

VÆRD AT VIDE FORBYGGENDE SELVMONITORERING



Faglige input produceret af og for partnerne i Lev Vel, delprojekt Forebyggende selvmonitorering

**Det forebyggende
hjemmebesøg som en
sundhedsforhandling**

Forfatter:

Liv Grønnow, assistent på Center
for Sund Aldring program 5,
Københavns Universitet.

3. oktober 2011.

Nr. 9: Det forebyggende hjemmebesøg som en sundhedsforhandling



Artiklen er skrevet på baggrund af en rapport af etnolog Lise Lunding, Center For Sund Aldring, om forebyggende hjemmebesøg i en kommune i Storkøbenhavn. Rapporten ser nærmere på, hvad der konkret foregår i mødet mellem den ældre og sundhedsrådgiveren – hvordan sundhed gøres eller performs i mødet.

Artiklen er skrevet på baggrund af en rapport af etnolog Lise Lunding om forebyggende hjemmebesøg i en kommune i Storkøbenhavn og er en delundersøgelse under Center for Sund Aldrings program 5. Rapporten bygger på et kvalitativt etnologisk feltarbejde i kommunen fra perioden december 2010-marts 2011. Flere undersøgelser viser, at de forebyggende hjemmebesøg har en effekt på bevaringen af funktionsevnen hos de ældre. Rapporten antager en performativ tilgang og ser nærmere på, hvad der konkret foregår i mødet mellem den ældre og sundhedsrådgiveren – den undersøger så at sige hvordan sundhed *gøres eller performs* i mødet. Der argumenteres for, at de forebyggende hjemmebesøg viser en udvikling, hvor sundhed er gået fra at være *behandling* til i højere

grad at være et spørgsmål om *forhandling* mellem borger og rådgiver.

Det forebyggende arbejde og den sunde borger

Tilbuddet om forebyggende hjemmebesøg gives i pågældende kommune til alle på 75 år og derover. Besøgene er planlagt til at tage cirka 45 minutter, men kan udvides efter borgerens behov. Det overordnede indhold for de forebyggende hjemmebesøg er bestemt ved lov (L1117), men selve organiseringen og afviklingen af besøgene er mere frit for den enkelte kommune. For sundhedsrådgiverne gælder det, at de kun må rådgive og derfor ikke kan medicinere, diagnosticere og behandle, som stadig skal gå gennem borgerens egen læge. Ordningen med de forebyggende hjemmebesøg indgår altså i et sundhedslandskab som traditionelt har en mere evidensbaseret tilgang til sygdom end besøgene, som er et udtryk for et bredere sundhedsbegreb, der knytter sig til et humanistisk ideal om at møde borgerne på deres egne præmisser. Med hjemmebesøgene sættes den



ældres *ressourcer* i fokus og der er derfor mindre fokus på problemer, som der måske i højere grad ville være ved lægen.

De forebyggende hjemmebesøg afspejler den ældre borgers status som genstand for offentlig sundhedsfremme og sundhedsomsorg. I rapporten fremgår det, hvordan den offentlige sundhedsfremme rettede opmærksomheden mod nyfødte lang tid før ældre



Nr. 9: Det forebyggende hjemmebesøg som en sundhedsforhandling



borgere. Det første tiltag indenfor forbedring af spædbørns sundhed kom allerede i 1921, mens det for den ældre del af befolkningen først kom i 1980'erne. Den øgede fokus på den ældre generations sundhed, hvilede på en forestilling om ældre som et problem, på grund af den demografiske udvikling, som på sigt ville koste samfundet dyrt. I dag findes i højere grad en forventning om at ældre kan og vil indgå som en *aktiv* del af befolkningen. Gennem hjemmebesøgene opmuntres de ældre til at realisere sig som "sunde borgere" og tage ansvar for deres egen sundhed. De indgår på denne måde som frie individer *indenfor* velfærdsstatens rammer. Det er altså en måde at give borgeren handlemuligheder på frem for at intervenere direkte i deres liv.

Journalernes rolle i besøgene

Rapporten omfatter foruden analysen af hjemmebesøgene et udpluk af de journaler der udfyldes under besøget. I rapporten analyseres 40 journaler fra årene 1995-2010 som viser, hvordan fokus har skiftet fra "borgeren som objekt for sundhedsrådgivning", til "borgeren

som en ekspert i sit eget liv", hvor en sundere hverdag bliver en forhandling mellem borger og sundhedsrådgiver – med Annemarie Mols begreb *shared doctoring*. Journalerne fungerer som et vigtigt informationsredskab for rådgiverne som de orienterer sig i, og hvor de kan følge op på, hvorvidt borgeren har fået de anbefalede hjælpemidler osv. Journalen er baseret på rådgiverens vurdering af borgerens tilstand på baggrund af deres samtaler. I rapporten pointeres det, at der i journal-skrivningen kan opstå misforståelser mellem den ældres opfattelse og rådgiverens tolkning af det der fortælles i mødet. Desuden påpeger rådgiverne problematikkerne ved at overgå til elektronisk journalføring, idet de mener, at det vil blive et mindre personligt og mere fremmedgørende møde, hvis rådgiveren skulle sidde bag en computer. Journalerne viser, at *aktivitet* vægtes meget positivt af rådgiverne. Desuden indgår begrebet *motivation* hyppigt: "*Det hentyder til, hvorvidt borgeren giver udtryk for at hun har lyst til at gøre nogle af de ting, som sundhedsrådgiveren foreslår, og som i øvrigt også indeholdes i en neoliberalistisk ide om den aktive, ressourcestærke borger, der tager ansvar for egen mental og*

fysisk sundhed og selv formår at vælge." (s.23). Af de ældre journaler fremgår det, hvordan borgeren opfattes som et sundhedsprojekt, der bedømmes på hygiejniske forhold. Til tider med moraliserende kommentarer i journalerne. De nyere er i højere grad holdt i neutralt sprog, hvor rådgiverne forsøger ikke at dømme borgerens livsstil.

Interaktion i mødet

Der er i alt blevet observeret ved 13 hjemmebesøg, som udspiller sig ret forskelligt, idet nogle minder mest om et familiebesøg, mens andre er mere formelle. Rapporten viser dog, at der er tale om to overordnede interaktionsformer i mødet; "den ligeværdige" og "den moderlige". Det karakteristiske for den ligeværdige interaktionsform er at sundhedsrådgiveren undervejs giver borgeren mulighed for at styre forløbet, hvor borgeren fortæller om alt fra børnebørn til helbredet. Ofte er der fokus på de positive historier, og ved negative er sundhedsrådgiverens position at give sympati og ikke decideret trøst. Som et eksempel i rapporten ser vi mødet med Hr. Thomsen, som: "(...) *bare gerne vil have en god hverdag så længe*

Nr. 9: Det forebyggende hjemmebesøg som en sundhedsforhandling



han nu lever" (s.28). For ham er det ikke nødvendigvis et mål at leve længere. Dette møde er et eksempel på, hvordan sundhedsrådgiveren kan gå ind og støtte borgerens eget valg, men samtidig give gode råd.

Den moderlige interaktionsform viser sig ved at sundhedsrådgiveren går ind og tager hånd om og påtager sig nogle opgaver for borgeren. Borgeren beklager sig ofte direkte over sygdom og problemer. I disse tilfælde viser rådgiveren ikke kun sin sympati, men vil forsøge at finde løsninger på problemerne, ofte stadig med et fokus på det der fungerer i borgerens hverdag.

I rapporten identificeres latter som et redskab til at undgå konfrontation og til at sikre at mødet ikke går galt. "Det lattermilde greb", inspireret af Mik Meyer (2004), bruges til at definere forholdet mellem sundhedsrådgiveren og borgeren. Som oftest bruges det til at få sundhedsrådgiveren tilbage i en rolle som gæst og rådgiver i situationer, hvor hun/han har moraliseret for meget og sat borgeren under pres. Et eksempel fra rapporten er ægteparret Jytte og Kurt, hvor sundhedsrådgiveren kommer på

dybt vand da hun foreslå en anden morgenmad end Gammel Dansk: *"Nu afviser Jytte hende meget kontant; det er Jyttes og Kurts hyggelige morgenritual og en sund livsstil skal ikke ødelægge det.*

Sundhedsrådgiveren ler højt og hjerteligt, og hendes kropssprog viser tydeligt at hun er på retræte". "Jytte smiler, men griner ikke med, og situationen er tilpas afvæbnende til, at samtalen kan fortsætte lidt endnu om andre emner, inden vi går" (s.31).

At indtænke sundhedsfremme i borgerens egen hverdag ved hjælp af små ændringer der tilpasses den daglige rutine, så den mening borgeren finder i hverdagen ikke forsvinder, knytter sig til Annemarie Mols begreb *tinkering*, eller "stadige små ændringer". Det lattermilde greb i hjemmebesøget viser sig givtigt til at etablere en ligeværdig interaktionsform. Snarere end at borgeren får et vidensgrundlag fra det offentlige at handle ud fra (empowerment), viser det sig, at der i besøgene nærmere er tale om, at borgerens eksisterende ressourcer styrkes (reinforcement). Det der fungerer i borgerens liv forsøges ofte forstærket af sundhedsrådgiveren. I tilfældet med Jytte og Kurt ses dog, hvordan det

mislykkes at tænke sundhedsfremme ind i de praksisser og den hverdag der giver mening for dem.

"Erfaringer fra feltarbejdet i (...) kommune peger på, at sundhedsrådgiverne heller ikke i praksis lægger udtalt pres på borgerne for at vælge den sundhedsfremmende livsstil, der inkluderer social og fysisk aktivitet, om end borgerne muligvis kan opleve det sådan. Det understøtter argumentet om at en statslig sundhedsinstans ikke behøver at være repressiv men kan være en mulighed for at anerkendes og forstå sig selv som sundhedssubjekt, her en sund, ældre borger" (s.24)

Forhandling i stedet for behandling

Med Annemarie Mols begreber *tinkering* og *shared doctoring* forstås den sundhedsfremmepraksis der finder sted i hjemmebesøget som en ny form for

Nr. 9: Det forebyggende hjemmebesøg som en sundhedsforhandling



sundhedsforhandling. I hjemmebesøget ses den ældre borger som eksperten i sit eget liv og den der ved bedst. Der er altså ikke tale om en én-vejs kommunikation, hvor borgeren pålægges at gøre bestemte ting – sundhed forhandles, med andre ord, mellem rådgiveren og borgeren. Sundhedsforhandling indebærer et symmetrisk omsorgsrationale, som indbefatter at borgeren ikke bare vælger en sundhedspraksis frit for sig selv, men netop indgår i forhandling. Selvom dette ideal søges i besøgene, bliver det tydeligt i eksemplet med Jytte og Kurt, hvordan der alligevel er grænser for, hvor meget sundhedsrådgivere kan blande sig i borgernes hverdag og hvor meget de kan rådgive. Gennem blandt andet brugen af latter i besøget ses, hvordan grænsen viser sig og må overholdes for at sikre de små forbedringer som er tilpasset borgerens hverdag. Det vil også sige at den opfattelse af sundhed der forhandles i hjemmebesøgene kan rumme en adfærd der i princippet er usund.

Sluttelig anbefales det i rapporten, at foretage flere undersøgelser af hjemmebesøget, med særlig fokus på det symmetriske omsorgsbegreb der viser sig i sundhedsforhandlingen og

hvordan sundhedspraksisserne konkret tilpasses borgerens hverdag. Desuden vil det være givtigt at få både brugere og ikke-brugeres opfattelse af hjemmebesøgene og finde ud af, hvorfor nogle fravælger tilbuddet.

Rapporten:

Lunding, Lise: "Forebyggende hjemmebesøg hos borgere på 75 år og ældre fra (...) kommune"
Center for Sund Aldring, Københavns Universitet.

Litteratur:

Mik-Meyer, Nanna: Dømt til personlig udvikling. Identitetsarbejde i revalidering. Ph.d.-afhandling. Sociologisk Institut. Københavns Universitet. 2004

Mol, Annemarie (2010): *Care and its values. Good food in nursing home. I:* Mol, Annemarie; Moser, Ingunn; Pols, Jeanette (red.): *Care in*

Practice. On Tinkering in Clinics, Homes and Farms. Transcript Verlag. Bielefeld. 2010.

Mol, Annemarie (2008): *The Logic of Care. Health and the Problem of Health Care.* Routledge. London og New York.



Foto ovenfor og på første afsnit viser rapportens forside (kommunen anonymiseret).

Fakta:

Læs mere om Center For Sund Aldrings humanistiske forskning, samarbejder og aktiviteter på

<http://ceha.saxo.ku.dk/>