



Af: **Rikke Sand Andersen**, professor MSO, Forskningsenheden for Almen Medicin, SDU, og Afdeling for Antropologi, AU, og **Sara Marie Hebsgaard Offersen**, seniorforsker, antropolog, ph.d., Forskningsenheden for Almen Praksis i Aarhus, og Steno Diabetes Center Aarhus - rsandersen@health.sdu.dk



Kunsten at være syg alene

Er det et problem for sundhedsvæsenet, at stadig flere mennesker bor alene?

I Danmark og i andre europæiske lande bor stadig flere mennesker alene. Nogle forskere mener, at det er en af de største sociale forandringer i nyere tid. Vi har dog kun sparsom viden om, hvorfor flere mennesker bor alene, og hvordan det hænger sammen med familienormer, køn og social organisering; herunder organiseringen af vores sundhedsvæsen. Med udgangspunkt i et etnografisk forskningsprojekt om ældre, der bor alene og er alvorligt syge med kræft, beskriver vi i denne artikel, hvorfor vi skal have mere forskning, der har blik for de alene-boende.

I dag bor lige knap fire ud af ti ældre over 65 år alene, og andelen af husstande i Danmark, hvor der kun bor én voksen, nåede i 2021 op på 1.1 million. Den amerikanske sociolog Eric Klinenberg skriver i bogen "Going Solo: The Extraordinary Rise and Surprising Appeal of Living Alone", at det er en global tendens, at stadig flere mennesker bor alene, og at Danmark, sammen med de andre skandinaviske lande, er verdensmestre i den disciplin.

Det er måske ikke så mærkeligt, at Danmark er et af de steder i verden, hvor flest mennesker bor alene. Siden efterkrigstiden har en veludbygget velfærdsstat, herunder et omfattende hospitalsvæsen og et fintmasket net af sociale og økonomiske ordninger, haft til formål at yde alle et mindstemål af sikkerhed

og omsorg i tilfælde af sygdom og alders-svækkelse. Det har betydet, at mange af de omsorgs- og plejeopgaver, der tidligere blev klaret inden for familien og i private hjem nu udføres af pædagoger, sygeplejersker, læger, SOSU-assisterter og i institutioner, som er skabt til formålet. Siden 1960'erne er de fleste kvinder også kommet på arbejdsmarkedet, og velfærdsstaten har gjort det muligt for alle at indgå i fleksible familie- og samlivsformer, herunder at bo alene. Forskere peger også på, at urbanisering, sociale medier, længere levealder og øget velstand bidrager til det forhold, at flere mennesker vælger eller ender med at bo alene.

Alenehed og ensomhed

I forskningen og i den offentlige debat har der gennem de sidste ti år

været et voksende fokus på ensomhed og relationen mellem ensomhed og sundhed. Den forskning viser entydigt, at det både er lidelsesfuldt og sygdomsfremkaldende at føle sig ensom. Man er dog ikke nødvendigvis ensom (eller single), fordi man bor alene. Mange alene-boende trives med at bo alene, og forskningen viser, at det er kvaliteten og indhold-et af de sociale samspil mellem mennesker, frem for kvantiteten, der bestemmer, om man bliver ensom. Så hvorfor interessere sig for de alene-boende i forskningen og i klinikken?

Når man bliver syg, har smerter og er træt, er der mange livsopretholdende praksisser – som at børste tænder, få tøj på, spise og blive transporteret rundt – der besværliggøres. Hvis man bor alene, kræver det ekstra kræfter og tålmodighed at få hverdagen til at fungere. Det siger sig selv. Men syge, alene-boende menneskers udfordringer vokser også i disse år, fordi vi er i gang med at ændre på den ansvarsfordeling af omsorgsopgaver, der blev etableret mellem familien og velfærdsstaten i den periode, vi kort har beskrevet i det ovenstående, hvor mange af familiens og særligt kvindernes opgaver blev gjort til statens ansvar.

Omsorgsarbejde er også politik og kultur

”Dyb krise i sundhedsvæsenet: 19.000 jobs umulige at besejtte og det bliver kun værre” (overskrift i Politiken d. 9. marts). Vi kender alle overskrifterne. Der mangler ’varme hænder’ til at tage sig af de syge, og fremskrivninger viser, at stadig flere danskere i fremtiden vil leve med kroniske sygdomme som KOL, diabetes og kræft. Det er naturligvis et problem, og det siger sig selv, at vi skal forsøge at løse det. De sidste år har politikere og ansvarlige inden for sundhedssystemet forsøgt at løse det ved at flytte flere omsorgsopgaver tilbage; ud i familierne og i private hjem. Antallet af hospitalsindlæggelser søges nedbragt, og hospitalsophold er blevet kortere. Man kan sige, at ’velfærdsstatens omsorgsetik’, forstået som forestillinger om ’hvem der gør hvad’ og ’hvad der er god omsorg’, i disse år forskydes i rum og tid (fra hospital til hjem) og i definitionen af omsorgsevne (fra det professionelle til det private domæne). Og i den politiske retorik, der omgiver dette skif-



Fra feltarbejdet - en af informanterne går tur alene i skoven.
Foto: Sara Marie Hebsgaard Offersen.

te, betragtes familien eller folks private hjem ofte som ’naturlige eller autentiske’ steder for omsorg under indsatser for pårørendeinddragelse og slogans som ’længst muligt i eget hjem’.

Vi ved fra forskningen, at pårørende kan opleve at blive unødigt belastet af at skulle passe deres syge familiedlemmer. Det er uhensigtsmæssigt. Men hvis vi skal forstå kompleksiteten af den øvelse, det er at flytte rundt på omsorgsansvar, så skal vi også have blik for, at omsorgsarbejde ikke ’bare er arbejde’, det er også kultur og politik. Vores forskning viser for eksempel, at forhandlingen af omsorgsarbejde sker i krydsfeltet mellem moralske forestillinger om forbundethed og familieliv (f.eks. om hvem der gør hvad, og hvad man forventer, der kan udveksles i familierelationer) og det, vi kunne kalde ’velfærdsstatens politiske økonomi’ (f.eks. fordelingen af omsorgsressourcer, tilhørsforhold til arbejdsmarkedet). Velfærdsstatens fordeling af ressourcer er med til at regu-

Når velfærdsstaten flytter mere omsorgsarbejde over i familien og i private hjem, øger det derfor de udfordringer, alene-boende står overfor, når de bliver syge.

lere, hvem vi forventer gør hvad, og hvorvidt døtre, sønner eller svigerdøtre har tid til at yde omsorg for familiens ældste. Omsorgsarbejde er kulturelt i den forstand, at det forbinde den enkeltes livsforløb med fællesskabets gennem fællesskabets forestillinger om 'hvem der gør hvad og hvordan'.

Hvem gør hvad?

Lad os give et eksempel. En af de informanter, som vi har arbejdet med i vores forskning – lad os kalde hende Anne – er tidligere leder i det offentlige. Hun er i slutningen af 60'erne og er det, man kunne kalde 'ressourcestærk'. Hun har mange venner og en velfungerende familie. Hun har boet alene i mere end 20 år og sætter stor pris på det. Anne har kræft og er blevet opereret i maven, og hver morgen får hun besøg af en SOSU-assistent, der hjælper hende i tøj og sørger for, at hun får mad. Anne bor på anden etage i et stort lejlighedskompleks. Når Anne har fået kemoterapi og er træt, kan hun ikke selv gå i vaskekøleren, og nabokonen i opgangen må hjælpe med at handle ind. Anne er god til at bede om hjælp, og hendes hverdag fungerer nogenlunde, fordi hun har en del venner og familie, der træder til. Det kræver dog altid en form for overvindelse, når hun skal ringe til sin datter og bede hende kigge forbi. 'Hun arbejder jo også og har travlt', som Anne siger. Anne fortæller også, hvor flov hun blev en dag, hvor hendes barnebarn måtte

hjælpe med at vaske noget meget beskidt tøj. Der var kommet afføring på det, og hun ville gerne have det vasket, inden hun skulle have gæster. Og hun plejer at takke nej til at lade familien hjælpe hende i bad, selvom hun trænger til det. "Det er ikke deres opgave", som hun siger.

En opgave for "de professionelle"

Dette korte eksempel viser, at der intet 'naturgivent' er over at inddrage familien i omsorgsopgaver, og at fordelingen af omsorgsopgaver sker under hensyn til moralske forestillinger om, hvad man udveksler og med hvem i familierelationer, og til velfærdsstatens politiske økonomi. Uden undtagelse talte vores informanter om, at deres yngre familiemedlemmer "jo har travlt og ikke skal bebyrdes med min sygdom" eller "skal have lov til at have normal hverdag", og alle understregede de, at der var grænser for, hvor meget hjælp de kunne bede om, og hvad de kunne bede om. Det at pleje og yde omsorg for den syge og svage krop blev af de fleste af vores informanter betragtet som en opgave for 'de professionelle'. Også selvom mange af dem gerne ville gerne have været mere i bad, kunne have haft gavn af hjælp til at håndtere medicin, få skiftet sengetøj eller have selskab på triste dage med smerter og træthed. Der er meget arbejde forbundet med at bo alene og være alvorligt syg, også for ressourcestærke mennesker som Anne.

Når man omfordeler omsorgsansvar, så omfordeler man ikke blot arbejdsopgaver. Man griber ind i, hvordan mennesker lever i og med intime relationer, i forestillinger om privatliv og uafhængighed, og i moralske forestillinger om, hvem der kan og må håndtere syge kroppe. Familier er naturligvis forskellige, men den generation af ældre, der bliver syge og plejekrævende nu, er vokset op sammen med velfærdsstatens institutioner. Deres børn er aktive på arbejdsmarkedet, og der er ikke tradition for, at man bor sammen på tværs af generationer. For mange familier er det mere 'naturligt', at det er professionelle, der tager sig af og kommer tæt på den syge krop, end det er at få hjælp af familie og venner. Når velfærdsstaten flytter mere omsorgsarbejde over i familien og i private hjem, øger det derfor de udfordringer, alene-boende står overfor, når de bliver syge.

Det behøver ikke at være et problem for sundhedsvæsenet, at flere mennesker bor alene. Men det er noget, der skal italesættes og tages hensyn til, når vi omfordeler omsorgsansvar, og vi har brug for forskning, der undersøger spillet mellem slægtskab, omsorg og velfærd. Vi er i gang med at undersøge kræftpatienters erfaringer med at bo alene og arbejder bl.a. med et livsfase-perspektiv, der kaster lys over, hvordan omsorgsbehov og moralske forestillinger om 'hvem der gør hvad' knytter sig til det at være hhv. ung eller gammel. Men vi mangler forskning, der undersøger, om pågående forandringer øger social ulighed, hvordan de knytter sig til kulturelle forestillinger om køn og til sundhedspolitiske forestillinger om 'sammenhængende patientforløb'. //