskes i. Det kan fx dreje sig om omsorgssvigt, fysisk vold, seksuelle eller psykiske overgreb og økonomisk udnyttelse. Ofte udøves overgrebene af personer, som den ældre er afhængig af, hvorfor de forbliver u-rapporterede af frygt for repressalier. I Norden menes 3-5 procent af ældre at opleve at blive udsat for et overgreb, men der er stor usikkerhed omkring tallet og mangel på forskning (Kjeldsen 1997, Ingerslev 2002, Mysyuk, Westendorp & Lindenberg 2016). En svensk undersøgelse blandt hjemmeboende ældre i Umeå Kommune, Sverige, fandt et betydeligt højere tal, idet 16 procent af kvinder og 13 procent af mænd i aldersgruppen 65-80 år havde oplevet overgreb. Undersøgelsen konkluderer, at risikofaktorerne er forskellige for kvinder og mænd. For kvinder øger sygdom, funktionsvækkelse og høj alder deres udsathed for overgreb. For mænd er indtagelsen af alkohol, en afgørende risikofaktor i forhold til vold og overgreb (Eriksson 2001). FN's særlige rapportør vedrørende retten til sundhed har desuden gennemført et studie om retten til sundhed for ældre mennesker, hvori han fremhæver, at omfanget af overgreb mod ældre mennesker i privat såvel som institutionel sammenhæng er underrapporteret, og anbefaler støtte og undervisning af personale til at identificere og håndtere overgreb mod ældre (Grover 2014). Overgreb og mishandling af ældre er således af både social, økonomisk, kulturel og politisk karakter.



## 4 ALDERSDISKRIMINATION I SUNDHEDSSEKTOREN

Sundhedsprofessionelle kan udvise aldersdiskrimination via krænkende handlinger, rutiner og holdninger, som skaber, fastholder og også retfærdiggør overgreb over for eller mishandling af ældre. En rutinemæssig institutionel undertrykkelse ses blandt andet ved en paternalistisk tilgang til ældre. Personale på plejehjem kan komme til at omtale de ældres behov på en nedgørende måde, der latterliggør de ældres ønsker og behov (Persson & Wästerfors 2009). Mange sårbare ældre forholder sig passivt og resignerer ”sådan er det at blive gammel”. Denne internalisering af en herskende diskurs fremmer oplevelsen af afhængighed og mindreværd (Phelan 2008). En velkendt problematik blandt sundhedsprofessionelle er, at en given undersøgelse af et ældre menneske ikke skal udføres, fordi den ikke har konsekvens i forhold til et behandlingsprogram, underforstået at vedkommende er gammel og nok ikke vil leve så længe og derved, at det vil være spild af penge, eller at livskvaliteten antages at være så ringe, at det for den ældre alligevel ikke vil have den store betydning. Fx undersøgelser af kræft, hvor ”patienten er for gammel til at kunne blive opereret”. Ældre patienter har lige så stor ret som yngre patienter til information om deres sygdom og oplysninger om forventet prognose, således at den ældre får mulighed for at inddrage det i sine dispositioner.

I sundhedsvæsenet har der traditionelt hersket et biomedicinsk paradigme og derved også en biomedicinsk tilgang til aldring. Et mekanistisk syn på kroppen kan forklare det traditionelle syn på aldring som forfald af kroppens enkelte dele. Den ældre som et subjekt lever underdanigt i skyggen af et objektiverende sundhedsvæsen. Kun lidt forskning er rettet mod at afdække verden, som den er for ældre mennesker som subjekter. Mange ældre kan udvikle en særlig form for hårdførhed, hvor de tilpasser sig til den oplevede mishandling og stiltiende accepterer tilstanden (Ekdahl et al. 2012). Det er først i de senere år, at gerontologi er blevet adskilt fra geriatri og har fået inkluderet discipliner som psykologi, sociologi og politik, og senere også kritiske perspektiver fra fx økonomi, feminisme, og fænomenologi (Katz 1996). Kun en lille del af den gerontologiske forskning har i dag et konstruktivistisk perspektiv på aldring og fokus på at finde betydningen af de ældres hverdagsliv (Gubrium & Holstein 1999), men er dog i stigende grad fokuseret på at kritisere den fremherskende stereotypisering af ældre mennesker og via human- og samfundsvidenskabelige metoder at lade de ældre selv komme til orde (Katz 2009, Ray 2008).

## 6 KONKLUSION

WHO har defineret *Active Aging* som ”*The process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age*” (WHO 2002). Det betyder, at mennesker skal blive i stand til at kunne føre et liv med fysisk, psykisk og social well-being. Alle mennesker skal gives mulighed for at deltage i livet og samfundet svarende til deres behov, ønsker og kræfter. Det svarer til at forsvare begreberne værdighed, integritet og autonomi formuleret i Menneskerettighederne. For at bekæmpe aldersdiskrimination og fjerne almindelige stereotypiseringer og misforståelser vedrørende aldring er det nødvendigt at inddrage befolkningen via politiske og uddannelsesmæssige indsatser. Vi må som samfund øge den sociale og personlige frihed for ældre og turde udfordre de begrænsninger, som den sociale struktur, de interpersonelle holdninger og de internaliserede selvopfattelser lægger på de ældres liv. Dette

kræver også et opgør med den herskende magt-relation, mellem den professionelle og den ældre

Equity, social retfærdighed, i sundhed handler om at alle, og især risikogrupper, skal have den nødvendige viden, muligheder, ressourcer og adgang til den rette hjælp for at opretholde godt helbred og well-being. Samfundet må fjerne uretfærdige barrierer, som hindrer sundhed og well-being. Sundhedsprofessionelle kan bekæmpe stereotypiseringen af og fordommene mod de ældre ved at tilrette pleje, behandling og træning individuelt og person-centreret. Dette kræver et paradigmeskift hen imod empowerment og aktiv deltagelse, hvor de ældre er eksperter i deres eget liv. Professionelle må lære sig en fænomenologisk tilgang for at kunne forstå den ældres hverdagsliv og forskellighederne i de ældres behov. Det er vigtigt at huske, at erfaringen med aldersdiskrimination er forskellig fra person til person. Nogle kan opleve kraftige barrierer på grund af alder kombineret med køn, handicap, seksuel orientering, race, etnicitet, religion, og kultur.

## KÄLLOR

Angus, J. & Reeve, P. 2006, Ageism: A threat to "Aging Well" in the 21st Century. *The Journal of Applied Gerontology*, Vol. 25(2), pp. 137-152.

Butler, R.N. 1969, Ageism: Another form of bigotry. *Gerontologist*, Vol. 9, pp. 243-246.

Butler, R.N. 1980, Ageism: a foreword. *Journal of Social Issues*, Vol. 36(2), pp. 8-11.

Bongaarts, J. 2009, Human population growth and the demographic transition. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, Vol. 364, pp. 2985-2990.

Danmarks Statistik. 2016, <http://dst.dk/da/Statistik/emner/befolkning-og-befolkningsfremskrivning/befolkningsfremskrivning> Hämtat 20.04.16.

Ekdahl, A. W., Linderholm, M., Hellström, I., Andersson, L. & Friedrichsen, M. 2012, 'Are decisions about discharge of elderly hospital patients mainly about freeing blocked beds?' A qualitative observational study. *BMJ Open*, 19(2).

Eriksson, H. 2001, "Ofrid? Våld mot äldre kvinnor och män – en omfångsundersökning i Umeå kommun", Umeå: Brottsoffermyndigheten.

Grover, A. 2014, *Thematic Study on the Realization of the Right to Health of Older persons by the Special Rapporteur on the Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health*. Human Rights Council A/HRC/18/37 no. 50-53, United Nations.

Grøn, L.& Andersen, C. R. 2014, *Sårbarhed og handlekraft i alderdommen – et etnografisk feltarbejde blandt fagpersoner og ældre i Horsens og omegn*. København: KORA Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners Analyse og Forskning.

Gubrium, J., F. & Holstein, J. A. 1999, Constructionist Perspectives on Aging. In Bengtsson, B. & Schaie, K.W. (Eds.) *Handbook on Theories of Aging*. New York: Springer-Verlag, pp. 287-305.

Ingerslev, J.K. 2002, Overgreb mod ældre. *Ugeskrift for Læger*, Vol.164 (43) pp. 5024-5026.

Katz, S. 1996, *Disciplining Old Age: The Formation of Gerontological Knowledge*. Charlottesville: University Press of Virginia,

Katz, S. 2006, From Chronology to Functionality: Critical Reflections on the Gerontology of the Body. I: Baars, J., Dannefer, C., Phillipson, C. & Walker, A. (Eds.) *Aging, Globalization and Inequality. The New Critical Gerontology*. Amityville, New York: Baywood Publishing Company, pp. 123-138.

Katz, S. 2009, *Cultural Ageing – Life Course, Lifestyle and Senior Worlds*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.

Kjeldsen, S. B. 1997, Overgreb mod ældre. *Sygeplejersken* 22, pp.10-12.

Levy, B.,R., Slade, M.D. & Kasl, S.V. 2002, Longitudinal benefit of positive self-perceptions of aging on functional health. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, Vol. 57B (5), pp. 409–417.

Nelson, T. D. 2005, Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, Vol. 61(2), pp. 207-221.

Mysyuk, Y., Westendorp, R. G. J. & Lindenberg, J. 2016, Older persons' definitions and explanations of elder abuse in the Netherlands. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, Vol. 28(2), pp. 95-113.

Norden.org 2016, <http://www.norden.org/da/tema/tidligere-temaer/tema-2012/nordisk-statistik-i-50-aar-1/statistik-fra-1962-2012/forventet-levaalder> Hämtad 20.04.16.

Persson, T. & Wästerfors, D. 2009, “Such Trivial Matters:” How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, Vol. 23(1), pp. 1-11.

Phelan, A. 2008, Elder abuse, ageism, human rights and citizenship: implications for nursing discourse. *Nursing Inquiry*, Vol. 15(4), pp. 320-329.

Ray, R. E. 2008, *Coming of age in critical gerontology*. *Journal of Aging Studies*, Vol. 22, pp. 97-100.

The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse. 2002, [http://www.who.int/ageing/projects/elder\\_abuse/alc\\_toronto\\_declaration\\_en.pdf](http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/alc_toronto_declaration_en.pdf) Hämtad 20.04.16.

Wiedemann, M. 2013, Sådan er det at blive gammel. *Politiken* 30.okt.

WHO. 2002, *Active Aging: A Policy Framework*. Geneva, Switzerland.

WHO. 2015, *World Report on Ageing and Health*.

# Steder rommer elementene

## Det nordlige mennesket og stedets betydning for helse og velbefinnende

Anne Clancy <sup>1</sup>

### Sammandrag

Tilknytning til sted er viktig for vår identitet og kan være et ankerfeste i tilværelsen. Symbolsk eller fysisk tilgang til kjente steder og opplevelser av værrets elementer kan ha betydning for helse og velbefinnende. Et eldre menneske på et sykehjem har begrenset aksjonsradius og kan være avhengig av andre mennesker eller hjelpemidler for å forflytte seg ut i naturen. Nordlendingen har i et helt liv måtte ta hensyn til mektige naturkrefter og skiftende værforhold. Et sykehjem kan være en skjermet tilværelse som gir nødvendig trygghet. Men, det kan også virke passiviserende å være avskåret fra naturens luner og naturelementene på stedet. Å oppleve sykehjemmet som et godt sted kan innebære å få mulighet til å være dristig og bevege seg ut (i tanke eller handling). Det kan gi livsmot for den Nord Norske sykehjems pasienten å risikere en liten tur i været for så å oppleve sykehjemmet som et trygt favn å returnere til. Det er viktig at folkehelseforskere og praktikere er oppmerksom på steders betydning for helse og velbefinnende og at ekte steder rommer værelementer. Denne teksten handler om å bo i nord og hva naturens elementer på det nordlige stedet, kan bety for den gamles helse og velbefinnendene.

Nøkkelord: sted, sykehjem, healthy ageing

## 1 INNLEDNING

Et sted er mer enn et rødknappenålshode på en GPS-skjerm, eller et pennemerket område på et papirkart. Steder er mettet med mening, de kan påvirke vår kroppslig og eksistensiell balanse. Vi kan miste balanse og skade oss på et glatt sted, men samtidig opp-

---

<sup>1</sup> UiT Norges arktiske universitet, Norge, Institutt for helse- og omsorgsfag [anne.clancy@uit.no]

leve en indre balanse når stedet er kjent for oss og vi er fortrolig med dets uttrykk. Steder gjør inntrykk som overskrider både tid og rom, kjente steder er gjenkjennbare og gir tilsvar. Metaforisk kan det sies at naturens ytre landskap filtreres gjennom kroppens sanser og smelter sammen i fortrolighet med vårt indre landskap. Når vi hører humlen suse, lukter syrin, ser sommerfugler og kjenner at sommersolen varmer kan det fremkalle minner som tar oss tilbake i tid til lignende sommersteder vi bærer med oss.

Steder rommer elementene. Det nordlige mennesket lever i pakt med naturen og må forholde seg til vær og vekslende vinder, til havstrømmer og dønninger, nysnø og sørpe, så vel som mørketid og midnattssol. Å bli gammel i nord innebærer å forholde seg til disse elementene. For den syke gamle kan det innebære å måtte flytte til en institusjon – et sykehjem. Dette hjemmet kan være milevis fra et fysisk kjent sted og slike fremmede steder er ikke alltid gjenkjennelige steder. De gir nødvendigvis heller ikke inspirasjon til tidsreiser som kan fremkalle håndterbare minner og fornemmelser av fortrolighet.

Det kan være lett å tro at det er vi mennesker som bestemmer hva og når ting skal skje, men naturen har en egen ordening og det er vanskelig å beskrive livet på et sted uten å ta hensyn til denne ordningen (Greve 2001). I boken Nordlendingen skriver Edvardsen (1997) om det nordlige mennesket; og at begrenset kunnskap om nord kan være med på å fastslo hvem nordlendingen er. For å kunne forstå det nordlige mennesket, trenger forskere og folkehelse profesjoner en dybdeforståelse som vekker en moralsk stedsans. Filosofen Jakob Meløe skriver følgende:

Den vitenskapsteoretiske moralen er, at skal vi skaffe oss et godt grep om folks forskjellige begreper om verden, om den verden de selv er virksomme i, så skal vi skaffe oss erfaringer fra de virksomhetene deres begreper stammer fra og har sitt feste i. Og skaffer vi oss ikke et godt grep om folks forskjellige begreper om verden, får vi heller ikke et godt grep på deres egen forståelse av sin tilværelse.

(Meløe 1995, s. 9 )

Denne ”moralen” handler ikke om inngående geografisk steds kunnskap, men ydmykhet, interesse og forståelse for hva et sted og tilgang til dets elementer kan bety for en som har levd et langt liv på et bestemt sted.

## **2 BAKGRUNN**

Den helsefremmende folkehelse tradisjonen legger vekt på faktorer som kan styrke individer og gruppers innflytelse over eget liv. God helse i alderdommen er synonymt med god livskvalitet (se kapittel 2). Det skal være mulig for eldre personer å delta aktivt i samfunnet uten å bli diskriminert. Dette betyr også tilgang til og mulighet for tilpassete aktivitet i naturen. Ottawa Charteret (WHO 1986) fastslår at helse skapes der folk lever, elsker, arbeider og leker. Kjente steder slår rot i mennesker. Tilgang til disse betydningsfulle steder kan oppnås gjennom imaginære eller faktiske reiser; slike reiser kan gi rotfeste og eksistensiell mening (Bachelard 1994).

Med utgangspunkt i denne forståelsen er det lett å begripe stedets betydning for eldre menneskers helse og velbefinnende. Denne teksten handler om hva tilknytning til stedet «Nord Norge» kan ha av betydning for eldre personer fra landsdelen som bor på et sykehjem. Den løfter frem betydningen av både imaginære og virkelige reiser for eldre

mennesker, samt betydning av å ha pleiere som har forståelse for denne tenkning. Eldre mennesker på et sykehjem skaper ikke sin identitet gjennom prosjekter eller aktiviteter. Deres verden og aksjonsradius har krympet. Mennesker evner å lage bilder og ha tanker som kan transporterer de vekk, noe som kan gjøre en ellers trang tilværelse romslig. Det kan sies at sted er trygghet og rom er frihet (Tuan 2001). Det kan gi en frihetsopplevelse for den som bor på sykehjemmet å stimuleres til tankereiser. Pleiere kan inspirere til samtaler som fremkaller minnebilder. De kan også legge til rette for tilpasset naturopplevelser.

### **3 ET NORDLIG STED**

Mesteparten av Nord Norge ligger nord for polarsirkelen. Det er en fjell og fjordrik landsdel med markerte sesongforskjeller. Tegn til sesongskifte fra høst til vinter er lett å få øye på. Temperaturfall og snøens hvit teppe er tegn på vinter. Overgang til våren fornes med økende temperaturer og fuglekvisper annonserer at noe er på gang. Sommeren preges av lange lyse dager og et mer fargerik landskap. Naturens krefter preger levemåte, arbeid, kultur og påvirker også menneskers handlingsrom.

En person fra Nord Norge har et forhold til sitt sted. Han er oppmerksom på blådager i mørketiden, lyse somnerner, strengkulden i januar, og blendende skarp vårsol. Hensyntagen til rytmene og vekslingene som er nedfelt i stedet selv kommer til uttrykk i tatt for gitte, men samtidig målrettet oppmerksomhet og aktiviteter. For nordlendingen innebærer det å tilpasse uteaktiviteter til lyset og været. Å leve med naturens luner kan bety å være rask med å komme seg ut på havet når været stilner. Det kan innebære å stadig kikke ut av vinduet for å få med seg nordlyset, perlemorskyer, koral- eller koboltblåe himler i mørketiden. Påkledningsritualer og piggsko er viktig for å pakke inn kroppen før nordlendingen beveger seg ut i vinterkulden. Soveromsgardiner er nødvendige for å blokke ut lyset for å få sove i de uendelig lyse sommerdager. For noen mennesker kan de lyse døgnene innebære mulighet til uteaktiviteter til alle døgnets tider. Man skal ikke sove bort somnernetene.

Steder har sin etikk og å overse den nordlige kontekstens betydning kan være umoralsk. Denne teksten bygger på et verdigrunnlag som anerkjenner symbolske og fysiske steds betydning for menneskers velbefinnende. En holistisk forståelse av velbefinnende anerkjenner betydningen av steder som gjennom livet forsterker individer og gruppers identitet (Rowles & Bernard 2013). Det innlemmer også hverdagens opp- og nedturer samt betydningen av å realisere eget potensiale og konfrontere angst og død (Sarvimäki 2006). Denne livsverden tilnærming fremmer en forståelse av kontekstens betydning og av grasrotkunnskap som en form for gyldig evidens det må tas hensyn til (Galvin & Tordres 2013).

## 4 SYKEHJEMMET

Sykehjemmet kan være det hjemmet eldre syke mennesker tilbringer sine siste år. Det kan være lett for pleieren eller folkehelseforskeren å glemme stedskunnskap og bare se på sykehjemmets rutiner som de viktigste hjørnesteiner for den gamles helse og velbefinnende. Livet tilbringes innendørs. For at sykehjemmet skal være et godt sted å være er temperaturen ofte konstant og lysforhold kontrollert og forutsigbar. De værmessige skiftene og kontrastene kan bli usynlige. Denne nøytralisering av værforhold kan gi trygghet, men det kan også fjerne et stimulerende element. Dagene kan bli så like at dagliglivet blir en ventetilværelse. Personen venter. Livsverden krymper og livet, tilbivelse og bekreftelse blir satt på vent. For den gamle som har levd et helt liv i nord har hensyntagen til den verden de har vært virksomme i et helt liv vært en viktig ramme i hverdagen. Når han eller hun flytter på sykehjemmet overtar andre rytmer. Klokketiden rår. Måltider og besøkende blir høydepunkter og danne rammer. Disse menneskene har levd og risikert et liv i naturens elementer. Når dette gis underordnet betydning blir viktige rammer borte.

Naturen kan for noen ha en estetisk betydning, den kan også danne rammer for turer og andre aktiviteter. Naturen kan også være et vesen å måle krefter med. Intervjuer med eldre mennesker på nord-norske sykehjem og deres forhold til fallhendelser gir innsikt i dristige fortellinger om å leve i nord (Clancy et al. 2015). Det finnes et nord-norsk ordtak «å ha vært ute en vinterdag før». Mennesker på sykehjemmet har ridd stormer og vært ute mange vinterdager før til tross for dårlig helse nå. Blir de spurt, kommer disse fortellingene frem. For å styrke livsmot og identitet kan kontakt med betydningsfulle steder forandre små episoder til episke fortellinger. Noe som kan gi styrke og være stabiliserende i en ellers fremmed tilværelse på et sykehjem.

## 5 STEDETS BETYDNING

Forankring i det nordlige stedet kan gi rammer for samtaler, aktiviteter og ikke minst forståelse for hva som er viktig i personens liv. Bachelard (1994) skriver om koblingen mellom steder (naturen) og det intime (det som gir livsmot). Å få åpnet opp for stedets «poesi» er å la dybdebilder av steder komme frem og anerkjenne at disse bilder kan bety mer enn å huske datorer og ha nøyaktig geografisk stedskunnskap (Bachelard 1994). Det handler om å være åpen for hva steder kan bety for den enkelte.

Havet er et sted. For fiskeren kan minner fra en båttur i storm eller å balansere på en bjelke i et skipsverft vekke til liv minner om styrke og smidighet, noe som kan igjen gi eksistensiell og kroppslig balanse mange tiår etter hendelsene (Clancy et al. 2015). Gresskledd sletter på holmer i havgapet kan også være betydningsfulle steder. Å frembringe minner av å handslå holmgresset med ljà kan vekke minner av styrke og livsmot, soldager, kvinnebekjentskaper og livslyst (ibid). For kvinner kan steder for soppturer og bærplukking gi fruktbar mening.

Denne tekstens forståelse av steders betydning overskrider sansestimulering som en målrettet aktivitet innenfor sykehjemmets beskyttete vegger. Å leve innebærer uforutsigbarhet og utfordringer, ikke bare beskyttelse. Å tilbringe dagene inne, beskyttet fra elementene kan gi en opplevelse av trygghet for den gamle fiskeren, men det kan også frarøve han opplevelsen av å komme hjem til en trygg havn.

Steder forblir virkelig gjennom våre erfaringer, gjennom våre sanser så vel som gjennom refleksjoner (Tuan 2001). Våre sanser kan vekke til liv noe som ligger latent og en kan oppleve seg selv som betydningsfull når et yngre selv trer frem og erobrer et nåværende trangt fysisk sted. Sansene som smak, lukt, følsomhet sammen med syn og hudkontakt høyner vår opplevelse av å være «til-stedet». Huden kan for eksempel være en kilde til bilder og erfaringer. Å stå i haglregn og kjenne at den prikker og slår på ansiktet kan gi en større sanselig erfaringsopplevelse sammenlignet med å rekke handen ut gjennom en dørsprekk for å sjekke om det er nedbør. Men selv det er bedre enn å se ut gjennom vindusglass eller bare få beskjed om at det er ufyselig vær ute.

Å være en liten tur ute i været kan bli en kald fornøyelse. Men, å bli vått og kald kan også gi en frihetsfølelse og gjøre sykehjemmet til et meningsfull og varmt sted å komme hjem til. Det kan kreve mer personale å følge den gamle ute for å kjenne nordavinden, få haglskur i håret, la snøen smelte på handa eller til og med på tunga. Samtidig kan slike korte turer frembringe en følelse av å leve og sykehjemmet kan bli et sted som forsterker og ikke frarøver egen identitet.

Syke-hjemmet i Nord-Norge kan være et godt sted å være, dersom vi opprettholder og fremmer dens betydning som sted å være, sted å bevege seg ut fra og sted å returnere til.

## 6 AVSLUTTENDE TANKER

Teknologiske nyvinninger legger til rette for en økende globalisering. Tendensen er at folk tilbringer mer og mer tid innomhus der trygghet og et meningsfull liv innebærer tilkobling til andre via sosial media (Vetlesen 2015). Å vokse opp med begrenset interesse for natur, beskyttet fra haglskurer og sludd, kan bety at stedstilknytning og værelementer får underordnet betydning fremover. Dersom trenden fortsetter vil normen for den kommende generasjonen være å tilbringe store deler av dagen innendørs koblet til en datamaskin. En ytterste konsekvens av en manglende forståelse for stedets betydning, kan resultere i at tilgang til naturen får underordnet betydning. Med tanke på denne trenden samt en økende eldre populasjon, migrasjon av flyktninger og trange økonomiske tider vil det være viktig å fremme stedet og naturens betydning i folkehelse-forskning, utdanning og praksis fremover. Oppmerksomhet på steders betydning for helse og velbefinnende vil anerkjenne et viktig verdigrunnlag som vil kunne fremme trygghet, delaktighet og vil være i tråd med prinsipper for *healthy ageing*. Selv om denne teksten tar utgangspunkt i Norden vil disse tanker ha universell relevans da tilknytning til sted transenderer tid, landegrenser og kulturer.



## KILDER

Bachelard, G. 1994, *The Poetics of Space*. Boston: Beacon Press.

Clancy, A., Balteskard, B., Perander, B. & Mahler, M. 2015, Older persons' narrations on falls and falling - Stories of courage and endurance. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, Vol. 10, pp.1-10.

Edvardsen, E. 1997, *Nordlendingen*. Valdres: Pax forlaget.

Galvin, K. & Todres, L. 2013, *Caring and well-being : a lifeworld approach*. London: Routledge.

Greve, A. 2001, *Til stede i nuet*. Viten.com.  
<http://www.viten.com/tema/hukommelse/greve.htm> Lastet ned 12. mai 2016.

Meløe, J. 1995, Steder i *Hammarn*, Tromsø, Vol 3, pp.6-12.  
<http://www.jakobmeloe.com/wp-content/uploads/2015/04/steder3.pdf> Lastet ned 12. mai 2016.

Rowles, G. D. & Bernard, M. 2013, *Environmental Gerontology: Making Meaningful Places in Old Age*. New York: Springer Publications.

Sarvimäki, A. 2006, Well-being as being well—a Heideggerian look at well-being. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, Vol. 1(1), pp. 4-10. doi: 10.1080/17482620500518101

Tuan, Y. 2001, *Space and Place: The Perspective of Experience*. The University of Minnesota: Minnesota University Press.

Vetlesen, A.J. 2015, *The Denial of Nature, Environmental Philosophy in the Era of Global Capitalism*. New York: Routledge.

WHO. 1986, *The Ottawa Charter for Health Promotion*.  
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/Retrieved>  
May 12th 2016.

# En kapabilitetsansats till Healthy Ageing

Helena Hörder <sup>1</sup>

## Sammandrag

Kapabilitet är enligt Nobelpristagaren Amartya Sen ”Individens förmåga att utföra handlingar för att nå mål han eller hon har anledning att värdesätta”. Ansatsen bygger på två normativa grundpelare 1) Alla har rätt till friheten/möjligheten att uppnå välbefinnande, 2) friheten att uppnå välbefinnande ska förstås utifrån personers *kapabiliteter*, det vill säga deras verkliga möjligheter att göra och vara vad de har anledning att värdesätta. Två centrala begrepp är funktioner (varanden och göranden) och kapabilitet (äka möjligheter eller frihet att realisera dessa funktioner). Exempelvis så är ”hälsa” en funktion, medan ”de äka möjligheterna att ha hälsa” är kapabiliteten. Kapabilitetsansatsen betonar skillnaden mellan *medel* och *mål*. En anledning är att personer skiljer sig när det gäller förmåga att omvandla tillgängliga medel (resurser) till önskvärda eller funktioner eller möjligheter (kapabiliteter). Centralt i Sens ide är att två personer som har tillgång till samma resurser ändå kan skilja sig mycket åt gällande kapabiliteten att nå sina mål. En forskargrupp vid University of Birmingham har tagit fram ett formulär för att skatta livskvalitet med en kapabilitetsansats. Det innehåller centrala värden som ingår i begreppen healthy ageing så som delaktighet, autonomi (självständighet) och trygghet. Varje tema skattas utifrån fyra olika påståenden som bygger på en så kallad best-worst scaling. Det vill säga från ”full kapabilitet” till ”ingen kapabilitet”. Centralt är att dessa påståenden gäller individens möjligheter och inte funktioner/resurser. Kapabilitetsansatsen är inte uteslutande utan uppmuntrar istället till att man kombinerar den med andra teorier. Med tanke på att äldre personers känsla av värde kan vara hotad så finns det anledning att mer betona en kapabilitetsansats i det hälsofrämjande arbetet med äldre personer.

**Nyckelord:** kapabilitet, livskvalitet, ICECAP-O

## 1 KAPABILITET – EN ALTERNATIV ANSATS TIL LIVSKVALITET

*”Individens förmåga att utföra handlingar för att nå mål han eller hon har anledning att värdesätta.”*

Amartya Sen, Professor och Nobelpristagare (Sen 2009)

---

<sup>1</sup> Göteborgs universitet, Sverige, Centrum för åldrande och hälsa (AgeCap), enheten för psykiatrisk epidemiologi [helena.horder@neuro.gu.se]

Värdighet är en grundläggande mänsklig rättighet. Denna kan vara hotad för äldre personer i samhällen där hög ålder innebär en lägre status (Nordenfelt 2003, Sarvimäki & Stenbock-Hult 2014). Enligt Marmot (2006) är det individens sociala position i samhället som påverkar hälsan och skapar skillnader i hälsa. Utifrån Marmots resonemang är de äldres position i samhället en viktig bestämningsfaktor för den äldre befolkningens hälsa. Värdighet har en viktig roll i debatten om hälsa i allmänhet och om äldres hälsa i synnerhet.

Detta kapitel introducerar ett alternativt sätt att se på livskvalitet som kan vara av värde speciellt för äldre personer - nämligen kapabilitetsansatsen, som är ett teoretiskt ramverk. Den sätter fokus på möjligheten att leva det liv som en person har anledning att värdesätta. Det som skiljer kapabilitetsansatsen från andra teorier om livskvalitet och välbefinnande är framförallt att den inkluderar *preferenser*, det vill säga vad den enskilda personen har anledning att värdesätta.

Det var ekonomi-filosofen och senare nobelpristagaren Amartya Sen som introducerade kapabilitetsansatsen på 1980-talet av. Ansatsen har vidareutvecklats av bland annat Martha Nussbaum, professor inom lag och etik (Nussbaum 2011). Sedan 1990 använder Förenta Nationernas (FN's) utvecklingsprogram kapabilitetsansatsen i sin årliga *Human development report* (Robeyns 2005b). Begreppet kapabilitet ingår även i Global Age Watch's index för att ranka länder utifrån hur det sociala och ekonomiska välbefinnandet är bland äldre personer. Den har haft en stark påverkan inom välfärdsekonomi, social rättvisa, moral och politisk filosofi (Fukuda-Parr 2003) och börjar nu få genomslag även inom hälso- och sjukvård.

Kapabilitetsansatsen är en bred och tvärvetenskaplig ansats snarare än en förklarande teori. Den bygger på två normativa grundpelare 1) Alla har rätt till friheten/möjligheten att uppnå välbefinnande, 2) friheten att uppnå välbefinnande ska förstås utifrån personers *kapabiliteter*, det vill säga deras verkliga möjligheter att göra och vara vad de har anledning att värdesätta (Robeyns 2011).

## 1.1 Funktioner och kapabilitet

Två centrala begrepp är funktioner (varanden och göranden) och kapabilitet (äkta möjligheter eller frihet att realisera dessa funktioner).

Funktioner kan förstås som vad människor är och gör och har anledning att värdesätta. Det vill säga tillstånd och aktiviteter som människor anser vara värdefulla. Exempel på varanden är; vara läs- och skrivkunnig, ha hälsa/välbefinnande, vara en del av samhället och vara respekterad. Exempel på göranden är: läsa, arbeta, promenera, vila, mm.

Skillnaden mellan funktioner och kapabilitet är mellan landvinningar, å ena sidan, och friheter eller värdefulla möjligheter å andra sidan (Sen 2009). Exempelvis så är "hälsa" en funktion, medan "de äkta möjligheterna att ha hälsa" är kapabiliteten.

## 1.2 Mål och medel

Kapabilitetsansatsen betonar skillnaden mellan *medel* och *mål*. När vi värderar något måste vi vara på det klara med om vi värderar det som ett mål i sig, eller som ett medel

för att uppnå ett värdefullt mål. Kapabilitetsansatsen intresserar sig både av det ultimata slutmålet och av medel för att nå dit (Robeyns 2011) Det finns kritik mot andra ansatser och teorier inom välbefinnande och livskvalitet, som främst fokuserar på medel (resurser) för välbefinnande och inte själva slutmålet. Detta gäller även många teorier om ett gott (hälsosamt, aktivt, framgångsrikt, optimalt mm) åldrande. Det som är av verklig betydelse när det gäller livskvalitet är slutmålet.

Medel (resurser) som kan påverka varje individ kan delas in i tre huvudnivåer: micro (individ), meso (grupp) och makro (samhälle) (Sen 2009, Gudmundsson 2015).

På *mikronivå* finner vi exempelvis genetiska anlag, personlighet, fysisk, psykisk, kognitiv och social hälsa, livsstil, psykosociala och socioekonomiska faktorer, utbildningsnivå, arbetsförmåga och individuella preferenser.

På *mesonivå* finns dagliga livets sammanhang så som familjeliv, relationer, sociala nätverk, eventuell arbetsplats och mötet med hälso- och sjukvård. Vad en individ kan och föredrar att göra är beroende av tillgängliga möjligheter och befintliga begränsningar.

På *makronivå* finns lagar och regleringar som påverkar pension, social säkerhet, arbetsmarknad, hem- och hälsovård samt organisationer och kostnader knutna till dessa. Individens kapabilitet påverkas även av fördomar och stereotypa uppfattningar relaterat till t.ex. ålder och åldrande, samt omständigheter kopplade till den generation man tillhör och den samtid man lever i.

Ovan nämnda nivåer formar tillsammans ett komplext och dynamiskt mönster i förhållande till kapabilitet. Till exempel så är hälsa inte bara ett önskvärt mål utan också en central resurs. Balansen och den relativa vikten mellan de olika nivåerna kan variera både mellan och inom individen, beroende på ålder, tidsperiod och vilken generation man tillhör.

### 1.3 Överföringsfaktorer/conversion factors

En anledning till att betona skillnaden mellan mål och medel är att personer skiljer sig när det gäller förmåga att omvandla tillgängliga medel (resurser) till önskvärda möjligheter (kapabiliteter) eller funktioner. Centralt i Sens ide är att två personer som har tillgång till samma resurser ändå kan skilja sig mycket åt gällande kapabiliteten att nå sina mål.

Förmågan att omvandla resursen (medel) till ett värdefullt mål kan kallas för omvandlingsfaktorer (conversion factors). Dessa brukar delas in i tre olika grupper: personliga, sociala och omgivning (Robeyns 2005a). Exempel på *personliga* är kön, fysisk hälsa, intelligens, läsförståelse. Exempel på *sociala* är normer, samhällsriktlinjer, nätverk mm. Exempel på *omgivning* är till exempel klimat, bostadsområde, transporter och gångvägar. Alla dessa omvandlingsfaktorer samverkar till att omvandla resurser till värdefulla varande och görande.

Man kan ta promenera som exempel. Om slutmålet är att gå en skogs promenad så kan kapabiliteten bero bland annat på personens fysiska hälsa (personlig), attityder till att äldre personer ska promenera, någon att promenera tillsammans med och samhällsät-

gärder på till exempel äldreboenden (sociala) samt väder och tillgång till naturområde (omgivning).

## 2 ATT MÄTA LIVSKVALITET - EN KAPABILITETSANSATS

*“The capability approach leaves each one of us to use our freedom to define human wellbeing and how to bring it about, while arguing that it is neither resources and income nor happiness but functionings and capabilities that constitute human wellbeing.”*

Human Development and Capability Association

Det är omtvistat om det går att mäta kapabilitet (Alkire 2005, Robeyns 2005a). Amartya Sen har argumenterat för att man inte kan välja ut specifika kapabiliteter utan att dessa måste kontext-anpassas. Martha Nussbaum har föreslagit en lista med 10 centrala “kapabiliteter” som bör vara uppfyllda i ett modernt samhälle (Robeyns 2005b).

En annan aspekt är vem som ska välja ut relevanta kapabiliteter. Ska man fokusera på en övergripande lista med basala kapabiliteter som kan gälla alla? Hur ska vi ta reda på vad som ska vara med på en sådan lista? Vem ska bestämma? Att mäta kapabilitet på individnivå har sina utmaningar. Bland annat då det är den enskilda individens egna värderingar som ska styra.

En forskargrupp vid University of Birmingham har tagit fram formulär för att skatta livskvalitet med en kapabilitetsansats. Det ursprungliga syftet var att ta fram indikatorer för livskvalitet i dess bredaste bemärkelse (Coast et al. 2008) och man landade i en kapabilitetsansats. Formuläret bygger på Sens kapabilitetsansats (Grewal et al. 2006, Sen 1982). Det innehåller centrala värden som ingår i begreppen healthy och active ageing såsom delaktighet, rättvisa och jämlikhet (frihet från diskriminering), autonomi (självständighet) och trygghet.

Formuläret kallas ICECAP-O (The Investigating Choice Experiments for the Preferences of Older People – CAPability index) (Coast, Flynn et al. 2008, Grewal et al. 2006). ICECAP-O bygger på djupintervjuer med äldre personer i Storbritannien (Coast, Flynn et al. 2008, Coast, Peters et al. 2008, Flynn et al. 2008, Grewal et al. 2006). Indexet består av 5 områden:

- **Tillgivenhet** (kärlek och vänskap)
- **Trygghet** (tänker på framtiden utan oro)
- **Roll** (Göra saker som får en att känna sig uppskattad)
- **Glädje** (njutning och nöje)
- **Kontroll** (oberoende)

Varje tema skattas utifrån fyra olika påståenden som bygger på s.k. best-worst scaling. Det vill säga de går från ”full kapabilitet” till ”ingen kapabilitet”. Centralt är att dessa påståenden gäller individens möjligheter och inte funktioner/resurser

Då de teman som ingår i ICECAP-O har visat sig vara av relevans för både relativt friska (Horder et al. 2013) och även mer sköra (Ebrahimi et al. 2012, Ekelund et al. 2014) äldre personer i Sverige, så har det nu översatts till svenska (Hörder, submitted). Formuläret finns i dagsläget inte översatt till något annat nordiskt språk. Formuläret är fritt tillgängligt på

<http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-O/index.aspx>

Instrumentet har även en tariff som kan användas för hälsoekonomiska utvärderingar. Det är det enda i sitt slag som inte enbart fokuserar på resurser utan istället antar en bred ansats till livskvalitet (Flynn et al. 2013). Instrumentet har visat sig ha acceptabel reliabilitet, men något lägre i förhållande till hälso-relaterad livskvalitet (Al-Janabi et al. 2014, Al-Janabi et al. 2013, Coast, Peters et al. 2008).

Kapabilitetsansatsen är inte uteslutande utan uppmuntrar istället till att man kombinerar den med andra teorier och mått (Robeyns 2006), så som självrapporterade funktioner och medicinska utfall. Med tanke på att äldre personer känsla av värde kan vara hotad så finns det anledning att betona en kapabilitetsansats i det hälsofrämjande arbetet med äldre personer.

## KÄLLOR

Al-Janabi, H., Flynn, T. N., Peters, T. J., Bryan, S., & Coast, J. 2014. Test-retest reliability of capability measurement in the UK general population. *Health Economy*. doi:10.1002/hec.3100.

Al-Janabi, H., Peters, T. J., Brazier, et al. 2013, An investigation of the construct validity of the ICECAP-A capability measure. *Quality of Life Research*, Vol. 22(7), pp. 1831-1840. doi:10.1007/s11136-012-0293-5.

Alkire, S. 2005, Why the Capability Approach? *Journal of Human Development*, Vol. 6 (1), pp. 115-133.

Coast, J., Flynn, T. N., Natarajan, et al. 2008, Valuing the ICECAP capability index for older people. *Social Science & Medicine*, Vol. 67(5), pp. 874-882. doi:S0277-9536(08)00254-2 [pii] 10.1016/j.socscimed.2008.05.015.

Coast, J., Peters, T. J., Natarajan, L. et al. 2008, An assessment of the construct validity of the descriptive system for the ICECAP capability measure for older people. *Quality of Life Research*, Vol. 17(7), pp. 967-976. doi:10.1007/s11136-008-9372-z.

Ebrahimi, Z., Wilhelmson, K., Moore, C. D. & Jakobsson, A. 2012, Frail elders' experiences with and perceptions of health. *Quality Health Research* Vol. 22(11), pp.

1513-1523. doi:1049732312457246 [pii] 10.1177/1049732312457246.

Ekelund, C., Mårtensson, L. & Eklund, K. 2014, Self-determination among frail older persons – a desirable goal older persons' conceptions of self-determination. *Quality in Ageing and Older Adults*, Vol. 15(3), pp. 90-101.

Flynn, T. N., Huynh, E., Peters, et al. 2013, Scoring the ICECAP-A capability instrument. Estimation of a UK general population tariff. *Health Economy*. doi:10.1002/hec.3014.

Flynn, T. N., Louviere, J. J., Marley, A. A. et al. 2008, Rescaling quality of life values from discrete choice experiments for use as QALYs: a cautionary tale. *Population Health Metrics*. Vol.6, (6). doi:1478-7954-6-6 [pii] 10.1186/1478-7954-6-6.

Fukuda-Parr, S. 2003, The human development paradigm: operationalizing Sen's ideas on capabilities. *Feminist Economics*, Vol. 9 (2-3), pp. 301-317.

Grewal, I., Lewis, J., Flynn, T. et al. 2006, Developing attributes for a generic quality of life measure for older people: preferences or capabilities? *Social Science & Medicine*, Vol. 62(8), pp. 1891-1901. doi:S0277-9536(05)00445-4 [pii] 10.1016/j.socscimed.2005.08.023.

Gudmundsson P. R. T. & Skoog I. 2015, Centrum för åldrande och hälsa. Göteborgs universitet. AgeCap. Multidisciplinär forskning för ett gott och värdefullt liv. [http://agecap.gu.se/digitalAssets/1539/1539918\\_broschyragecap\\_sv\\_150610\\_sidor.pdf](http://agecap.gu.se/digitalAssets/1539/1539918_broschyragecap_sv_150610_sidor.pdf)

Horder, H., Frandin, K. & Larsson, M. E. 2013, Self-respect through ability to keep fear of frailty at a distance: successful ageing from the perspective of community-dwelling older people. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, Vol. 8, 20194 doi:20194 [pii]

Human Development and Capabilily Association (online). Available from <http://hd-ca.org/>. Accessed 2016 April 27.

Marmot, M. 2006, *Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden*. Stockholm: Natur och Kultur.

Nordenfelt, L. 2003, Dignity of the elderly: an introduction. *Medicine Health Care and Philosophy*, Vol. 6(2), pp. 99-101.

Nussbaum, M. 2011, *Creating Capabilities: the Human Development Approach*. Cambridge, Mass: Belknap Press of Harvard University Press.

Robeyns, I. 2005a, The Capability Approach: a theoretical survey. *Journal of Human Development*, Vol. 6(1), pp. 93-117.

Robeyns, I. 2005b, Selecting capabilities for quality of life measurement. *Social Indicators Research*, Vol. 74(1), pp. 191-215.

Robeyns, I. 2006, The capability approach in practice. *The Journal of Political*

*Philosophy*, Vol. 14 (3), pp. 351-376.

Robeyns, I. 2011, The capability approach. In: Zalta, E. (Ed.) *Stanfords Encyclopedia of Philosophy*. <http://plato.stanford.edu/entries/capability-approach/> Accessed 2016 May 09.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2014, Etik och central värden i health literacy. I: Ringsberg, K., Olander, E. & Tillgren, P. (red.) *Health Literacy – teori och praktik i hälsofrämjande arbete*. Lund: Studentlitteratur, pp. 75-97.

Sen, A. 1982, *Choice, Welfare and Measurement*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

Sen, A. 2009, *The Idea of Justice*. Cambridge, Mass.: Belknap Press of Harvard University Press.

University of Birmingham. 2016, ICECAP capability measures. Available from [URL:http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-O/index.aspx](http://www.birmingham.ac.uk/research/activity/mds/projects/HaPS/HE/ICECAP/ICECAP-O/index.aspx) Accessed 2016 April 27.



# Fra arbejde til pensionistliv Transitioner i det sene liv udforsket gennem Visual Matrix metoden

Anne Liveng<sup>1</sup>

## Sammandrag

I denne artikel præsenteres analyser af en visual matrix om overgangen fra arbejdsliv til pensionistliv. Overgangen introduceres som en af flere transitioner i det sene liv, der indeholder sociale såvel som psykiske og sundhedsmæssige udfordringer for den enkelte og som samtidig er omgivet af stærke samfundsmæssige, normative diskurser. På baggrund heraf kan overgangen være vanskelig at tænke og tale om i hverdagens kommunikation. Visual matrix introduceres som en metode, der via sine potentialer for at containe følelser, der er tunge at bære, kan bibringe indsigter i betydningslag, traditionelle kvalitative metoder ikke når. Analysen af en visual matrix med overvejende kvindelige deltagere viser, at overgangen fra arbejde til pensionering rummer komplekse forestillinger og følelser. Gennemgående temaer er frygten for passivitet kontra en længsel efter at ”lade stå til”, fortvivlelse forbundet med det individuelle livs slutning kontra håb forbundet med et fortsat symbolsk liv gennem kommende generationer, og angst for tabet af individualitet og synlighed kontra glæde over at tilhøre en gruppe med nye, for andre måske skjulte, muligheder.

**Nyckelord:** Pensionering, kvinder, psyko-social metode, angst, håb.

## 1 BAGGRUND

### 1.1 Introduktion

I denne artikel præsenteres resultater fra en eksplorativ undersøgelse af transitioner i det sene liv, med fokus på forestillinger om overgangen fra arbejdsliv til livet som pensionist. Artiklen er baseret på et tværfagligt forskningsprojekt, *Exploring Life Transitions i*

---

<sup>1</sup> Roskilde universitet, Danmark, Institut for mennesker og teknologi, Center for Sundhedsfremmeforskning [aliveng@ruc.dk]

*Old Age through a Visual Matrix* (2014-15)<sup>2</sup>, der havde til formål at udvikle en image-baseret forskningsmetode i en nordisk sammenhæng. I projektet deltog britiske, danske og norske forskere. Projektet udforskede tre overgange i det sene liv: fra arbejdsliv til pension, fra almindelig mental funktionsevne til former for demens, og fra liv til død. Metoden skulle kunne involvere fagfolk og akademikere og udforske de psykosociale udfordringer, som overgange i det sene liv potentielt medfører. Forsknings-data blev produceret gennem tre to-dages workshops, en for hvert af de tematiske fokusområder.

De valgte transitioner udgør psykologiske udfordringer. Det er derfor nødvendigt at undersøge dem gennem metoder, der er i stand til at skabe et rum, der er trygt nok til at forskningsdeltagerne kan tale om de dimensioner af overgangen, der kan være svære at bære. I daglig tale kan vi sige, at vi ikke kan bære at tale om det der er tungt eller sorgfyldt. Kan vi ikke tale om det vanskelige, er det ofte også svært at tænke over det, og bearbejde det i kommunikationen med andre. Metoden Visual Matrix blev derfor valgt til undersøgelse af de nævnte transitioner, fordi metoden netop giver mulighed for at fremkalde personlige og kollektive forestillinger, der rutinemæssigt udelukkes fra hverdagens bevidsthed og kommunikation.

Artiklen fokuserer på kvinders forestillinger om overgangsfasen mellem livet som aktiv på arbejdsmarkedet og livet som pensionist. Der er tale om en transistorisk livsfase, der kan rumme både tab og nye muligheder, og som kan bevirke store identitetsforandringer (Erikson & Erikson 1998, Fristrup & Munksgaard 2009). En britisk undersøgelse drager paralleller mellem denne overgang og ungdomsfasens overgang til voksenlivet (Goodwin & O'Connor 2012). Det gælder fx at pensionister separeres fra andre voksne, eksempelvis når det gælder aktivitetstilbud, og at der kun er begrænset social kontakt mellem de to grupper, at mennesker i arbejde har begrænset kendskab til livet efter det lønnede arbejde, og at pensionisters sociale rolle er tvetydig og uklart defineret. Der eksisterer således rum for fantasier og forestillinger om livet som pensionist, som kun i begrænset omfang kan testes mod realiteter, som pensionistlivet kan indebære for den enkelte.

Samtidig foregår subjektive bearbejdnings og betydningsdannelser i forbindelse med overgangen i øjeblikket i en historisk og kulturel kontekst, der er stærkt optaget af "Aktiv aldring", herunder ældres motivation for fysisk aktivitet, og hvor ældre beskrives ud fra dikotomier som "Ældre byrden" eller "Det grå guld". Aldringsforestillinger og ældrepolitiske tendenser for *successful aging*, definerer både lykke og aldring primært ud fra medicinske mål for et godt helbred (Holstein & Minkler 2003), og med krav om individuelle valg og motivation som det, der betinger den sunde og aktive alderdom (Dahl 2011).

## 1.2 Pensionering i en dansk kontekst

Overgangen fra arbejdsliv til livet som pensionist, det som Laslett har kaldt "den tredje alder" (Laslett 1991), må betragtes som en transition med mulige sociale, psykologiske og sundhedsmæssige implikationer. Overgangen kan have sociale, psykologiske og

---

<sup>2</sup> Workshop serien *Exploring Life Transitions in Old Age through a Visual Matrix* (2014-15) modtog midler fra The Joint Committee for Nordic Research Councils in the Humanities and Social Sciences (NOS-HS).

sundhedsmæssige årsager; dels kan den bevirke forandringer indenfor de tre dimensioner.

Den gennemsnitlige tilbagetrækningsalder i Danmark ligger omkring 62-63 år. En undersøgelse fra 2011 viste at kvinder forlader arbejdsmarkedet, når de i gennemsnit er 61,4 år, mens mænd venter indtil de i gennemsnit er 63,2 år (Andersen & Jensen 2011). Karina Friis peger på tre hovedårsager til, at kvinder forlader arbejdsmarkedet to år før mænd (Friis 2011): Kvinder har typisk lavere løn og et dårligere arbejdsmiljø end mænd; de er ofte i omsorgsfag, hvilket kan være psykisk og fysisk hårdt. Kvinder har ofte ældre ægtefæller, som er uden for arbejdsmarkedet og de har angiveligt lettere ved at tilpasse sig det nye liv som efterlønsmodtager og pensionist, end mænd har.

Statistiske opgørelser tegner dog et komplekst billede af kvinders sundhed og livsvilkår i transitionsfasen mellem anden og tredje alder. Generelt vurderer kvinder i alle aldersgrupper deres helbred som værende dårligere end mænd gør det. I aldersgruppen 56-75 år vurderer knap 40 % af kvinderne deres helbred som værende nogenlunde, dårligt eller meget dårligt (Danmarks Statistik 2011). Ligeledes vurderer ældre kvinder deres psykiske velbefindende som værende dårligere end mænd gør det. Kun 45 procent af 67 årige kvinder vurderer således deres velbefindende som godt (Lauritzen 2014). Kvinder er endvidere overrepræsenteret indenfor offentlig forsørgelse såsom efterløn (56 %) og førtidspension (55 %).

Omkring pensionsalderen begynder brugen af antidepressiv medicin at vokse, særligt blandt kvinder (Jørgensen 2012). Forbruget af andre former for psykofarmaka stiger tilsvarende med alderen, hvor næsten dobbelt så mange kvinder som mænd i alderen 60-64 år behandles med hhv. angstdæmpende medicin samt sove- og beroligende medicin. Disse tal peger på, at overgangen til ”den tredje alder” for mange kvinder kan medføre store subjektive og sundhedsmæssige belastninger.

Når dette er sagt bør det tilføjes, at transitionen fra livet som aktiv på arbejdsmarkedet til pensionist for mange danske ældre ikke medfører de store økonomiske forandringer. Statistisk Tiårsoversigt 2011 (Etwil, Sejerbo & Mackie 2011) viser, at måden de 65-74 årige lever på har ændret sig betragteligt. De nye ældregenerationer kommer i stadig højere grad til at ligne den erhvervsaktive del af befolkningen. Flere bor i parcelhus end tidligere, og flere ejer deres egen bolig. Forbrugsmønstrene blandt de 65-74-årige har ændret sig siden årtusindeskiftet, og deres forbrug er vokset mere end øvrige aldersgrupper. De bruger *relativt* færre penge på medicin og flere penge på ferie og fritid end tidligere. Sammenholdt med tallene for brug af psykofarmaka kan dette pege på at solid økonomi ikke nødvendigvis udelukker psykiske belastninger forbundet med aldring. Samtidig viser tiårsoversigten dog også store indbyrdes forskelle mellem ældre afhængig af uddannelsesbaggrund, køn og generation (Baadsgaard & Brønnum-Hansen 2012).

Det arbejdsfrie liv indeholder samtidig muligheder for selvrealisering og afprøvning af drømme, der ikke før har været tid og rum for. Med den højere levealder er alvorlig funktionsnedsættelse for langt de fleste ældre udsendt og en solid økonomi indebærer, at det golfspillende seniorliv ikke bare er en smart reklameforestilling. Rejser, fritidsaktiviteter, forenings- og frivilligt arbejde mv. præger mange ”yngre ældres” hverdagsliv.

Ovenstående brede indblik viser en række modsætningsforhold og paradokser, som den explorative undersøgelse ønskede at belyse fra et psyko-socialt perspektiv. Gennem Visual Matrix metoden ønskede forskergruppen at ”gå bagom” statistiske opgørelser og fremherskende diskurser om aldring og etablere et rum, hvor på en gang subjektive og kollektive forestillinger, følelser og associationer, forbundet med transitionen kunne fremføres.

## 2 VISUAL MATRIX METODEN

En visual matrix er en psykodynamisk inspireret metode, der kan anvendes i udforskning af det affektive: i form af indre billeder, følelser og forestillinger. En visual matrix (VM) tilbyder mulighed for at fremkalde personlige og kollektive forestillinger, som rutinemæssigt udelukkes fra hverdagens bevidsthed og kommunikation. Gennem associativ tænkning og ved at tilbyde containment for følelser og tanker, der er vanskelige at bære, kan VM metoden nå dybere betydningslag end traditionelle kvalitative metoder (Froggett, Manley & Roy 2015).

En VM indledes med et stimulus materiale, fx billeder eller tegninger af relevans for undersøgelsestemaet. Matrixen om overgangen fra arbejde til pensionering blev indledt med en 10 minutters session, hvor deltagerne hver især på papir tegnede deres forestillinger om overgangen. Herved stimuleres deltagerens indre billeder og associative tænkning som en forberedelse til matrixen og en tilnærmelse til en tilstand af reverie (Bion 1967).

Deltagerne sidder herefter i en såkaldt ”snefnugs-formation”, der konstituerer matrixen. Begrebet dækker over en stoleopsætning, der medfører at ingen har direkte øjenkontakt med hinanden, idet stolene er placeret i en forskudt cirkel. Snefnugs-formationen afholder deltagerne fra at tale direkte til hinanden, hvorved gruppedynamikken begrænses. Matrixen faciliteres af en af de deltagende forskere. Facilitatorens rolle er værtens: med egne bidrag opfordrer hun varsomt deltagerne til at bidrage med indre billeder, forestillinger, følelser og associationer, efterhånden som de opstår. Facilitatoren deltager på lige fod med de øvrige deltagere, men holder sig tilbage, når matrixen er i proces. Forestillinger og associationer bringes frem, hvis og når deltageren føler behov herfor. Inspireret af det psykodynamiske begreb om ”frie associationer” er der intet krav om at tale eller nogen rækkefølge, der skal etableres mellem deltagerne. Deltagerne bedes om ikke at fortolke på det sagte undervejs i matrixen. I stedet opleves at billeder, følelser og associationer vokser frem som net af betydninger og danner et fælles tredje; en collage, der tilhører alle. Matrixen optages digitalt og transskriberes i fuld længde.

Matrixen følges af en post-matrix session, der fungerer som de-briefing, evaluering og første tolkningsfase. Deltagerne inviteres her først til at bidrage med deres oplevelser af at være med i matrixen. Herved sikres, at ubehagelige eller overraskende følelser kan finde udtryk før matrixen forlades. Dette er af etiske og menneskelige grunde centralt, idet der undervejs i matrixen kan fremkomme angstprovokerende billeder og forestillinger. Når der på denne måde er taget hånd om det følelsesmæssige indhold, opfordres deltagerne til at etablere den første tolkning af matrixen. Det kan være i form af at pege

på gennemgående forestillinger, fokusere på udvikling og forandring af bestemte billeder, eller at genkalde sig følelsesmæssige tilstande fra matrixen og hvad der bevirkede dem. Facilitator er ansvarlig for at fastholde input på plancher og ved hjælp af spørgsmål bringe processen videre. Alle plancher gemmes og anvendes som led i forskernes tolkning af den transskriberede matrix.

Umiddelbart efter at deltagerne har forladt post-matrix sessionen begynder forskernes analyse. I det konkrete tilfælde brugte den involverede forskergruppe den efterfølgende dag herpå. En af de deltagende forskere gennemarbejdede herefter materialet: Beskrev matrixens forløb, samlede billeder og beskrev deres udvikling og følelsesindhold, samt pegede på centrale og genkommende temaer i materialet.

Efter nogle ugers forløb mødtes de involverede forskere og etablerede et tolkningspanel, hvilket udgør sidste fase i analysearbejdet af en visual matrix. Panelet kan suppleres med forskere, der ikke har deltaget i selv matrixen. Der blev foretaget en hermeneutisk og psykosocialt inspireret tolkning af materialet. Forståelsen af billeder og forestillinger, samt de gennemgående temaer blev løbende diskuteret i panelet, på baggrund af dels psykosocial teori, dels øvrig litteratur vedrørende de tre valgte transitioner med henblik på at belyse projektets forskningsspørgsmål. Formålet med den løbende diskussion i panelet er at undgå ”vilde analyser” og eliminere blinde pletter hos den enkelte (Hollway & Jefferson 2013). Tolkningspanelet etablerer hermed en validering af de framskrevne analyser.

### **3 FRA ARBEJDSLIV TIL LIVET SOM PENSIONIST**

Matrixen om overgangen fra arbejdsliv til livet som pensionist havde 15 deltagere, 14 kvinder og en mand (sidstnævnte tilhørte forskergruppen og faciliterede matrixen). De fleste deltagere var ml. 50 og 65 år; hovedparten var aktive på arbejdsmarkedet, enkelte gået på pension. Deltagerne var alle veluddannede og økonomisk forholdsvis godt stillet. Matrixen foregik på engelsk og citaterne er for at bevare deres sproglige nuancer ikke oversat.

#### **3.1 Pensionering – tærsklen til alderdommen**

Matrixen dannede et komplekst net af betydninger forbundet med overgangen til pensionering. Overgangen markerede for deltagerne selve indgangen til alderdommen - forstået som tærsklen til den på en gang aktive, frie ”tredje alder” og samtidig indeholdende ”fjerde alders” forfald. Forestillinger om pensionering blev således udtrykt som på den ene side en åbning til et nyt liv, og på den anden side som et forstadium til døden.

Et af de første billeder, der blev bragt frem lød således:

The image I drew was a gateway to a meadow. And on the meadow, in the meadow, there are a lot of very bright colours and it's a very happy place to be, and where I was coming from was a very sterile box, so my transition is actually

towards colour and light, and a sense of... that dancing movement that someone else described, an ability to be more of myself.

Hurtigt derefter opstod modbilledet til den idylliske fremstilling af pensionistlivet i form af henvisninger til en digtstrofe: *"Do not go gentle into that black night"*.

Paradoksalt nok blev det arbejde, som man stod overfor at skulle opgive, kun yderst sporadisk belyst. Når det blev nævnt var det som ovenfor i abstrakte vendinger: som det, der gav struktur på hverdagen, og hvor man vidste hvad ens værdi bestod i, men også som noget begrænsende, rutinemæssigt og ikke-kreativt.

I stedet var fokus på eksistentielle spørgsmål: frygten for passivitet kontra længslen efter at "lade stå til", fortvivlelse forbundet med det individuelle livs slutning kontra håb forbundet med de kommende generationers liv, herunder det man følte man kunne give videre, samt angst for tabet af individualitet, synlighed og seksualitet, kontra glæde over at tilhøre en gruppe med nye, for andre måske skjulte, muligheder for kreativitet og oplevelser.

Karakteristisk for matrixens flow var denne vekslen mellem forestillinger om pensioneringen forbundet med håb og muligheder og forestillinger forbundet med tab: af helbred, status, socialt liv og betydning. Tilsvarende vekslede karakteren af de angstforsvar der kunne fremanalyseres ud fra billeder og associationer.

De samme billeder kunne ændre karakter og følelsesmæssig betydning gennem nye aspekter, der tilførtes et tidligere præsenteret billede. På denne måde fremtræder forestillingerne om transitionen og det tilknyttede følelsesmæssige indhold på ingen måde som stationært; men tværtimod forandres og bearbejdes det kreativt gennem det kollektivt skabte forløb, der finder sted i matrixen.

#### **4 OPSAMLING: MATRIXENS INDHOLD OG METODE**

På baggrund af de billeder, der fremkommer i matrixen tegner transitionen fra arbejdsliv til pensionistliv sig som en fase, der medfører psykiske, identitetsmæssige og eksistentielle udfordringer. Helt centralt står spørgsmålet om individualitet og uafhængighed, som kan ses som samlende for hele matrixen. Forestillingerne om overgangen veksler mellem polariserede billeder og integrerede. Som den ene, og skræmmende pol, ses visualiseringer der indeholder en stærk frygt for svækkelse og begrænsninger som følge af høj alder: angst for isolation og begrænset social kontakt, angst for tab af individualitet og tiltrækningskraft, frygt for måske p.g.a. af sygdom og handicap at havne i passivitet og afhængighedsforhold. Som den anden, positive pol, ses billeder og forestillinger der rummer nye muligheder og en anden mere harmonisk livsform. Her fremhæves frihed fra arbejdets struktur og disciplin, tid og ro til at følge sit eget tempo, mulighed for at være "mere sig selv".

Billederne forholder sig også til forestillinger om tredje og fjerde alder, men på den anderledes måde, at der her ikke er tale om kronologi, men samtidighed: tredje alders muligheder og fjerde alders forfald er indeholdt på samme tid i flere billeder.

Overgangen til pensionistlivet repræsenterer en indgang til begge tilstande – og dermed øges overgangens urovækkende karakter.

Herved indeholder matrixen komplekse og nuancerede billeder, som modsiger enkelt formulerede idéer om, hvad det betyder at blive pensioneret. Særligt interessant i konteksten af et moderne, sekulært samfund er måske de tilbagevendende billeder, der fremstiller relationer og symbolske bånd mellem generationerne. Disse visualiseringer står i opposition til fremherskende kulturelle idealer om selvberoenhed, og de nuancerer de mange udtryk, der også fremkommer i matrixen, som beskriver angst for afhængighed og tab af individualitet. Billederne viser en forestilling om livets fortsættelse i og gennem andre, gennem det man symbolsk set har ”plantet” eller videregivet til de kommende generationer. På denne måde bliver det individuelle livs endeligt integreret i en forestilling om livets stadige fortsættelse.

Det rige, følelsesmæssigt nuancerede materiale, som matrixen producerer, peger på de potentialer metoden rummer. Når der som her er tale om et forskningsfelt der på den ene side er præget af dikotomiske diskurser og forståelser, og på den anden side kan fremkalde stærke emotionelle reaktioner, er Visual Matrix velegnet til at gå bagom disse diskurser samtidig med at der åbnes et rum, hvor både frygt, angst og håb kan fremstilles. I relation til statistiske opgørelser om sundhed i det sene liv kan metoden bidrage med et indblik i nogle af de eksistentielle temaer, der kan udgøre psykologiske udfordringer, og som muligvis kan være medvirkende til at true den mentale sundhed hos ældre mennesker. Samtidig peger den via sit fokus på frembringelse af *forestillinger* på, at alle – også mennesker, der tilhører yngre generationer, har indre billeder af hvad det vil sige at blive ældre. Dermed referer den ikke til direkte oplevet eller sanset erfaring, men snarere til de diskurser, normer og billeder af alder, der er på spil i vores kultur og som vi som subjekter på en gang er påvirket af og selv og kollektivt bearbejder, bruger og omformer.

## KÄLLOR

Andersen, J. G. & Jensen, P. H. 2011, *Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet – årsager og effekter* (1. ed.). Frederiksberg C.: Frydenlund Academic.

Bion, W. R. 1967, *Second Thoughts*. London & New York: Karnac.

Baadsgaard, M. & Brønnum-Hansen, H. 2012, *Social Ulighed i Levetiden*. København: Arbejderbevægelsens Erhvervsråd.

Dahl, H. M. 2011, Who can be against Quality? In: Ceci, M.C., Björnsdóttir, C. & Purkis, K. (Eds.), *Perspectives on Care at Home for Older People*. London: Routledge Studies in Health and Social Welfare, pp. 139–157.

Danmarks Statistik. 2011, *Kvinder og mænd. Statistics Denmark*. København. Retrieved from <http://www.dst.dk/en>

Erikson, E. H. & Erikson, J. M. 1998, *The Life Cycle Completed: Extended Version*. New York: W. W. Norton.

- Etwil, A. P., Sejerbo, H. & Mackie, M. 2011, *Ældrestyrken kommer – de ældres indkomster, opsparing og forbrug. Danmarks Statistik, Statistisk Tiårsoversigt*. (Temaartikel.)
- Friis, K. 2011, Det er så yndigt at følges ad: Tilbagetrækningen fra arbejdsmarkedet set i et husstandsperspektiv. In: Andersen, J.G. & Jensen, P.H. (Eds.), *Tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet - årsager og effekter*. København: Frydenlund Academic, ss. 137 - 157.
- Frstrup, T. & Munksgaard, M. E. 2009, Alderdommen er ikke, hvad den har været. I: Glasdam, S., Appel Esbensen, B. & Andersen-Ranberg, K. (Eds.), *Gerontologi: Livet som ældre i det moderne samfund* (1. ed.). København K: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, ss. 76-91.
- Froggett, L., Manley, J. & Roy, A. 2015, The Visual Matrix Method: Imagery and Affect in a Group-Based Research Setting. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, Vol. 16(3), Art. 6. Retrieved from at:<<http://www.qualitative-research.net/inde>
- Goodwin, J. & O'Connor, H. 2012, Notions of fantasy and reality in the adjustment to retirement. *Ageing and Society*, Vol. 34(4), pp. 569–589. <http://doi.org/10.1017/S0144686X12001122>
- Hollway, W. & Jefferson, T. 2013, *Doing Qualitative Research Differently: Free Association, Narrative and the Interview Method* (2nd ed.). London: Sage.
- Holstein, M. B. & Minkler, M. 2003, Self, society, and the “New Gerontology.” *The Gerontologist*, Vol. 43(6), pp. 787-796. <http://doi.org/10.1093/geront/43.6.787>
- Jørgensen, C. R. 2012, *Danmark på briksen*. København: Hans Reitzel.
- Laslett, P. 1991, *A Fresh Map of Life*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Lauritzen, H. H. 2014, *Ældres ressourcer og behov i perioden 1997-2012. Nyeste viden på baggrund af ældredatabasen*. København: SFI - Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.



# Bruk og overforbruk av alkohol blandt eldre

Aud Johannessen<sup>1</sup>, Anne-Sofie Helvik<sup>2</sup>

## Sammendrag

Eldre personer er en sammensatt gruppe, også med et stort aldersspenn. Eldres helse og livsførsel varierer, men det er godt dokumentert i internasjonale studier at det har skjedd en økning i risikofylt alkoholbruk blant middelaldrene og eldre de siste 20 årene. Med økende alder og også eventuelle sykdommer, reduseres tålegrensene for inntaket av alkohol. Et inntak på nivå med hva man hadde i yngre år, kan gi negative helsemessige konsekvenser i eldre år. I et folkehelseperspektiv er det derfor viktig å få mer kunnskaper om Eldres alkoholvaner og konsekvenser av risikofylt og skadelig bruk for å fremme helsen i den eldre delen av befolkningen. I denne sammenhengen er det også viktig å redusere alkohol bruk og overforbruk i befolkningen generelt sett i et livsløpperspektiv for å fremme helse i befolkningen.

Kunnskapen om tålegrensene sett i et helseperspektiv og nødvendige forsiktighetsregler er mangelfull i samfunnet generelt sett, blandt eldre og også blant helsepersonell. Eldre har lite kunnskap om at grensen for når et alkoholinntak karakteriseres for risikofult er senket ved økende alder, sykdom og ved bruk av medikamenter. Et kunnskapsløft blant eldre er ønskelig. I et helsefremmende perspektiv vil det å styrke Eldres kompetanse bli en ressurs for å fremme egen helse. Dette kan også føre til at personer med risikofull bruk blir tilbudt behandling.

**Nøkkelord:** alkohol, bruk, eldre overforbruk

## 1 BAKGRUNN

Eldre personer er en sammensatt gruppe, også med et stort aldersspenn. Eldres helse og livsførsel varierer. Vaner og bruk av alkohol er også svært ulike. Først i de senere årene har helsevesenet og samfunnet satt fokus på eldre menneskers bruk av alkohol, og spesielt bruken av alkohol relatert til aldring og helse. Både i befolkningen generelt og blant helsepersonell har inntak av alkohol vært sett på som en privatsak.

---

<sup>1</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, VID Vitenskapelige høyskole, Norge, Institutt for sykepleie og helse [aud.johannessen@aldringoghelse.no]

<sup>2</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, St Olavs universitetssykehus, NTNU [anne-sofie.helvik@ntnu.no]

Med økende alder og eventuelle sykdommer, reduseres tålegrensene for inntaket av alkohol. Et inntak på nivå med hva man hadde i yngre år, kan gi negative helsemessige konsekvenser i eldre år. Det er godt dokumentert i internasjonale studier at det har skjedd en økning i risikofylt alkoholbruk blant middelaldrene og eldre de siste 20 årene (Crome et al. 2011, Rao et al. 2015, Støver et al. 2012).

I et folkehelseperspektiv er det derfor viktig å få mer kunnskaper om Eldres alkoholvaner og konsekvenser av risikofylt og skadelig bruk for å fremme helsen i den eldre delen av befolkningen (WHO 2014). Kunnskapen om tålegrenser sett i et helseperspektiv og nødvendige forsiktighetsregler er mangelfull i samfunnet generelt sett. Også blant helsepersonell er kunnskapen begrenset (Johannessen, Engedal & Helvik 2014, Johannessen et al. 2015).

De helsemessige konsekvensene av et stort inntak av alkohol, vil kunne føre til ytterligere belastning for den eldre og for helsevesenet i tiden som kommer, siden andelen eldre i Scandinavia og også Norge vil øke på grunn av den demografiske utviklingen med en dobling av eldre over 67 år frem mot 2060 (Kristiansen 2014). For å fremme helse er det nå en nasjonal satsing i Norge og andre land som nå retter fokus på å forebygge og behandle alkohol og alkoholrelaterte problemer også hos eldre.

## **2 BRUK OF FORBRUK AV ALKOHOL I NORGE**

I Norge som i andre vestlige land, er bruken av alkohol knyttet til kultur og subkulturer (Crome et al. 2011, Støver et al. 2012). Tidligere har det vært vanlig blant eldre å reduseres det gjennomsnittlige alkoholkonsumet med økende alder. De siste årene har en imidlertid sett at alkoholinntaket ikke går ned så mye med økende alder som det gjorde på 1970- og 1980-tallet. Antallet eldre som er avholdende fra alkohol er også lavere nå enn tidligere. Data fra en Helseundersøkelsen i Norge (HUNT3) viser en markant endring i alkoholinntaket blant eldre i 2006-2008, sammenlignet med tall fra tidligere undersøkelser i samme fylke (Støver et al. 2012). Hvis en ser på gruppen eldre finner en at de drikker større kvanta nå enn tidligere, og at dem som drikker mest er i aldersgruppen mellom 66 og 79 år (Bye & Østhus 2012). Menn drikker i dag som tidligere oftere og mer enn kvinner, og er sjeldnere totalavholdende enn kvinner. De fleste eldre har et moderat alkoholforbruk, men en norsk studie viser at mer enn 6 prosent av de som er i alderen 50-70 år har et risikofylt alkoholinntak (Slagsvold & Løset 2014). Andre forskere konkluderer med at det ikke er grunn til å anta at økningen i alkoholbruk hos eldre vil føre til dramatiske endringer i alkoholrelaterte sykdommer og skader, bortsett fra hos personer som vanligvis drikker seg beruset hver gang de drikker (Brunborg & Østhus 2015).

I Norge synes bruk av alkohol blant eldre å være knyttet til grad av utdanning og hvor du bor. De eldre som har høyere utdanning og/eller bor i tettbygde strøk er sjeldnere avholdende og drikker ofte mer enn de med lav utdanning, eller om de bor på bygda. Bedre økonomi og økt levestandard i befolkningen har ført til økning i alkoholinntaket (Løset & Slagsvold 2013). Derfor er det viktig at vi har fokus på hva som kan anses som moderat og risikofull bruk av alkohol blant eldre i et helsefremmende livsperspektiv.

## **3 ALKOHOL TIL LIVSNYTELSE OG MESTRING**

### **3.1 Alkohol som et middel til livsnytelse og god helse**

Mange eldre sier at økningen i bruken av alkohol kom i forbindelse med overgangen til pensjonisttilværelsen. Nå kan de ta ett glass eller to flere ganger i uka. Dagens eldre bruker alkohol for å nyte det gode liv. Av mange blir også inntaket sett på som godt for helsen. De har lest at det er mulig å forebygge hjerte- og karsykdommer dersom en tar et glass vin jevnlig. Dette er informasjon mange har fått med seg gjennom presseopp-slag (Løset & Slagsvold 2013). Flere forskere tilbakeviser imidlertid at det skal være en sammenheng som gjør at en skal drikke for helsen skyld, blant andre Filmore og kollegaer (2007). Eldre må få muligheten til å nyte det gode liv og innta alkohol, men det er viktig å få kunnskap om at alkoholinntak i eldre år bør være moderat, og lavere enn hva det var da de var yngre. Det er ingen grunn til å hevde at ikke bruk av alkohol bedrer helsen.

### **3.2 Alkoholinntak som en reaksjon på livshendelse eller sykdom**

For andre eldre er et økt alkoholkonsum ikke knyttet til det gode liv eller livsnytelse, men til en livshendelse. Det kan være at de eller noen i deres nærmeste familie får en sykdom, eller det kan for eksempel være som en reaksjon på tap av jobb og/eller ekte-felle (Alcohol Concern 2002). Således kan eldre bruke alkohol som smertelindrende el-ler for å redusere spenning.

Noen eldre bruker alkohol for å mestre psykiske vansker og sykdom, men det er ikke alltid enkelt å vite hva som kommer først og sist av økt alkoholforbruk eller psykiske symptomer (Caputo et al. 2012). Alkoholkonsumet kan over tid bli betydelig. En del eldre som utvikler et risikofullt alkoholinntak i høy alder, har ofte venner med en positiv holdning til alkohol (Tolvanen & Jylhä 2005).

## **4 RISIKOFULL BRUK AV ALKOHOL**

### **4.1 Hva er risikofullt inntak?**

Risikofullt eller uønsket inntak er konsum av alkohol i mengder som overstiger det anbefalte og som kan gi negative helsekonsekvenser. Risikofull bruk kan forekomme uten at det er avhengighet.

### **4.2 Moderat og risikofullt inntak av alkohol**

Hva som er et risikofullt alkoholforbruk blant eldre kan diskuteres. I noen land er det utviklet retningslinjer for hva som ansees som akseptabelt alkoholinntak for eldre. Dette

er et inntak som antas å være lite helseskadelig for eldre generelt sett. Norge har ikke utviklet slike retningslinjer. Noe av grunnen kan være at selv et alkoholinntak under de anbefalte grensene kan være skadelig for noen. En veiledende grense kan være med på å drive alkoholkonsumet opp, dersom et inntak innenfor grensen oppfattes som helt ufarlig.

Det er viktig å få fram at det som ansees for et akseptabelt forbruk må ligge lavere hos eldre enn hos de som er yngre. I land som USA og England er anbefalt grense satt til en alkoholenhet (en drink 4 cl, en flaske øl 0,33 dl, ett glass vin 12 cl) per dag for både kvinner og menn (The American Geriatric Society 2003). I Italia anbefales det at eldre drikker 35 prosent mindre enn yngre voksne. Flere innen rusfeltet anbefaler også at eldre aldri drikker mer enn to til tre alkoholenheter på en dag og ikke over syv enheter pr uke. Kvinner, som vanligvis er mer sårbare for alkoholinntak enn menn, bør helst ha et lavere inntak enn dette. For å unngå at eldre skal utvikle en økt toleranse for alkohol anbefales det videre at eldre har tre til fire dager hver uke hvor de ikke nyter alkohol. På bakgrunn av at det er stor variasjon i hvor mye hver enkelt eldre tåler av alkohol, er det vanskelig å gå ut med helt konkrete råd om antall enheter for den enkelte. Men det er viktig alkoholkonsumet er moderat. Videre bør det understrekes at eldre som bruker medisiner bør undersøke med lege om alkohol kan virke uheldig sammen med inntak av medikamenter.

### **4.3 Tre drikkemønstre i et livsperspektiv**

I et livsperspektiv kan vi grovt sett dele et risikofullt alkoholinntak i eldre år i 3 typer av drikkemønstre. Det er de som debuterer sent med et risikofullt alkoholinntak, de som debuterer tidlig og de som drikker i perioder.

De eldre som debuterer sent med et betydelig konsum er de som øker alkoholinntaket etter fylte 65. En slik økning kommer ofte som en reaksjon på en livshendelse og/eller sykdom slik det er beskrevet under avsnittet alkoholinntak som en reaksjon på livshendelse eller sykdom i eldre år.

De eldre som har debutert tidlig er de som trekker med seg et betydelig alkoholkonsum fra yngre dager over i alderdommen. Man regner med at dette internasjonalt utgjør ca to tredjedeler av de som er 65 år og eldre som har ett risikofyllt alkoholforbruk. Noen av disse har hatt et avhengighetsforhold til alkohol over lengre tid. Andre har hatt et meget høyt alkoholforbruk gjennom store deler av sitt voksne liv, men har ikke nødvendigvis hatt et avhengighetsforhold til alkohol.

Den tredje typen drikkemønster som eldre kan ha, er å drikke i perioder. De kalles gjerne periodedrikkere eller periode drankere. De drikker i avgrensede perioder og da drikker de i så store mengder at det forårsaker problemer. I andre perioder er ikke konsum av alkohol problematisk.

## **5 REGISTRERING OG RAPPORTERING AV RISIKOFULL BRUK**

### **5.1 Manglende registrering og rapportering av risikofull bruk**

Antallet eldre med problemer knyttet til alkohol antas å være høyere enn det som blir registrert. Antakelig er problemet underrapportert. Dette kan skyldes diffuse symptomer. Andre med bekymringsfull bruk blir ikke registrert fordi deres bruk kan bli oppfattet som forståelig ut fra livssituasjonen til den enkelte (Johannessen, Engedal & Helvik 2014). Eldre selv er også ofte tilbakeholdende med å fortelle om sitt forbruk og trivialisere dette slik at problemene ikke blir registrert (Johannessen et al. 2015).

Pårørende kan også ønske å dekke over en problematisk bruk. Risikofullt misbruk er et følsomt tema. Mange pårørende mener dessuten at deres ektefelle/mor/far må få drikke som de er vant til, fordi de er gamle og har lav livskvalitet og svekket helse, og fordi alkohol kan ha en lindrende effekt (Johannessen et al. 2015).

Et annet moment som påvirker rapportering av risikofull bruk av alkohol er, at helsepersonell tradisjonelt sett har hatt lite fokus på problematisk bruk av alkohol i sitt arbeid blant eldre. Helsepersonell generelt sett, inklusive fastlegene, kan for eksempel ha ansett bruk av alkohol som en privat sak (Johannessen, Engedal & Helvik 2014, Johannessen et al. 2015). Hjelpeapparatet blir i en annen norsk studie publisert i 2015 beskrevet som unnvikende (Johannessen et al. 2015).

### **5.2 Eldres kompetanse – en ressurs**

Eldre har for lite kunnskap om alkohol. Helsepersonells erfaringer fra praksis i kommunehelsetjenesten er at de fleste eldre har lite kunnskap om, økt falltendens og/eller andre skadevirkninger av. Likeledes er kunnskapen om farene ved bruk av alkohol i kombinasjon med psykofarmaka tildeles manglende i denne aldersgruppen. Fra undersøkelser vet vi at eldre personer har manglende og varierende kunnskaper om hvordan alkohol og psykofarmaka eller en kombinasjon av dette virker inn på deres funksjonsnivå og helse. På bakgrunn av det lave kompetansenivået som eldre generelt sett har på dette området, kan et nasjonalt og kommunalt kunnskapsløft ha betydning for den fremtidige bruken av alkohol blant eldre (Johannessen, Engedal & Helvik 2014, Ytrehus & Ervik 2014). Dette kan også føre til at personer med risikofull bruk blir tilbudt behandling. Videre kan kommunens helsepersonell og fastlegene i sin kontakt med den enkelte bruker/pasient informere om farene forbundet med bruk av alkohol og i kombinasjon med psykofarmaka slik at den eldre kan få motivasjon til å justere sitt forbruk før det blir risikofullt, og eventuelt gi et om dette ikke fører frem. Når den eldre kompetanse øker, kan denne bli en mestringsressurs. En studie av Windle og Windle (2015) understreker viktigheten av å redusere forbruket tidlig fordi dette innvirker på senere overforbruk.

### 5.3 Hjemmetjenesten – en viktig, men lite benyttet ressurs

Hjemmetjenesten kan bidra til at risikofull bruk av alkohol avdekkes og følges opp blant eldre. Selv om helsetjenesten som sådan har hatt lite fokus på slik bruk, så tar enkelte helsearbeidere dette opp med eldre pasientene når forbruket blir ansett som et problem hos personen (Johannessen, Engedal & Helvik 2014). Helsepersonell kan også forsøke å holde et øye med forbruket av alkohol hos pasientene, men som oftest er det ikke en relevant problemstilling. Oftest er det ikke etablert rutiner for å registrere forbruket av alkohol i kommunehelsetjenesten (Duckert et al. 2008, Kjosavik 2012, Johannessen, Engedal & Helvik 2014, Ytrehus & Ervik 2014, Johannessen et al. 2015). Men en ser nå at noen kommuner begynner å få fokus på at rutiner for kartlegging og registrering bør etableres. En ny studie fra kommunehelsetjenesten har vist at helsepersonell til dels mangler generelle kunnskaper om hva som er moderat og risikofullt alkoholinntak blant eldre. De ansatte mangler også ofte kompetanse om alkoholens generelle innvirkning på helsen til eldre, bortsett fra den de har fått gjennom egne erfaringer fra praksis (Johannessen, Engedal & Helvik 2014). Å følge pasientene med det for øye å kunne avdekke et problematisk forbruk, er vanskelig i hverdagen uten faste rutiner for oppfølging av slik bruk blant eldre. Når en hjemmeboende pasient faller, er det ikke nødvendigvis alkoholbruk en tenker på. Det er lett å søke etter en forklaring i somatiske plager som svimmelhet og blodtryksfall (Johannessen, Engedal & Helvik 2014).

## 6 SAMMENDRAG

For å fremme helsen i den eldre delen av befolkningen er det viktig å få mer kunnskaper om Eldres alkoholvaner og konsekvenser av risikofyllt og skadelig bruk. Kunnskapen om tålegrenser sett i et helseperspektiv og nødvendige forsiktighetsregler er mangelfull i samfunnet generelt sett, blandt eldre og også blant helsepersonell. Eldre har også lite kunnskap om at grensen for når et alkoholinntak karakteriseres for risikofullt er senket ved økende alder, sykdom og ved bruk av medikamenter. Et kunnskapsløft blant eldre er ønskelig. I et helsefremmende perspektiv vil det å styrke Eldres kompetanse bli en ressurs for å fremme egen helse. Dette kan også føre til at personer med risikofull bruk endrer sin bruk eller søker behandling dersom det har oppstått avhengighet.

## KILDER

Alcohol Concern. 2002, *Alcohol Misuse among Older People*; autumn. Hentet fra: <http://www.alcoholconcern.org.uk/servlets/doc/50>

Brunborg, G. S. & Østhus, S. 2015, Alcohol in the second half of life: do usual quantity and frequency of drinking to intoxication increase with increased drinking frequency? *Addiction*, Vol. 110, pp. 308-315.

Bye, E. K. & Østhus, K. 2012, *Alkoholkonsum blant eldre*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

- Caputo, F., Vignoli, T., Leggio, L., Addolorato, G., Zoli, G. & Bernardi, M. 2012, Alcohol use disorders in the elderly: a brief overview from epidemiology to treatment options. *Experimental Gerontology*, Vol. 47, pp. 411-416.
- Crome, I., Dar, K., Janikiewicz, S., Rao, T. & Tarbuck, A. 2011, *Our invisible addicts*. College Report CR165. London: Working Group of the Royal College of Psychiatrists; Hentet fra: <http://www.rcpsych.ac.uk/files/pdfversion/cr165.pdf>.
- Duckert, F., Lossius, K., Ravndal, E. & Sandvik, B. 2008, *Kvinner og alkohol*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fillmore, K. M., Stockwell, T., Chikritzhs, T., Bostrom, A. & Kerr, W. 2007, Moderate alcohol use and reduced mortality risk: systematic error in prospective studies and new hypotheses. *Annals Epidemiology Journal*, Vol. 17(5), pp. 16-23.
- Johannessen, A., Engedal, K. & Helvik, A-S. 2014, Use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: Is that an issue when services are planned for and implemented? *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 29(2), 325-32. doi: 10.1111/scs.12166.
- Johannessen, A., Helvik, A-S., Engedal, K., Ulstein, I. & Sørli, V. 2015, Prescribers' of psychotropic drugs experiences and reflections on use and misuse of alcohol and psychotropic drugs among older people: A qualitative study. *Quality in Primary Care Journal*, Vol. 23(3), pp. 134-140.
- Kjosavik, S. R. 2012, *Prescribing and Prescribers of Psychotropic Drugs in Norway*. (Doktorgrad), Bergen: Universitetet i Bergen.
- Kristiansen, J. E. 2014, *Dette er Norge 2014. Hva tallene forteller*. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Løset, G. K. & Slagsvold, B. 2013, Alkohol i eldre år: Hvem drikker mer? I: Daatland, S.O. & Slagsvold, B. (red.). *Vital aldring og samhold mellom generasjoner*. Oslo: NO-VA rapport 15/13, ss. 52-73.
- Rao, R. T., Crome, I., Crome, P., Ramakrishnan, A. & Iliffe, S. 2015, (Eds.) *Substance Use and Older People*. Oxford: Wiley & Sons, Ltd.
- Slagsvold, B. & Løset, G.K. 2014, *Eldres alkoholkonsum. Utviklingstrekk og årsaker. Hva forteller NorLAG-studien?* Forebygging.no 2014. <http://www.forebygging.no/Artikler/2014-2012/Eldres-alkoholkonsum-Utviklingstrekk-og-arsaker-Hva-forteller-NorLAG-studien/>
- Støver, M., Bratberg, G., Nordfjærn, T. & Krokstad, S. 2012, *Bruk av alkohol og medikamenter blant eldre (60+) i Norge. Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag*. Trondheim: Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet.
- Tolvanen, E. & Jylhä, M. 2005, Alcohol in life story interviews with Finnish people aged 90 or over: Stories of gendered morality. *Journal of Aging Studies*, Vol. 19, pp. 419-435.

The American Geriatric Society. 2003, *Clinical Guidelines for Alcohol Use Disorders in Older Adults*. Hentet fra:  
<http://www.americangeriatrics.org/products/positionpapers/alcohol.shtml>

WHO. 2014, *Global Status Report on Alcohol and Health 2014*. Hentet fra  
[www.who.int](http://www.who.int)

Windle, M. & Windle, R. C. 2015, A prospective study of stressful events, coping motives for drinking, and alcohol use among middle-aged adults. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, Vol. 76(3), pp. 456-73.

Ytrehus, S. & Ervik, R. 2014, Rusproblemer blant eldre. *Geriatrisk sykepleie*, 6(1), ss. 8-14.



# Demens

Aud Johannessen<sup>1</sup>

## Sammendrag

Bedre helse i befolkningen og bedre helsetjenester i vestlige land har ført til lengre livslengde og dermed høyere forekomst av demens. De fleste personer med demens i Skandinavia bor i eget hjem, i tidlig og moderat fase av sykdommen. Derfor ønsker jeg i dette kapittelet sett fra et helsefremmende perspektiv å belyse hvordan det er å leve med demens og hva personer med demens har behov av for å opprettholde helse i tidlige og moderate stadier av demenssykdommen. Det er gjort lite forskning på hvordan det er å leve med demens, men vi har noe kunnskap på at personer med demens forblir meningsskapende individer langt inn i demenssykdommens seneste stadier. Denne kunnskapen gir oss innblikk i hvordan vi kan utvikle og tilrettelegge tjenester i samarbeid med personer med demens og belyses i dette kapittelet.

**Nøkkelord:** demens, erfaringer, tjenester

## 1 BAKGRUNN

Bedre helse i befolkningen og bedre helsetjenester i vestlige land har ført til lengre levealder og dermed en høyere forekomst av demens (Alzheimers Disease International 2009). I henhold til WHO er det 35, 6 millioner personer som lever med en demens sykdom i verden, og antallet vil doble seg innen 2030 (WHO 2012). I Skandinavia var det rundt regnet 350, 000 som hadde en demenssykdom i 2005 (110,000 men og 240, 000kvinner). Flertallet av personer med demens i Skandinavia bor i eget hjem, med hjelp fra pårørende og helsevesenet før de oftest i sluttfasen av sykdommen flytter på institusjon (SBU 2006). Verdens helseorganisasjon (WHO 2012) og Alzheimers Disease International (2009) har lagt vekt på at demens må prioriteres i det offentlige helsevesenet.

## 2 Å FÅ EN DEMENS DIAGNOSE

De fleste som rammes av en demenssykdom er eldre og pensjonister, men demenssykdommen kan også ramme de som er under 65 år. Eldre og yngre som rammes kan ofte

---

<sup>1</sup> Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, VID Vitenskapelige høyskole, Norge, Institutt for sykepleie og helse [aud.johannessen@aldringoghelse.no]

være i god fysisk form og aktive. Omtrent to tredeler av dem som får en demenssykdom før 65 år i Norge, er dessuten i arbeid på det tidspunktet demenssymptomene blir merkbare (Haugen 2012). Sannsynligheten for at dette også gjelder de resterende nordiske landene er stor. Som en konsekvens av den progredierende sykdomsutviklingen vil både yngre og eldre personer med en demenssykdom møte mange store utfordringer i den nærmeste fremtid med behov for ulike tiltak for å kunne opprettholde og fremme egen helse. Etter hvert som tiden går etter å ha fått en demensdiagnose, forteller mange at de har forsonet seg med situasjonen, men de har mange tanker om hvordan livet kommer til å bli fremover (Johannessen & Möller 2013).

Personer med demens har vanligvis innsikt i sykdommen og sin situasjon, men dette kan variere (Vogel, Waldorf & Waldemar 2010, Wogn-Henriksen 2012, Johannessen & Möller 2013). Ved enkelte av demenssykdommene, som for eksempel frontotemporal demens (FTD) er som oftest denne innsikten mangelfull eller fraværende (Engedal & Haugen 2009). Personer med en demenssykdom, som har innsikt i sin situasjon, kan beskrive hvordan hverdagen fortøner seg på det tidspunktet når diagnosen blir stilt, og ofte har de et ønske om å kunne få snakke om sykdommen og om sin nye livssituasjon. De kan beskrive tiden før diagnosen og opplevelse av endringer som vansker med å huske hva man skal si og gjøre. Mange aktiviteter og arbeidsoppgaver blir etter hvert, for kompliserte, eller umulig å utføre (Johannessen & Möller 2013). Personer med demens kan i stor grad sette ord på egne behov, som noe å fylle dagen med og noen å være sammen med (Wogn-Henriksen 2012, Robertson, Evans & Horsnell 2013, Rostad, Hellzen & Enmarker 2013). Det er derfor viktig å inkludere personene med demens og kartlegge deres behov. Personer med demens er ofte klar over at demens kan resultere i redusert evne til å ta riktige beslutninger (Johannessen & Möller 2013). Når denne evnen svekkes, kan variere fra person til person og må vurderes gjennom sykdomsforløpet.

De senere tid har det vært mye oppmerksomhet på oppfølging av pårørende til personer med demens. Det har ikke i samme grad vært fokus på personen selv som har fått en demenssykdom. Tiltak har derfor stort sett vært basert på hva helsepersonell vurderer at denne gruppen trenger (Wogn-Henriksen 2012, Rostad, Hellzen & Enmarker 2013). Det er viktig at de som selv har sykdommen får mulighet til å bli hørt. Deres erfaringer og meninger kan fanges opp gjennom samtaler hvor personen med demens kan gi uttrykk for sine behov også i grupper sammen med andre personer som har sykdommen (Wogn-Henriksen 2012, Johannessen et al. 2016). Deres meninger bidrar til økt treffsikkerhet i utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud, og gir pasienter generelt mulighet til å påvirke og bestemme over egne liv.

### **3 ERFARINGER MED DIAGNOSTIKK**

Noen ganger kan personer med demens får stilt andre diagnoser som utbrenthet og depresjon før de får stilt en demensdiagnose. Dette forekommer spesielt hos yngre personer med demens, og særlig hos personer med frontallaps demens (Chow, Pio & Rockwood 2011). Pårørende har ofte vært pådrivere i den diagnostiske prosessen for å få stilt riktig diagnose. (Johannessen & Möller 2013). Det er derfor viktig å ha fokus på å inkludere personer med demens i alle behandlings- og oppfølgingssituasjoner så langt dette er mulig (Wogn-Henriksen 2012). Den første tiden etter at diagnosen er stilt opp-

leves for mange som spesielt vanskelig, og mange kan ha behov for hjelp i denne fasen (Johannessen & Möller 2013).

## **4 HVORDAN LEVE MED DEMENS?**

Å leve med demens innebærer for mange at de må kjempe med seg selv og omgivelsene for å bevare verdighet. Personer med demens kan lett føle seg oversett og oppleve at de ikke blir regnet med og tatt med på avgjørelser (Rostad, Hellzen & Enmarker 2013, Griffin, Oyebode, & Allen 2015).

I hverdagen kan de oppleve at det er spesielt vanskelig i situasjoner der det er mange mennesker, fordi det da er vanskelig og følge med på det som skjer rundt dem. Å opprettholde kontakt med omgivelsene blir derfor vanskelig (Johannessen & Möller 2013, Brorsson 2013). Personer med demens kan etter hvert ikke lengre kjøre bil og ikke alle mestrer å benytte offentlig transport. Det fører til at de blir mer avhengig av andre og ikke kommer seg til aktiviteter og steder de oppsøkte tidligere.

Videre kan personer med demens beskrive mestringsstrategier for å takle konsekvensene av demenssykdommen. Eksempel på det er når de opplever at setningene og ordene forsvinner, men ordene komme tilbake dersom de tar det med ro og venter litt. De beskriver også at stress innvirker på mestring; dersom de tar en ting av gangen og ikke haster i vei, så mestrer de flere ting bedre. Mange personer med demens uttaler at medisinerne de har fått for å bremse utviklingen av demenssykdommen har hjulpet dem på en slik måte at de kan konsentrere seg om oppgaver i større grad, som for eksempel å lese eller å strikke. Andre kan beskrive at medisinerne gjorde det lettere å snakke mer sammenhengende (Johannessen & Möller 2013). Økonomiske konsekvenser som følge av sykdom er også beskrevet som vanskelig for mange, og spesielt kan dette være tilfelle hos de som får en demenssykdom før 65 år (Gibson, Anderson, & Acocks 2014).

## **5 BEHOV FOR TILTAK**

Man blir ikke regnet med på samme måte lenger og «andre tror vel at jeg er dum», er uttrykk og følelser personer med demens kan ha (Johannessen & Möller 2013). Personer med demens ønsker å bli behandlet som andre mennesker, og de ønsker å delta på tilbud sammen med likesinnede (Beattie et al. 2004). Personer med demens – som mennesker flest – er opptatt av å ha noe å gjøre, og å ha noe å gå til. I mange sammenhenger er de avhengige av andre. Eksempler på dette er hjelp ved matlagning, handling, transport og hjelp til å opprettholde kontakt med andre. De har også behov for hjelp til å utføre aktiviteter, som beskrevet tidligere. Noen deltar på aktiviteter sammen med familie, og har arbeidsoppgaver for andre familiemedlemmer som snekring, forskjellige reparasjoner, hagearbeid, pass av hund eller barn (Johannessen & Möller 2013). Det å opprettholde holdepunkter og forankringer til omgivelsene og andre mennesker er noe av kjernen i det som skaper meningsfullhet i menneskers liv (Buber 1927). En livssituasjon hvor en person går hjemme er negativ for psykisk som fysisk helse, og vil også påvirke andre familiemedlemmer og fremmer ikke helse (Holley 2007, Brorsson 2013).

Personer med demens har behov for informasjon om sykdommen underveis i sykdomsforløpet, men ikke med en gang de har fått diagnosen. Noen kan også gi uttrykk for at det er godt å ha noen å kontakte ved behov (Johannessen & Möller 2013). Den store mangelen ved tiltak som er igangsatt, er ofte at en ikke har spurt personer med demens om deres ønsker og behov knyttet til å opprettholde egen helse (Beattie et al. 2004).

## 6 NÅR PERSONER MED DEMENS IKKE HAR INNSIKT

Det er ikke alle personer med en demenssykdom som har innsikt i sin situasjon. Dette gjelder først og fremst pasienter med FTD, som nevnt tidligere, men også ved andre typer demens kan pasienter ha manglende innsikt eller benekte at de er syke (Engedal & Haugen 2009). For å beskrive pasientgruppen benyttes derfor erfaringsbasert kunnskap. Denne kunnskapen tilsier at det er spesielt viktig å skape og tilstrebe en god allianse med pasienten, som også innebærer å spille på lag med pasienten. I dialogen med pasienten er det viktig å ta utgangspunkt i noe som oppleves positivt for pasienten, slik at han eller hun blir møtt på egne behov. Underveis i dialogen vil det da erfaringsmessig være lettere å få til tiltak som er til det beste for pasienten. Men effekten av tiltakene innebærer også at det legges til rette for samarbeid med, og informasjon til nære pårørende (Engedal & Haugen 2009).

## KILDER

Alzheimer's disease international. 2009. *World Alzheimer report*. [www.alz.co.uk](http://www.alz.co.uk) Retrieved 04.04.16

Beattie, A., Daker-White, G., Gilliard, J. & Means, R. 2004, 'How can they tell?' A qualitative study of the views of younger people about their dementia and dementia care services. *Health Social Care in the Community*, Vol. 12(4), pp. 359-68.

Brorsson, A. 2013, *Access to Everyday Activities in Public Space*. Doctoral Thesis. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of neurobiology, care sciences and society division of occupational therapy.

Buber, M. 1923, *Ich und Du*. Leipzig, Germany: Insel-Verlag.

Chow, T. W., Pio, F. J. & Rockwood, K. 2011, An international needs assessment of caregivers for frontotemporal dementia. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, Vol. 38, pp. 753-757.

Engedal, K., & Haugen, P.K. 2009, *Demens fakta og utfordringer: en lærebok*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Gibson, A. K., Anderson, K. A. & Acocks, S. 2014, Exploring the services and support needs of families with early-onset Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, Vol. 29, pp. 596-600.

Griffin J., Oyebode, J.R. & Allen, J. 2015, Living with a diagnosis of behavioural-

variant frontotemporal dementia: The person's experience. *Dementia*, Feb 2. pii: 1471301214568164. 1-21.

Haugen, P. K. 2012, *Demens før 65 år, Fakta, utfordringer og anbefalinger*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse.

Holley, U. A. 2007, Social isolation: a practical guide for nurses assisting clients with chronic illness. *Rehabilitation and Nursing*, Vol. 32(2), pp. 51-56.

Johannessen, A. & Möller, A. 2013, Experiences of persons with early-onset dementia in everyday life: A qualitative study. *Dementia*, Vol. 12, pp. 410-424.

Johannessen, A., Helvik, A-S., Engedal, K. & Thorsen, K. 2016, Experiences and needs for assistance among spouses of people with young-onset frontotemporal dementia: A qualitative study. Submitted.

Robertson, J., Evans, D. & Horsnell, T. 2013, Side by side: A workplace engagement program for people with younger onset dementia. *Dementia*, Vol. 12(4), pp. 666-674.

Rostad, D., Hellzen, O. & Enmarker, I. 2013, The meaning of being young with dementia and living at home. *Nursing Reports*, Vol. 3, pp. 12-16.

SBU. 2006, *Dementia Diseases – a Systematic Review*. SBU's summary and conclusions. <http://www.sbu.se/sv/Publicerat/Gul/Demenssjukdomar/> Retrieved 04.04.16.

Vogel, A., Waldorf, F. B. & Waldemar, G. 2010, Impaired awareness of deficits and neuropsychiatric symptoms in early Alzheimer's disease: The Danish Alzheimer Study (DAISY). *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, Vol. 22(1), pp. 93-99.

Wogn-Henriksen, K. 2012, *Du må... skape deg et liv*. Doktorgrad. Trondheim: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet. Fakultet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Psykologisk institutt.

WHO. 2012, *Dementia: a Public Health Priority*. World Health Organization and Alzheimer's Disease International. [http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/) Retrieved 04.04.16.

# At være pårørende til menneske, der bor på plejehjem

Marianne Mahler<sup>1</sup>

## Sammendrag

Kapitlet handler om at blive og være pårørende til mennesker der bor på plejehjem. Det kan være en vanskelig proces, hvor den hjemlige kultur støder på en institutions/ organisationskultur. Det er en fremmed kultur for mange, og opdraget er at de pårørende og sundhedspersonalet skal arbejde sammen med den ældre for at få skabt sammenhæng og forståelighed i den sidste del af livet. I kapitlet beskrives to måder at arbejde i pårørende grupper og der refereres til to aktionsforskningsprojekter. Den ene, et arbejdsmiljøprojekt med udgangspunkt i medarbejdernes opfattelse af deres vilkår og deres samarbejde med pårørende. I det andet refereres til et projekt, hvor det var samarbejdet i trekanten mellem beboer, pårørende og medarbejder, for at styrke udvikling af indflydelse, demokrati og trivsel. Resultaterne diskuteres med andres resultater og der konkluderes at aktionsforskningsmetoden er givende for at udvikle deltagelse af og samarbejde mellem ældre, pårørende og medarbejdere.

**Nyckelord:** plejehjem, deltagelse, pårørende, aktionsforskning

## 1 BAGGRUND

At flytte på plejehjem er en afgørende beslutning i et ældre menneskes liv. Det kan også blive afgørende for relationerne med familien, venner og bekendte. Pårørende er det ord der anvendes i Danmark når den ældre skal angive hvem de ønsker officielt skal fremstå som de/ den betydningsfulde nærmeste relation. Den pårørende er en person, der er knyttet til den ældre og betragtes ikke som person i sig selv. Det er den ældre, den ældres liv i plejehjemmet og personalets definitioner af hvad den ældre har brug for der angiver retningen for 'den pårørende'. I det civile liv vil pårørende være omtalt som familie, ægtefælle, nabo, ven/ veninde, kæreste. At blive pårørende ændrer således på relationen mellem den ældre, der flytter i plejehjem og den betydningsfulde anden/ de betydningsfulde andre (Harnett 2007). Ofte er det ikke kun den ældre, der flytter på ple-

---

<sup>1</sup> Aalborg universitet, Danmark, Institut for filosofi og læring [marianne\_mahler@ofir.dk]

plejehjem der er kommet op i årene, men også de nærtstående er ældre mennesker med de muligheder og begrænsninger, som alderen kan medføre.

Cavalli et al. (2007) beskriver tre kritiske livsbegivenheder i et livsforløb. (i) At opleve begrænsninger i helbredet, (ii) at opleve tætte relationers død/ at miste tætte relationer, (iii) at opleve at flytte på plejehjem. De beskriver også, at netværket gør hvad de kan for at omstille sig til at være delagtig i den ældres nye livsfase, sker det ikke er der ofte livssituationer og begivenheder, der forhindrer det.

Hvordan hverdagen, de daglige rutiner og relationer etableres er vigtige for hvordan livet i de nye omgivelser lykkes og hvordan relationer kan opretholdes og forandres i takt med hvordan situationerne udvikler sig. Persson (2010) har beskrevet hvordan magtstrukturerne kommer til udtryk, og således påvirker hvordan ældre og deres netværk kan være sammen, stadig bevare selvstændighed og integritet i plejehjemmets rammer.

I det følgende vil blive beskrevet (i) erfaringer med to forskellige pårørendegrupper, (ii) 'de vanskelige pårørende, et arbejdsmiljø-aktionsforskningsprojekt og (iii) samarbejde mellem beboer, pårørende og medarbejder i et plejehjem; mulighed for indflydelse/et aktionsforskningsprojekt.

## **2 RESULTATER**

### **2.1 To typer pårørendegrupper**

På et plejehjem i Danmark ønskede ledelse og personale at forstå og styrke samarbejdet mellem organisation/medarbejdere og pårørende. Ledelsen ønskede at de pårørende skulle gøres begribelige, hvilken vanskelig opgave det er at være plejehjem i et samfund, hvor der ikke er nok uddannede medarbejdere, meget sygdom blandt medarbejderne og kort uddannede medarbejdere. I et opslag blev pårørende inviteret til et møde sidst på eftermiddagen hvor en konsulent ville stå for facilitering af samtalen. Mødet var velbesøgt. Der kom flest døtre, to kvindelige børnebørn og en enkelt mandling ægtefælle. Det viste sig hurtigt at de pårørende var meget oprørte og utilfredse, så mødet blev en ventil. Alle fik taletid og alt blev skrevet ned, referatet udsendt. For at kunne besvare konkrete spørgsmål deltog centerlederen på de følgende møder, hvor deltagerne sad i grupper på fire med en referent i hver gruppe. Referenter i grupperne var en medarbejder, der ikke deltog i diskussionen, de lyttede til argumenter og synspunkter. Efter fire sådanne møder med mange deltagere flyttede fokus sig fra at være rettet mod plejehjemmet til deltageres egne ønsker til at være 'pårørende', til hvordan de gerne kunne tænke sig at mødet med den ældre fandt sted. Der kom flere idéer til hvordan indflytning bedst kunne finde sted, hvordan de kunne samle en lille gruppe, så familierne lærte hinanden og de ældre at kende og kunne udveksle erindringer og synspunkter. Deltagerne begyndte også at tage initiativ sammen med medarbejderne til at søndagsbegivenheder. Medarbejderne, der havde været referenter gav udtryk for at de nu forstod de pårørende på en anden måde.

På flere plejehjem fandt medarbejderne og lederne at de pårørende var vanskelige at samarbejde med. For at flytte fokus fra plejehjemmet og den enkelte medarbejder blev

pårørende fra alle plejehjem i byen inviteret til at mødes seks gange i et kulturhus sidst på eftermiddagen. To konsulenter var facilitatorer. Der var interesse for initiativet og deltagelse af otte personer i den første sæson. Der kom flere til i den følgende sæson. Det var ægtefæller, en søn og en datter. Temaerne for samtalerne var den enkeltes fortælling om det at være pårørende; det at opleve sig tæt forbundet til den ældre og samtidig begrænset i en ny kultur, hvor den tætte kontakt var erstattet af professionelle, der ikke altid gjorde som familien havde gjort hjemme, hvilket i nogle situationer var meget uhensigtsmæssigt for den ældres velbefindende. Det var ofte smertefulde fortællinger, hvor deltagerne hjalp hinanden med at håndtere situationerne, ved at opmuntre og trøste.

For begge projekter gælder det, at de ikke er beskrevet i andre sammenhænge endnu. De er godkendt af de relevante instanser og deltagerne tilkendegav at informationerne kunne publiceres.

## **2.2 'De vanskelige pårørende'**

Pårørende der brokker sig, truer og mobber personalet på kommunens plejehjem og i hjemmeplejen, er et stigende problem. Samtidig er sagerne blevet grovere, end de har været tidligere. Det mener flere, der har problematikken inde på livet. (Plesner & Norsker 2008, s. 8)

Denne erkendelse gav bolden op til et større aktionsforskningsprojekt (Bilfeldt, Jørgensen & Mahler 2012) i tre plejeboligcentre 2010-2012. Metodisk blev projektet tilrettelagt med frirum til at formulere nye veje i samarbejdet med pårørende, der var erfaringsudvekslinger og tankeeksperimenter om vejen til et bedre samarbejde. Gruppeinterviews, fremtidsværksteder, netværkskonferencer suppleret med uddannelsesforløb indgik som en integreret del af aktionsforskningsprocessen (Andersen & Bilfeldt 2010). Plejepersonalet, der havde oplevet sig i klemme mellem institutionernes krav om bestemte arbejdsnormer og de pårørendes krav og forventninger om nærvær og situationorientering i pleje og omsorg deltog i at udvide handlingsmulighederne for både dem selv, de ældre og de pårørende. Projektet blev muliggjort af Forebyggelsesfonden DK og godkendt af ledelsen i Sundheds- og Omsorgsforvaltningen i København.

Når jeg ser tilbage på projektforsløbet, er perspektivskiftet i retning af at se de pårørende som de ældres ambassadører, det vigtigste resultat. Det lange udviklingsforløb har givet plads for udvikling og styrkelse af demokratiske værdier om betydningen af beboernes og pårørendes indflydelse på plejeboligcentret. (Forstander)

## **2.3 Samarbejde mellem beboer, pårørende og medarbejder i et plejehjem/et aktionsforskningsprojekt 2012 – 2014**

Aktionsforskningsmetoden som demokratisk, frisættende metode blev udgangspunkt for det følgende samarbejdsprojekt på et plejehjem i København. Forud for projektets start arbejdede beboere, pårørende, medarbejdere, tillidsorganisationerne og ledelsen med at beskrive på hvilken måde, og hvordan beboere, pårørende og medarbejdere havde ind-



flydelse, og på hvilken måde de blev valgt. Der blev lagt vægt på at etablere et repræsentativt såvel som et deliberant demokrati (Crich 1998) hvor alle havde mulighed for at få sin stemme hørt og have indflydelse (Koch 1945/ 2009). I projektorganisationen var ligelig repræsentation mellem beboere, pårørende og medarbejdere. Desuden deltog aktionsforskerne fra Aalborg Universitet og repræsentanter fra ledelsen. Det viste sig hurtigt, at medarbejderne ikke var vant til at lade beboere og pårørende få indflydelse i samtaler. De første fremtidsværksteder blev derfor holdt hver for sig i gruppen med pårørende og ældre og i gruppen af medarbejdere. Det gav ældre og pårørende mulighed for at forklare sig og beskrive ønsker til fremtiden. Medarbejderne havde brug for at tale om deres arbejdsvilkår før de kunne møde den anden gruppe. De mødtes alle på netværkskonferencer, hvor der også var oplæg om demokrati. Konkret medførte projektet at der blev udgivet en lille bog, der bliver uddelt til alle beboere, pårørende og medarbejdere med praktiske oplysninger. Den var efterlyst, for at undgå de fortolkningsmuligheder, der viste sig. Der blev i fællesskab udarbejdet en guide til den første samtale/ indflytningssamtale når ældre og deres pårørende mødtes med medarbejderne, den blev givet på forhånd til den ældre og familien. Der blev fastsat dato for en opfølgende samtale og følgende evalueringssamtaler. Medarbejderrepræsentanterne kunne afsluttende fortælle, at de var overraskede over hvor sammenfaldende deres ønsker om plejehjemmet var med de ældres og de pårørendes. Alle ønskede at blive talt til som 'voksne' mennesker og respekteret i ønsket om at ville trives og ville gøre det bedste. Projekt rapport er under udarbejdelse.

### 3 DISKUSSION

De fire beskrivelser (to typer pårørendegrupper og to aktionsforskningsprojekter) af forskellige tilgange til samarbejde mellem pårørende og institution viser, at ønsket om lighed i relationer var et omdrejningspunkt. I de pårørendes fortællinger var den usynlige kompleksitet i institutionen og de uigennemskuelige magtstrukturer gennemgående. De relationelle og sociale magtstrukturer kunne være med til at skubbe pårørende væk. Holmgren og kolleger (2014) introducerer begrebet *betweenship*. Det er et begreb, der er lånt fra den postkoloniale forskning. I denne sammenhæng betyder *betweenship* ikke at høre til. I det nævnte studie viser begrebet sig ved at pårørende er klemt mellem forskellige forpligtelser, interesser og konkurrerende magtstrukturer i forhold til familien, plejehjemmet som institution og sundhedspersonalet (Goffman 1963). At den nærmeste/ de nærmeste pårørende oplever sig klemt mellem den ældre og den øvrige familie beskrives i forhold et kønsperspektiv hvor døtre til den ældre bliver klemt i forhold til forpligtelser overfor resten af familien, hvis behov ikke bliver varetaget i samme udstrækning som før den ældre flyttede i plejebolig.

### 4 KONKLUSION

Samarbejdet mellem den ældre, pårørende og medarbejderne på plejehjem må gentænkes, og alle parter samarbejde i øjenhøjde. Der kan være nogle gode perspektiver i at arbejde med aktionsforskning som metode, da det er en øjenåbner i processen for alle parter i bestræbelsen på at respektere forskellighed, finde samarbejds muligheder og forstå andres bevæggrunde. Aktionsforskningsmetoden er givende for at udvikle deltagelse af og samarbejde mellem ældre, pårørende og medarbejdere og på denne

måde kan arbejdes med de usynlige og komplekse magtstrukturer i dagligdagen på et plejehjem.

## KÄLLOR

Andersen, J. & Bilfeldt, A. 2010, Aktionsforskning på plejehjem – et alternativ til new public management. *Tidsskrift for Arbejdsliv*, Vol. 12(1), pp. 67-81.

Bilfeldt, A., Jørgensen, S. M. & Mahler, M. 2012, *Fra pres stil ressource – pårørende samarbejde og psykisk arbejdsmiljø*. Forskningsrapport 27. Aalborg: Aalborg Universitet, Institut for læring og filosofi.

Cavalli, S., Bickel, J.F. & D'Epinay, C.J.L. 2007, Exclusion in very old age. The impact of three critical life events. *International Journal of Ageing and Later Life*, Vol. 2(1), pp. 9-31.

Crick, B. 1998, A meditation on democracy. In: Inoguchi, T., Newman, E. & Keane, J. (Eds.) *The Changing Nature of Democracy*. New York: United Nations University Press, pp. 255-265.

Goffman, E. 1963, *Stigma. Notes on the Management of Spoiled Identity*. London: Penguin.

Harnett, T. 2010, *The Trivial Matters. Everyday Power in Swedish Elder Care*. Doctoral Thesis. Hälsö högskolans avhandlingsserie 9. Jönköping: School of Health Sciences, Institute of Gerontology.

Holmgren, J., Emami, A., Eriksson, L.E. & Eriksson, H. 2014, Intersectional perspectives on family involvement in nursing home care: rethinking relatives' position as a betweenship. *Nursing Inquiry*, Vol. 21(3), pp. 227-237. DOI: 10.1111/nin.12046.

Koch, H. 1945/2009, *Hvad er demokrati?* København: Gyldendal.

Persson, T. & Wästerfors, D. 2009, 'Such Trivial Matters'. How staff account for restrictions of residents' influence in nursing homes. *Journal of Aging Studies*, Vol. 23, pp. 1-11.

Plesner, M. & Norsker, S. 2008, Konflikter med pårørende er et stigende problem. *Indblik*. København: Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, ss. 8-10.

# NÄRSAMHÄLLET SOM HÄLSOFRÄMJANDE ARENA FÖR DE ÄLDRE

Nina Simonsen<sup>1</sup>

## Sammandrag

Flera faktorer som påverkar hälsan kan sammanbindas med närsamhället och med strukturer i närsamhället. Därför betonar Världshälsoorganisationen (WHO) betydelsen av hälsofrämjande på lokal nivå. Den äldre befolkningen är en av de befolkningsgrupper som är speciellt beroende av närmiljön och de möjligheter den miljön erbjuder. Det finns många olika aktörer som bidrar och kan bidra till ett hälsofrämjande närsamhälle för de äldre. Med utgångspunkt i Ottawa-deklarationens (WHO) handlingsstrategier beskriver det här kapitlet hälsofrämjande på lokal nivå, samt faktorer som möjliggör ett hälsofrämjande arbete, genom att granska rollen av tre nyckelaktörer: frivilligföreningar, hälso- och sjukvårdspersonalen och kommunala politiska beslutsfattare. Kapitlet avslutas med reflektioner om hur man kunde utveckla hälsofrämjande för de äldre i närsamhället.

**Nyckelord:** hälsofrämjande, närsamhälle, frivilligföreningar, hälso- och sjukvård, politiska beslutsfattare

## 1 NÄRSAMHÄLLET SOM HÄLSOFRÄMJANDE ARENA

I de nordiska länderna är främjande av hälsa en viktig hälso- och samhällspolitisk målsättning. I Finland syns det bl.a. i grundlagen som stipulerar att det offentliga skall tillförsäkra var och en tillräckliga social-, hälsovårds- och sjukvårdstjänster samt *främja befolkningens hälsa*. Eftersom en stor del av hälsans bestämningsfaktorer hänför sig till närsamhället, eller påverkar befolkningens hälsa där, har kommunerna en betydande roll i hälsofrämjandet. Att främja hälsa och välfärd är en grundläggande uppgift för kommunerna – i Finland stadgas det här bl.a. om i kommunallagen, folkhälsolagen och hälso- och sjukvårdslagen. I och med den demografiska utvecklingen i samhället, med

---

<sup>1</sup> Folkhälsans forskningscentrum och Helsingfors universitet, Finland, avdelningen för folkhälsovetenskap [nina.simonsen-rehn@helsinki.fi]

en befolkning som blir allt äldre, får de äldres hälsa en ännu större betydelse än tidigare i kommunerna. I Finland stadgas speciellt om främjande av de äldres hälsa, välbefinnande och funktionsförmåga i den så kallade äldreomsorgslagen.

Världshälsoorganisationen (WHO) har haft stor genomslagskraft i dagens syn på hälsa och hälsofrämjande. Då man definierar hälsa används ofta WHO:s definition som stipulerar att *hälsa inte enbart är frånvaro av sjukdom eller funktionshinder utan ett tillstånd av totalt fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande*. Det är fråga om en resursbetonad eller positiv hälsouppfattning. Definitionen har kritiserats för att vara utopistisk, i synnerhet i dagens värld då befolkningen blir allt äldre, och långvariga, kroniska sjukdomar har blivit allt vanligare (Huber et al. 2011). WHO:s konstitution stipulerar ändå att uppnående av *bästa möjliga hälsa* är en fundamental mänsklig rättighet oberoende av ras, religion, politiska åsikter, ekonomiska och sociala förhållanden. Det offentliga roll är att skapa sådana förhållanden som stöder hälsa. Denna roll syns också i Ottawadeklarationen (WHO 1986), från den första internationella konferensen i hälsofrämjande, som fokuserar på hälsans determinanter och föreskriver att grundförutsättningen för hälsa bl.a. är fred, skydd, utbildning, medmänskliga relationer, föda, inkomster, ett balanserat ekosystem, social rättvisa, respekt för mänskliga rättigheter samt jämlikhet. Hälsa ses i Ottawadeklarationen som en resurs i det dagliga livet, inte som livets huvudmål; hälsa beskrivs som ett positivt begrepp som betonar sociala och personliga resurser och fysisk funktionsförmåga.

Hälsan är multidimensionell till sin natur och påverkas av en mängd faktorer, inte bara av personliga egenskaper utan också av sociala, kulturella och strukturella faktorer. Därför betonar WHO att en bred syn behövs också då det gäller främjandet av hälsa. Det finns flera definitioner på hälsofrämjande, men en definition som har fått stor genomslagskraft är den som finns i WHO:s (1986) Ottawadeklaration: *”Hälsofrämjandet är den process som gör det möjligt för människor att öka kontrollen över och förbättra sin hälsa”*. Utgångspunkten i hälsofrämjande enligt den här tankegången är att man inte kan uppnå en god hälsa om man inte har möjlighet att påverka de förhållanden som bestämmer ens hälsa.

De fem strategierna inom hälsofrämjande som Ottawadeklarationen lyfter fram har haft stor betydelse för den begreppsliga referensramen för hälsofrämjande. Strategierna är att 1) skapa en hälsoinriktad samhällspolitik, 2) skapa stödjande miljöer, 3) stärka möjligheterna till insatser för hälsa på lokal nivå, 4) utveckla personliga färdigheter och 5) förnya hälso- och sjukvården. Enligt Green och Tones (2013) leder rätten till hälsa, som en mänsklig rättighet, till att man inom hälsofrämjande betonar både jämlikhet och en empowerment-ansats. En viktig fråga i hälsofrämjande är hur de som inte har makt kan få mera makt och samtidigt en skälig kontroll över sina liv. Ideologiskt är empowerment-principen nära förbunden med delaktighet – ju högre grad av delaktighet desto högre grad av empowerment.

WHO för speciellt fram betydelsen av hälsofrämjande på lokal nivå. Flera faktorer som påverkar hälsan kan sammanbindas med närsamhället och med strukturer i närsamhället. Enligt Hancock (2009) kan så mycket som 75 procent av hälsodeterminanterna sägas påverka befolkningen i närsamhället. Dessa determinanter inbegriper den sociala, kulturella och ekonomiska miljön, den fysiska miljön och hälso- och sjukvårdstjänsterna. Även förhållanden som behövs för hälsoutvecklingen skapas för det mesta lokalt. Vissa befolkningsgrupper är speciellt beroende av närmiljön och de möjligheter den miljön erbjuder, bland dessa den äldre befolkningen (Holmila 1997, Vertio 1992).

Det forskas mycket i hälsa och sjukdom samt vilka de påverkande faktorerna är. Den kunskapen är en viktig grund för främjande av hälsa. Men det behövs också kunskap om själva det hälsofrämjande arbetet och faktorer som stöder detta arbete – det här finns det tillsvärdare relativt lite forskning om. Den tämligen nya infallsvinkeln ”capacity building” inom hälsofrämjande tar upp faktorer som möjliggör ett hälsofrämjande arbete, och har av Hawe och kolleger definierats som ”*an approach to the development of sustainable skills, organizational structures, resources and commitment to health improvement in health and other sectors, to prolong and multiply health gains many times over*” (NSW Health Department 2001). *Capacity building* innebär därmed hållbara eller varaktiga investeringar i kunskap, resurser, strukturer och engagemang för hälsofrämjande – alltså en stärkt förmåga – som stöder hälsoutvecklingen inom närsamhället.

Det finns många olika aktörer som bidrar till ett hälsofrämjande närsamhälle. Det här kapitlet beskriver hälsofrämjande i närsamhället, samt faktorer som möjliggör hälsofrämjande, utgående från tre av Ottawadeklarationens handlingsstrategier, genom att granska rollen av tre nyckelaktörer i hälsofrämjande: frivilligföreningar, hälso- och sjukvårdspersonal och kommunala politiska beslutsfattare.

## 2 FÖRENINGARNAS ROLL

Att stärka möjligheterna till insatser för hälsa i lokalsamhället är en av Ottawa dokumentets huvudstrategier och en viktig strategi för att förbättra hälsa i närsamhället. Bangkok dokumentet (WHO 2005) betonar speciellt civilsamhällets roll i att både initiera och forma, samt delta i hälsofrämjande. Scriven och Speller (2007) konkluderar i sin genomgång av utvecklingen av hälsofrämjande i Europa att närsamhällets och civilsamhällets engagemang kommer att vara ytterst viktiga komponenter i framtiden. Ett sätt att granska civilsamhällets betydelse i hälsofrämjande är genom frivilligföreningarnas aktiviteter. De äldre deltar i föreningslivet i närsamhället som aktiva arrangörer av verksamhet och genom att delta i både föreningarnas påverkansarbete och i verksamhet ordnad av föreningar.

Då det gäller tjänster inom välfärdsstatens kärnområden – vård, skola och omsorg – har frivilligorganisationerna i de nordiska länderna allmänt taget en relativt liten roll i jämförelse med andra EU-länder; fokus ligger mera på rekreation, kultur och påverkansarbete (Helander & Sivesind 2001, Lundström 2001). Det finns dock skillnader mellan de nordiska länderna, och t.ex. i Finland har organisationerna inom välfärdssektorn i genomsnitt större ekonomisk kapacitet än övriga organisationer, och därutöver utgör frivilligarbetet inom de centrala välfärdsområdena så mycket som en femtedel av all frivillig verksamhet, en siffra som är mycket högre än i Sverige där andelen har varit under procent (Helander & Sivesind 2001). Särskilt de ideella föreningarna kan sägas representera civilsamhället, eller den så kallade tredje sektorn, och frivilligarbetet i samhället sker främst inom ramen för föreningarna på lokal nivå (Helander 2003).

Resultaten från en studie i fyra medelstora kommuner i Finland visar att både de lokala politiska beslutsfattarna och representanter för lokala föreningar betonar de lokala föreningarnas betydelse för främjandet av kommuninvånarnas hälsa (Simonsen 2013). Då

det gäller de politiska beslutsfattarna var det speciellt de som fungerat en längre tid som politiskt förtroendevalda som var av denna åsikt. Även i studier i Sverige har de politiska beslutsfattarna lyft fram frivilligorganisationernas roll som aktörer i hälsofrämjande i kommunerna (Guldbrandsson 2005, Jansson & Tillgren 2010). Internationella forskningsöversikter för fram behovet av samarbete och delaktighet inom närsamhället för effektivt hälsofrämjande (Gillies 1998, Jackson et al. 2006) och forskningsresultaten är entydiga speciellt då det gäller närsamhällets engagemang i planering och beslutsfattning i frågor om hälsofrämjande verksamhet (Jackson et al. 2006). Ungefär hälften av föreningarna som deltog i den finländska studien följde med diskussioner om kommuninvånarnas hälsa och ville delta i beslutsfattningen i kommunen gällande dessa frågor; endast en minoritet upplevde dock att de hade påverkansmöjligheter (Simonsen-Rehn et al. 2004). Däremot var så gott som alla föreningar och politiska beslutsfattare av åsikten att samverkan mellan de lokala föreningarna och kommunens olika sektorer är nödvändigt för att främja befolkningens hälsa. Samverkan med kommunens olika sektorer hade statistiskt signifikant samband med föreningarnas hälsofrämjande aktiviteter. (Simonsen 2013.)

Två av fem föreningar i de fyra finländska kommunerna engagerade sig i hälsofrämjande på en bred skala, definierat som engagemang för främjande av hälsosamma och trygga miljöer, hälsosamma levnadsvanor samt skapande av sociala kontakter och verksamhetsmöjligheter (Simonsen-Rehn et al. 2004). Studien visade också att i genomsnitt en fjärdedel till en tredjedel av föreningarna i sin verksamhet betonade främjande av pensionerade och äldre personers livskvalitet (Simonsen-Rehn et al. 2004, Simonsen 2013); speciellt gällde detta pensionärsföreningar och patientföreningar, men också olika slag av idrottsföreningar och föreningar som klassificerades som folkhälsoföreningar.

De faktorer som hade samband föreningarnas hälsofrämjande verksamhet i närsamhället – definierad som främjande av hälsosamma levnadsvanor, psykiskt välbefinnande och socialt stöd – var, för det första, möjlighet till delaktighet, vilket innebar möjlighet att följa med diskussioner om kommuninvånarnas hälsa och välfärd, och ha inflytande över beslutsfattning i dessa frågor, samt möjligheten att samarbeta med olika instanser i kommunen. Den andra faktorn var upplevd kompetens, och den tredje var föreningarnas fokus på speciellt barn, unga och den arbetsföra befolkningen. (Simonsen-Rehn et al. 2006). Föreningar som betonade främjande av ”sårbara” befolkningsgruppers hälsa och livskvalitet i lokalsamhället – de äldre, personer med olika sjukdomar eller med handikapp – engagerade sig i hälsofrämjande till en större del genom att vara involverade i beslutsfattning och genom att samarbeta med kommunala instanser än genom att organisera hälsofrämjande aktiviteter. Operationaliseringen av hälsofrämjande i studien kan ha haft en betydelse för detta resultat. Föreningar med fokus på de nämnda ”sårbara” grupperna i samhället kanske betonar socialt och psykiskt välbefinnande mera än hälsosamma levnadsvanor. Studien visade att nästan alla pensionärsföreningar i hög grad betonade skapande av sociala kontakter och ungefär hälften främjande av fysiska aktiviteter, medan de andra levnadsvanorna inte betonades särskilt mycket (Simonsen-Rehn et al. 2004, Simonsen 2013).

De lokala föreningarna kan ses som en resurs i främjande av de äldres hälsa i närsamhället. En utmaning ligger i att en stor del av föreningarna har brist på aktiva medlemmar som tar del i anordnandet av verksamheten. Förutom möjligheter till delaktighet,

inflytande och samarbete behövs finansiellt stöd från kommunen i form av pengar, utrustning och utrymmen. Även stödformer som utbildning och experthjälp efterfrågades av föreningarna. (Simonsen 2013) Ottawa deklARATIONEN (WHO 1986) för fram att dylika stödformer är nödvändiga för att lokalsamhället skall kunna ha en aktiv roll i främjande av hälsa.

### 3 HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALEN

Att styra hälso- och sjukvården mot en mera hälsofrämjande roll är den strategin i Ottawa dokumentet som har fått den minst systematiska uppmärksamheten. Syftet med den här strategin var att uppnå en bättre balans mellan förebyggande och behandling, och att mera explicit fokusera på hälsoutfall både på befolknings- och individnivå (WHO 1986, Wise & Nutbeam 2007). Orsaker till bristen på uppmärksamhet är enligt Wise och Nutbeam (2007) dels att fokus i hälsofrämjande ligger på sociala och miljömässiga hälsodeterminanter, som man har ansett att hälso- och sjukvården har haft en marginell roll i att påverka, och dels att både det politiska intresset och intresset bland befolkningen mera har legat på frågor som gäller sjukvårdstjänster, deras kostnader och tillgången till dem.

Det europeiska WHO nätverket för hälsofrämjande sjukhus för fram fyra områden som borde inbegripas i utvecklingen av en hälsofrämjande hälso- och sjukvård: att främja patienternas hälsa, främja personalens hälsa, förändra organisationen till att fokusera på hälsofrämjande, och att främja befolkningens hälsa i det omgivande samhället (Groene & Garcia-Barbero 2005, WHO 2007). Samarbetets betydelse för att uppnå en hälsofrämjande hälso- och sjukvård har poängterats av bl.a. Johnson och Baum (2001), dvs. samarbete med patienterna och deras familjer, med andra tjänsteproducenter och med närsamhället. Whitehead (2004) understryker att det finns skäl för hälso- och sjukvården överlag att mera betona befolkningens hälsa, vilket skulle innebära att hälso- och sjukvårdspersonalen i sitt arbete anammar en helhetsmässig synvinkel på hälsans determinanter. Det samma gäller i fråga om de äldres hälsa och livskvalitet i närsamhället. En svensk studie (Johansson et al. 2010) visar att majoriteten av hälsovårdspersonalen ansåg att hälso- och sjukvården har en nyckelroll för främjande av befolkningens hälsoutveckling, och en hälso-orienterad strategi som förutsättning för en effektiv hälso- och sjukvård fick ett stort stöd. Personalen inom primärvården var ändå mera villig än sjukhuspersonalen att fokusera mera på hälsofrämjande än vad de för tillfället gjorde.

Empiriska studier visar samband mellan individuella faktorer, såsom kön, ålder, specialitet, kunskap och attityder, och engagemang i hälsofrämjande och/eller preventiva åtgärder (t.ex. Delnevo et al. 2003, Javanainen-Levonen 2009, Joffres et al. 2004, Liimatainen et al. 2001). Därmed behövs utvecklingsarbete med fokus på hälso- och sjukvårdspersonalen. Inom den så kallade *capacity-building* litteraturen för man ändå fram att uppbyggande av organisationers hälsofrämjande kapacitet kräver förändringar av själva organisationerna (Tang et al. 2005), t.ex. strukturerna i organisationen bör stöda ett hälsofrämjande arbetssätt (Hogg et al. 2009). Faktorer relaterade till organisationer som man empiriskt har funnit att fungerar som barriärer i förhållande till hälsofrämjande är bl.a. tidsbrist, brist på finansiella incentiv, oklara målsättningar och brist på rekommendationer, medan stödjande faktorer bl.a. är stöd från ledningen, politiskt stöd, kompanjonskap och ett övergripande fokus på hälsa och hälsofrämjande i organisationen

(Hudon et al. 2004, Joffres et al. 2004, Johansson et al. 2010, Robinson et al. 2006). Även faktorer utanför organisationen har betydelse, såsom samarbetspartner, demografin i samhället och den politiska kontexten (Robinson et al. 2006).

En studie i Finland visar att hälso- och sjukvårdspersonalen arbetar med hälsofrämjande främst på individnivå; ungefär hälften av personalen svarade att de engagerar sig i hög grad i hälsofrämjande med fokus på individnivå, medan mindre än en fjärdedel fokuserade på gruppnivå och mindre än 10 procent på befolkningsnivå. Betoningen av hälsofrämjande på alla dessa tre nivåer var högst inom den öppna primärvården, följt av hemvården, och lägst inom sjukhusvården. Vid en granskning av vilka befolkningsgrupper som personalen fokuserar på i hög grad i sitt hälsofrämjande arbete, rapporterade majoriteten (71 %) att hälsofrämjande med fokus på äldre personer var en del av deras arbetsbild. Speciellt gällde detta personalen inom hemvården och sjukhusvården, men också ungefär 40 % av personalen inom den öppna primärvården. Analyserna visade ändå att personalen som betonade hälsofrämjande med fokus på äldre personer engagerade sig i hälsofrämjande aktiviteter i lägre grad än vårdpersonal som inte fokuserade på äldre. (Simonsen 2013.)

Faktorer bland primärvårdspersonalen och personalen inom äldreomsorgen som hade samband med ett högt engagemang i hälsofrämjande arbete – definierat som främjande av hälsosamma levnadsvanor, främjande av psykisk och social hälsa samt främjande av hälsosamma och trygga miljöer – var faktorer i arbetsmiljön, nämligen upplevelsen av att ha en stimulerande jobb där man får använda sin kunskap och sina färdigheter, och där man har möjligheter till reflektion och utveckling samt kollegialt stöd. Dessutom hade den egna kompetensen i form av kunskap om befolkningens hälsa och levnadsförhållanden betydelse, liksom möjligheter till samverkan med aktörer utanför den egna organisationen, t.ex. med övriga kommunala instanser och med frivilligföreningar (Simonsen-Rehn et al. 2009). Eftersom vårdpersonal som arbetar med och för de äldre i kommunen i mindre grad engagerade sig i hälsofrämjande arbete, skulle det speciellt bland dem vara viktigt att förutom annan kompetens inom hälsofrämjande också stöda och utveckla de förutnämnda faktorerna. Dessutom krävs eventuellt mera kunskap om den äldre befolkningens hälsa och levnadsvillkor inom den egna kommunen.

## 4 POLITIKERNAS SYN

Att skapa en hälsoinriktad samhällspolitik, eller en hälsofrämjande politik, är den tredje av Ottawadeklarationens (WHO 1986) nyckelstrategier, och reflekterar den roll som den offentliga sektorn har i att skapa förhållanden som stöder hälsa (WHO 1988, Tones & Green 2004). Den främsta målsättningen är att skapa stödjande miljöer som gör det möjligt för människor att leva hälsosamma liv (WHO 1988). Vikten av speciellt den här strategin har betonats ofta, och en orsak är att den möjliggör de andra hälsofrämjande strategierna (Jackson et al. 2006). Forskningsöversikter pekar på det politiska engagemangets betydelse för både utvecklingen av hälsofrämjande och för dess effektivitet (Jackson et al. 2006, Scriven & Speller 2007) – med andra ord, befolkningens och de äldres hälsa borde stå högt på politikernas agenda, också på lokal nivå.



Förutom den lokala förvaltningens roll i att skapa och säkerställa hälsodeterminanterna, är en annan policyfråga befolkningens, även de äldres, möjligheter att kontrollera determinanterna i så stor utsträckning som möjligt, dvs. nyckelprinciperna i hälsofrämjande, empowerment och delaktighet. Närsamhällets delaktighet i skapande av en hälsofrämjande politik ses som speciellt viktigt på lokal nivå, där invånarnas kunskap och perspektiv är avgörande (Rütten 2001). Delaktighet, t.ex. i form av frivilligföreningarnas aktiviteter, kräver möjliggörande förhållanden och stöd av både det administrativa och politiska systemet för att vara effektivt och varaktigt (Saarelainen 2003, Zakus & Lysack 1998).

En studie i Finland visar att de politiskt förtroendevalda inom lokalförvaltningen upplevde att kommunens ekonomiska situation, den åldrande befolkningen och faktorer som hade att göra med organiseringen och produktionen av hälso- och sjukvårdstjänster hörde till de mest framträdande utmaningarna vad gällde sociala och hälsoproblem eller problem relaterade till miljön i den egna kommunen (Simonsen 2013). De förtroendevalda uppgav, gällande främjande av olika befolkningsgruppers hälsa, att man i de kommunala budget- och verksamhetsplanerna mest betonade främjande av de äldres hälsa och livskvalitet samt barns och ungas harmoniska utveckling. I alla kommuner hade främjande av hälsosamma och trygga miljöer den högsta prioriteten enligt de förtroendevalda. Denna aspekt av hälsofrämjande inkluderade även främjande av fysiska aktiviteter och arbete mot droganvändning. Trots att den var högst prioriterad upplevde de förtroendevalda i genomsnitt att denna aspekt betonades endast ”i någon mån”. Främjande av social och psykisk hälsa samt främjande av hälsosamma levnadsvanor, inkluderande aktiviteter relaterade till rökning, alkohol och hälsosamma matvanor, betonades enligt de förtroendevalda något mindre. De förtroendevalda som satt sin första period ansåg att hälsofrämjande överlag betonades mindre än vad de som hade suttit minst två perioder ansåg. (Simonsen-Rehn et al. 2012) Studier i Finland visar ändå en positiv trend gällande inkluderande av främjande av hälsa och välfärd i kommunala budget- och verksamhetsplaner (Tukia et al. 2011). I Sverige har man funnit att det framförallt är levnadsvanor som man betonar på lokal nivå (Jansson et al. 2011). Forskarna föreslår att en orsak till detta är att frågor gällande levnadsvanor sällan innebär politisk konflikt.

Då de politiskt förtroendevalda i den finländska studien utvärderade de hälsopolitiska effekterna, som i den studien betydde effektiv hälsofrämjande verksamhet i kommunen, var främjande av den äldre befolkningens hälsa och livskvalitet samt kapaciteten inom primärvården och äldreomsorgen de element som framstod som de mest centrala i kommunernas hälsofrämjande politik (Simonsen-Rehn et al. 2012). Trots att politikerna ansåg att frivilligföreningarna, och samarbete med dem, behövs i det hälsofrämjande arbetet lokalt, betonades samarbete mellan kommunala instanser och föreningar endast i någon mån i de kommunala budget- och verksamhetsplaner. Speciellt svag var betoningen då det gällde samarbete mellan föreningar och välfärdsstatens kärnområden: vård, skola och omsorg. Politikerna kanske ser föreningarnas roll i främjande av invånarnas, också de äldres, hälsa och välbefinnande främst i anknytning till olika ”fritidsaktiviteter” såsom idrott och kultur. (Simonsen 2013.)

## 5 TANKAR OM HUR MAN KUNDE UTVECKLA HÄLSOFRÄMJANDE FÖR ÄLDRE I NÄRSAMHÄLLET

Närsamhället har en avgörande roll i upprätthållande och främjande av de äldres hälsa och livskvalitet. En nyckelfråga inom folkhälsoarbetet är hur man kan stöda hälsofrämjande på den lokala nivån och därmed skapa stödjande miljöer för hälsa för de äldre. En möjlig referensram är ”*the multilevel health promotion model*” som är framförd av Rütten och kolleger (2001) och baserad på den finländska filosofen von Wrights ”*logic of events*” modell (1976) och även applicerad på politisk beslutsfattning (Rütten et al. 2003a, 2003b). På basen av den modellen kan hälsofrämjandets determinanter beskrivas som värden/målsättningar, kompetens/resurser och möjligheter. Möjligheter kan beskrivas framförallt som möjligheter till delaktighet och/eller samverkan inom närsamhället. (Simonsen 2013) Genom att stärka och stöda dessa bestämningsfaktorer kan man möjliggöra hälsofrämjande i närsamhället, på ett varaktigt sätt.

Värden och/eller målsättningar i samhället och i organisationerna har betydelse för hälsofrämjande verksamhet. En klart uttalad vision om de äldres hälsa och välbefinnande och om hälsofrämjande i kommunen och i de kommunala organisationerna, i enlighet med Ottawadeklarationens definition på hälsofrämjande och i enlighet med definitioner på *healthy ageing*, kan ses som en utgångspunkt för att göra närsamhället hälsofrämjande för de äldre. (jmf. Frankish et al. 2006, Simonsen 2013)

Kompetens är starkt associerat med engagemang i hälsofrämjande arbete. Då det gäller främjande av de äldres hälsa är en viktig faktor kunskap om de äldre och deras levnadsförhållanden, alltså att känna till hur de äldres hälsa och livskvalitet och hälsans bestämningsfaktorer ser ut i närsamhället. I Finland, t.ex., är kommunerna förpliktigade att följa med invånarnas hälsa och relaterade faktorer inom varje befolkningsgrupp (bl.a. Hälso- och sjukvårdslagen 1326/2010). Tillgången till dessa uppgifter och diskussion om frågor relaterade till de äldres hälsa både inom hälso- och sjukvården och allmänt i lokalsamhället kan möjliggöra ett högre engagemang i främjande av de äldres hälsa. (Jmf. Simonsen 2013.)

Möjligheter är en nyckelkomponent för dynamiken i ”*the multilevel health promotion*” modellen i och med att förändringar i yttre omständigheter skapar nya möjligheter för hälsofrämjande aktioner (Rütten et al. 2001, von Wright 1976). Samarbete med olika aktörer i närsamhället är associerat med ett högre engagemang i hälsofrämjande arbete, både vad gäller hälso- och sjukvårdspersonal och frivilligföreningar. Därmed borde möjligheter till samarbete mellan hälso- och sjukvården och andra kommunala instanser samt mellan dessa och frivilligföreningar understödjas. Både teoretiskt och empiriskt finns det stöd för antagandet att samarbete inte enbart påverkar hälsofrämjande direkt utan även genom inverkan på kompetens och organisatorisk kapacitet. (Simonsen 2013.)

Delaktighet – i form av möjligheter att följa med diskussionen om invånarnas, också de äldres, hälsa och levnadsvillkor samt möjligheten att påverka beslutsfattningen i dessa frågor – stöder frivilligföreningarnas engagemang då det gäller hälsofrämjande i allmänhet, och kan också antas gälla då det gäller främjande av specifikt de äldres hälsa i närsamhället. Också då det gäller hälso- och sjukvårdspersonalen kan empowerment-processer, på arbetsplatsen, ses som viktiga för ett engagemang i hälsofrämjande arbete med fokus på den äldre befolkningen. Detta skulle innebära förutom samarbetsmöjlig-

heter med aktörer utanför organisationen, även tillgång till uppgifter om de äldres hälsa och levnadsvillkor i det omgivande samhället, samt organisatoriska värden som avspeglas som en arbetsmiljö där man får använda sin kunskap och sina färdigheter, och har möjlighet till reflektion och utveckling samt kollegialt stöd. Med andra ord kan man säga att på samma sätt som hälsofrämjande arbetar med att göra det möjligt för människor att öka kontrollen över sin hälsa och dess bestämningsfaktorer, behöver de som arbetar med hälsofrämjande bland de äldre en understödande miljö som främjar empowerment och uppmuntrar till ett hälsofrämjande engagemang. (Jmf. Simonsen 2013.)

Mekanismerna för hur olika aktörer ges möjlighet att delta i diskussioner och beslutsfattning gällande de äldres hälsa och välfärd i närsamhällets kan behöva utvecklas, liksom också olika slag av ”mötesplatser” för att förbättra samarbetsmöjligheter mellan aktörer i närsamhället. De kommunala politiska beslutsfattarna behöver eventuellt mera evidens på delaktighetens och samarbetets betydelse för hälsofrämjande i närsamhället. (Jmf. Simonsen 2013.)

## KÄLLOR

Delnevo, C., Steinberg, M., Abatemarco, D. & Hausman, A. 2003, Correlates of clinical preventive practices among internal medicine residents. *Preventive Medicine*, Vol. 36, pp. 645-651.

Frankish, C.J., Moulton, G., Rootman, I., Cole, C. & Gray, D. 2006, Setting a foundation: underlying values and structures of health promotion in primary health care settings. *Primary Health Care Research & Development*, Vol.7, p. 172.

Gillies, P. 1998, Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International*, Vol.13, pp. 99-120.

Green, J. & Tones, K. 2013, *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: Sage Publications.

Groene, O. & Garcia-Barbero, M. 2005, *Health Promotion in Hospitals: Evidence and Quality Management. Country Systems, Policies and Services Division of Country Support*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Guldbrandsson, K. 2005, *Child Health Promotion. Analyses of Activities and Policy Processes in 25 Swedish Municipalities 2005*. Doctoral dissertation. Stockholm: Karolinska Institutet, Department of Public Health Sciences.

Hancock, T. 2009, Act locally: Community based population health promotion. A report for The Senate Sub-Committee on Population Health. Appendix B i: Anonymous. *A Healthy Productive Canada: a Determinant of Health Approach*. Ottawa: Final report of Senate subcommittee on population health.

<http://www.parl.gc.ca/content/sen/committee/402/popu/rep/appendixbjun09-e.pdf> .

Retrieved 10.05.2016.

- Helander, V. 2003, Public sector reforms and the third sector. *Finnish Local Government Studies (Kunnallistieteellinen Aikakauslehti, English Issue)*, 31, pp. 290-297.
- Helander, V. & Sivesind, K.H. 2001, Frivilligsektorns betydelse i Norden. I: Skov Henriksen, L. & Ibsen, B. (red.) *Frivillighedens udfordringer - nordisk forskning om frivilligt arbejde og frivillige organisationer*. Odense: Odense Universitetsforlag, pp. 49-65.
- Hogg, W., Dahrouge, S., Russell, G., Tuna, M., Geneau, R., Muldoon, L., Kristjannsson, E. & Johnston S. 2009, Health promotion activity in primary care: performance of models and associated factors. *Open Medicine*, Vol.3, pp. 165-173.
- Holmila, M. 1997, Yhteisö ehkäisytoiminnassa. I: Holmila, M. (red.) *Yhteisö ja interventio. Alkoholihaittojen paikallinen ennaltaehkäisy*. Stakesin tutkimuksia 73. Helsinki: Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuslaitos, pp. 222-230.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H. van der, Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Meer, J.W. M. van der, Schnabel, P., Smith, R., Weel, C. & Smid, H. 2011, How should we define health? *BMJ*, Vol. 343(d4163); doi:10.1136/bmj.d4163.
- Hudon, E., Beaulieu, M. & Roberge, D. 2004, Integration of the recommendations of the Canadian Task Force on Preventive Health Care: Obstacles perceived by a group of family physicians. *Family Practice*, Vol.21, pp. 11-17.
- Jackson, S.F., Perkins, F., Khandor, E., Cordwell, L., Hamann, S. & Buasai, S. 2006, Integrated health promotion strategies: a contribution to tackling current and future health challenges. *Health Promotion International*, Vol.21, pp. 75-83.
- Jansson, E., Fosse, E. & Tillgren, P. 2011, National public health policy in a local context—Implementation in two Swedish municipalities. *Health Policy*, Vol. 103, pp. 219-227.
- Jansson, E. & Tillgren, P. 2010, Health promotion at local level: a case study of content, organization and development in four Swedish municipalities. *BMC Public Health*, Vol.10, p.455.
- Javanainen-Levonen, T. 2009, *Terveydenhoitajat liikunnanedistäjinä lastenneurolatyyössä*. Väitöskirja. Studies in Sport, Physical Education and Health 138. Jyväskylä: University of Jyväskylä.
- Joffres, C., Heath, S., Farquharson, J., Barkhouse, K., Hood, R., Latter, C. & MacLean, D.R. 2004, Defining and operationalizing capacity for heart health promotion in Nova Scotia, Canada. *Health Promotion International*, Vol.19, pp. 39-49.
- Johansson, H., Stenlund, H., Lundström, L. & Weinehall, L. 2010, Reorientation to more health promotion in health services – a study of barriers and possibilities from the perspective of health professionals. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, Vol.3, pp. 213-224.

Johnson, A. & Baum, F. 2001, Health promoting hospitals: a typology of different organizational approaches to health promotion. *Health Promotion International*, Vol.16, pp. 281-287.

Liimatainen, L., Poskiparta, M., Karhila, P. & Sjögren, A. 2001, The development of reflective learning in the context of health counselling and health promotion during nurse education. *Journal of Advanced Nursing*, Vol.34, pp. 648-658.

Lundström, T. 2001, Child protection, voluntary organizations, and the public sector in Sweden. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, Vol.12, pp. 355-371.

NSW Health Department. 2001, *A framework for building capacity to improve health*. NSW Health Department, Australia. <http://www.redaware.org.au/wp-content/uploads/2014/07/A-Framework-for-Building-Capacity-to-Improve-Health.pdf> Retrieved 10.05.2016.

Robinson, K.L., Driedger, M.S., Elliott, S.J. & Eyles, J. 2006, Understanding facilitators of and barriers to health promotion practice. *Health Promotion Practice*, Vol.7, pp. 467-476.

Rütten, A. 2001, Evaluating healthy public policies in community and regional contexts I: Rootman, I., Goodstadt, M., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L. & Springett, J. (Eds.) *Evaluation in health promotion: principles and perspectives*. Copenhagen: WHO, Regional Publications, pp. 341-363.

Rütten, A., Lüschen, G., von Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Rodriguez Diaz, J.A., Vinck, J. & van der Zee, J., 2003a, Determinants of health policy impact: comparative results of a European policymaker study. *Sozial-und Praventivmedizin*, Vol.48, pp. 379-391.

Rütten, A., Lüschen, G., von Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Rodriguez Diaz, J.A., Vinck, J. & van der Zee, J. 2003b, Determinants of health policy impact: a theoretical framework for policy analysis. *Sozial-und Praventivmedizin*, Vol.48, pp. 293-300.

Rütten, A., von Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Lüschen, G., Rodríguez Diaz, J.A., Vinck, J. & van der Zee, J. 2000, Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health Promotion International*, Vol.15, pp. 35-47.

Saarelainen, T. 2003, *Managing local networks. Impacts of network management on the implementation of New Public Management and citizen participation*. Doctoral dissertation. Rovaniemi: University of Lapland, Faculty of Social Sciences.

Scriven, A. & Speller, V. 2007, Global issues and challenges beyond Ottawa: the way forward. *Promotion & Education*, Vol.14, pp. 194-198.

Simonsen, N. 2013, *Health promotion in local contexts and enabling factors: A study of primary healthcare personnel, local voluntary organizations and political decision*

makers. Doctoral dissertation. Publications of Public Health M 218:2013. Helsinki: University of Helsinki, Faculty of Medicine.

Simonsen-Rehn, N., Ovretveit, J. & Laamanen, R. 2006, Determinants of health promotion action: comparative analysis of local voluntary associations in four municipalities in Finland. *Health Promotion International*, Vol.21, pp. 274-283.

Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Brommels, M. & Suominen, S. 2011, Determinants of effective health promotion actions in local contexts: a study of the perceptions of municipal politicians. *International Journal of Public Health*, Vol.57, pp. 787-795.

Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R. & Suominen, S. 2004, Paikallisyhdistysten rooli ja merkitys terveyden edistämisessä kunnissa. *Kunnallistieteellinen aikakauskirja*, Vol. 32(2), pp. 95-117.

Simonsen-Rehn, N., Laamanen, R., Sundell, J, Brommels, M. & Suominen, S. 2009, Determinants of health promotion action in primary health care: Comparative study of health and home care personnel in four municipalities in Finland. *Scandinavian Journal of Public Health*, Vol.37, pp. 4-12.

Tang, K., Nutbeam, D., Kong, L., Wang, R. & Yan, J. 2005, Building capacity for health promotion—a case study from China. *Health Promotion International*, Vol.20, pp. 285-295.

Tones, K. & Green, J. 2004, *Health Promotion. Planning and Strategies*. London: Sage Publications.

Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. 2011, *Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Peruseraportti kuntajohdon tiedonkeruusta*. Raportti 55/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Vertio, H. 1992, *Terveyden edistäminen*. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

von Wright, G.H. 1976, Determinism and the study of man. I: Manninen, J. & Tuomela, R. (Eds.) *Essays on Explanation and Understanding*. Dordrecht: D. Reidel, pp. 415-435.

Whitehead, D. 2004, The European Health Promoting Hospitals (HPH) project: how far on? *Health Promotion International*, Vol.19, pp. 259-267.

Wise, M. & Nutbeam, D. 2007, Enabling health systems transformation: what progress has been made in re-orienting health services? *Promotion & Education*, Vol. 14, pp. 23-27.

WHO. 1986, *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva: WHO.

WHO. 1988, *Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy*. Geneva: WHO.

WHO. 2005, *The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World*. Geneva: WHO.

WHO. 2007, *The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating Health Promotion into Hospitals and Health Services. Concept, Framework and Organization*. Copenhagen: WHO Regional office for Europe.

Zakus, J.D.L. & Lysack, C.L. 1998, Revisiting community participation. *Health Policy and Planning*, Vol. 13, pp. 1-12.

**Lagar och förordningar ([www.finlex.fi](http://www.finlex.fi))**

Finlands grundlag (731/1999)

Folkhälsolag (66/1972; 928/2005)

Hälso- och sjukvårdslag (1326/2010)

Kommunallag (365/1995)

Lagen om stödande av den äldre befolkningens funktionsförmåga och om social- och hälsovårdstjänster för äldre (980/2012)