



UiT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag

Eldres forventninger til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom

Fokusgruppeintervju med eldre

—

Una Thijssen Amundsen

Masteroppgave i helsefag, studieretning helse- og omsorgstjenester til eldre

Mai 2014



Forord

Dette har vært en lærerik og krevende prosess. Den har båret frukter ved å gi meg ny kunnskap og erfaring. Utfordringene jeg har møtt har styrket meg, og vil bidra i min yrkesutøvelse i framtiden.

Ønsker å rette en takk til mine informanter for deres deltakelse i masteroppgaveprosjektet. Dere har hatt stor betydning for resultatet, jeg er evig takknemlig ovenfor dere.

Jeg ønsker å rette oppmerksomheten til min svært dyktige og kyndige veileder Mari W. Skaalvik, som har hjulpet meg, støttet meg og oppmuntret meg. For en kunnskap!

Familien min har stått bak meg gjennom denne prosessen. Takk Espen, Vår, Thale og Prins! Dere er min inspirasjon!

Takk til mine medstudenter har fulgt meg hele denne vei, nytten av samtalene, møtene og øyeblikkene er ubeskrivelig!

Stolt

Tromsø mai 2014

Una Thijssen Amundsen

Sammendrag

Bakgrunn: Jeg har jobbet i eldreomsorgen i en rekke år. Gjennom arbeidet har jeg blitt interessert i framtidens eldreomsorg da vi står overfor endring på grunn av antallet eldre og hvordan tilbudet til de skal organiseres. Jeg har ønske om at eldre skal oppleve en verdig alderdom. I den forbindelse ønsker jeg at eldre sine synspunkter skal bli formidlet og hørt. Da de kan bli pasienter i framtiden er deres synspunkter av betydning for å utvikle og utforme helsetjenesten. Gjennom utgangspunktet for denne oppgaven håper jeg å bidra nettopp til at eldres stemme om fremtidens kommunale helsetjeneste blir formidlet.

Forskningsspørsmål: *”Hvilke forventninger har eldre til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom?”.*

Teori: I masteroppgaven beskrives dagens eldreomsorg, pasienter og tilbudet som gis. Ulike teoretiske perspektiver er benyttet for å belyse begrepet verdighet. Videre har jeg benyttet nyere vestlig forskning som omhandler eldre, verdighet og forventninger til helsetjenesten.

Metode: Studiens metode er fenomenologisk- hermeneutisk inspirert, med fokusgruppeintervju av fire eldre kvinner. Fokusgruppeintervjuet ble gjennomført med utgangspunkt i en strukturert intervjuguide. Lydopptaket ble transkribert. Etter å ha lest den transkriberte teksten skrev jeg en initial forståelse av den. Tema ble tydelig gjennom å finne meningsbærende ord og setninger i teksten. Videre sammenlignet jeg temaene med min initiale forståelse, lydopptaket og den transkriberte teksten. Analyse prosessen var ikke lineær. Hensikten var å få en dypere forståelse for informantenes forventninger til kommunal helsetjeneste for å oppleve en verdig alderdom

Funn: Informantene påpekte at hva verdighet er, er en individuell oppfatning. De løftet selvbestemmelse fram som viktig uavhengig av helsetilstand. Videre fastslo informantene at trygghet var av betydning for å oppleve verdighet i alderdommen, og trygghet ble blant

annet beskrevet som visshet om at de ved behov ville få sykehjemsplass. Sosial kontakt med familie og deltakelse i en meningsfull hverdag var av betydning. Informantene erfarte alderisme til tross for politiske føringer for å fremme verdighet hos eldre. Informantene mente at den kommunale helsetjenesten kan bidra til å gjøre alderdommen verdig for syke og hjelpetrengende eldre. De tydeliggjorde at den kommunale helsetjenesten har et ansvar for at eldre skal oppleve en verdig alderdom.

Konklusjon: Å sette den enkelte eldre i sentrum og gi deres ønsker, tanker og meninger betydning gjennom medvirkning i planlegging av helsetjenester og tilbud, vil øke Eldres opplevelse av verdighet. Eldre ønsker selv å definere sitt behov. Masteroppgaven påpeker et behov for en enklere tilgang på sykehjemsplasser for eldre. Det understrekes at sosial kontakt i meningsfulle aktiviteter er av betydning for eldre. Arbeidet med å bekjempe alderisme bør videreføres, da alderisme oppleves i samfunnet til tross nasjonale føringer for å bekjempe det. Framtidige pasienter presenterer et overordnet syn på hva hvordan kommunal helsetjeneste kan etterstrebe en verdig alderdom for sine innbyggere. Det i kontrast til pasienter som fokuserer på sine nære opplevelser. Til sist påpekes ansvaret som kommunal helsetjeneste har for å gi de eldre en verdig alderdom.

Nøkkelord: Eldre, Alderdom, Verdighet, Forventninger, Helsetjeneste, Kvalitativ studie, Fokusgruppeintervju, Fenomenologi, Hermeneutikk.

Summary

Background: I have worked with giving healthcare for elderly people for many years. Through my work I have gained an interest in the future healthcare for elderly, since the number of old people is growing and that creates challenges in how to organize the healthcare services. I want elderly people to experience old age in dignity. I want to give old people an opportunity to express their opinion on the subject. Since they can become patients in the future, their opinion is important in the development and design of the healthcare system. Through this thesis I hope to view the voice of elderly people on future healthcare.

Research question: *”Which expectations does old people have towards municipal healthcare system to live life in dignity?”*

Theory: In this thesis the current healthcare system is described, it’s patients and the healthcare services that are given. Different theoretical perspectives are used to illustrate the term dignity. I have studied new research from the western part of the world about elderly people, dignity and expectations for healthcare.

Method: The method of this study is inspired by a phenomenological- hermeneutical approach, and contains a focus group interview with 4 elderly women. The focus group interview was done using a structured interview guide. The recording was transcribed into text. After reading the text I wrote an initial understanding of it. Themes submerged from finding words and sentences that were meaningful. I then compared the themes with my initial understanding, the recording and the text. The analysis was not a linear process. The purpose was to receive a deeper understanding of the participants expectations towards municipal healthcare system to live old age in dignity.

Findings: The informants pointed out that what gives dignity is an individual perception. Self-determination was important regardless of the health condition of the old person. Felling secure and safe was of importance to experience dignity in old age. To feel secure

immersed from knowing that if they needed it, they could live in a nursing home. Contact with family and participation in activities that are meaningful were of importance. The informants experienced ageism despite policy guidelines to enhance dignity in elderly peoples lives. The participants meant that the municipal healthcare system had responsibility and opportunity to give old people a life in dignity.

Conclusion: Thru emphasizing the old person and what he or she wants, thinks and needs in planning healthcare gives old people dignity. Old people want to define their own needs. This thesis shows that nursing home placements should be easier available. The thesis also stresses that old people want to engage in social life doing meaningful activities. Old people still experience ageism despite policy guidelines that oppose it, society has to work against ageism. People that may become patients in the future presented an overall view on how municipal healthcare system could give old people a life in dignity. Patients often tend to focus on their own experiences. The thesis shows how a small sample of old people perceive the municipal healthcare systems responsibility for giving old people a life in dignity.

Key words: Elderly, Old age, Dignity, Expectations, Healthcare, Qualitative study, Focus group interview, Phenomenology, Hermeneutics.

Forord
Sammendrag
Summary

INNHold

1 Innledning	s. 1
1.1 Begrunnelse for valg av tema	s. 1
1.2 Forskningsspørsmål	s. 1
1.3 Begrensninger	s. 2
1.4 Oppgavens oppbygning	s. 2
2 Teori	s. 3
2.1 Eldreomsorg	s. 3
2.1.1 Eldre i samfunnet	s. 3
2.1.2 Utvikling av eldreomsorgen i Norge	s. 4
2.1.3 Kommunal helsetjeneste i dag	s. 5
2.1.4 Medvirkning	s. 6
2.1.5 Dagtilbud	s. 7
2.2 Begreper	s. 7
2.2.1 Behov for verdighet	s. 7
2.2.2 Begrepet verdighet	s. 8
2.2.3 Autonomi og eldres sårbarhet	s. 10
2.3 Møter mellom mennesker	s. 11
2.4 Presentasjon av forskning som belyser forhold som er av betydning for eldres opplevelse av verdighet og forventninger til kommunal helsetjeneste	s. 12
3 Metode	s. 16
3.1 Metodisk tilnærming	s. 16
3.2 Avklaring av egen rolle	s. 17
3.3 Datainnsamling	s. 19
3.3.1 Utvalg av informanter	s. 19
3.3.2 Rekruttering av informanter	s. 20
3.3.3 Intervju	s. 21
3.3.4 Praktisk gjennomføring av intervju	s. 23
3.3.5 Ethiske overveielser	s. 24
3.3.6 Litteratursøk	s. 24
3.4 Analyse av datamaterialet	s. 26
3.4.1 Transkripsjon	s. 26
3.4.2 Analysen	s. 26
3.5 Metoder for å sikre studien kvalitet	s. 28
3.5.1 Refleksivitet	s. 28
3.5.2 Overførbarhet	s. 29
3.5.3 Validitet	s. 30

4 Funn	s. 32
4.1 Å leve sitt eget liv	s. 33
4.2 Jeg har i hvertfall lyst til å bestemme selv!	s. 34
4.2.1 Hva med verdigheten når jeg blir hjelpetrengende?	s. 35
4.3 Verdighet har med trygghet å gjøre	s. 36
4.3.1 Mangfoldige boformer for eldre	s. 38
4.4 Føling med samfunnet på yttersida	s. 39
4.4.1 Kontakt med familien	s. 40
4.4.2 Å komme seg til aktiviteter	s. 40
4.4.3 Når pleiere blir en del av livet	s. 41
4.5 Å bli verdsatt, ikke satt på sidelinja	s. 42
4.6 Verdig alderdom, et ansvar for kommunen	s. 44
5 Diskusjon	s. 46
5.1 Å leve sitt eget liv	s. 46
5.1.1 Verdighet	s. 46
5.1.2 Individuell tilnærming	s. 47
5.2 Jeg har i hvertfall lyst til å bestemme selv!	s. 49
5.2.1 Selvbestemmelse når krav på helsehjelp	s. 49
5.2.2 Verdighet når hjelpetrengende	s. 50
5.3 Verdighet har med trygghet å gjøre	s. 52
5.3.1 Eldresentre	s. 54
5.4 Føling med samfunnet på yttersida	s. 55
5.4.1 Å komme seg til aktiviteter	s. 56
5.4.2 Når pleiere blir en del av livet	s. 57
5.5 Å bli verdsatt, ikke satt på sidelinja	s. 59
5.6 Verdig alderdom, et ansvar for kommunen	s. 61
5.6.1 Nære og overordnede fokus	s. 61
5.6.2 utfordringer tilknyttet den kommunale helsetjenesten	s. 62
6 Avslutning	s. 65
6.1 Oppsummering	s. 65
6.2 Konsekvenser for praksis	s. 66
6.3 Videre forskning	s. 67

Referanser

- Vedlegg nr. 1** Informasjon til leder i pensjonistforening
- Vedlegg nr. 2** Informasjon til informanter
- Vedlegg nr. 3** Samtykkeskjema
- Vedlegg nr. 4** Intervjuguide
- Vedlegg nr. 5** Registreringsskjema
- Vedlegg nr. 6** Svar fra Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste

1 Innledning

Hensikten med studien er å utforske og belyse eldre menneskers forventninger til kommunal helsetjeneste for å oppleve en verdig alderdom. Jeg utdyper temaet gjennom data fra et fokusgruppeintervju med eldre pensjonister der de snakket fritt etter innspill gitt fra meg. Funnene som presenteres på bakgrunn av analyse av transkribert tekst er reflektert over og diskutert ut fra teori og tidligere forskning. Til sist i oppgaven ser jeg på hvordan resultatene fra min studie kan bidra som et perspektiv på praksis.

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Jeg har arbeidet i eldreomsorgen i kommunal helsetjeneste siden fullført grunnutdanning i sykepleie. Jeg har opplevd at praksisfeltet gjennomgår stadige endringer og omorganiseringer med et høyt fokus på effektivitet og økonomi jamfør Hupcey et al. (2004) og McCormack & McCance (2010). Pasienter har kortere opphold på sykehus og mye av behandling og oppfølging har blitt et kommunalt ansvar (Omsorgsdepartementet, 2009). Denne endringen i eldreomsorgen i kommunal helsetjeneste har ført til at jeg ønsker å belyse hva eldre selv mener er viktig og av betydning for å oppleve en verdig alderdom. Jeg ønsket å gi de et talerør for å uttrykke hvordan de mener verdig alderdom kan oppnås gjennom å invitere de til å fortelle om sine forventninger til kommunal helsetjeneste. Jeg mener det er viktig å belyse eldres meninger og tanker da vi står overfor en økning av antall eldre som har behov for helsehjelp i framtiden (Ramm, 2013). Denne økningen vil påvirke organisering av tilbudet i helsetjenesten i kommunene (Ramm, 2013), noe som igjen vil påvirke eldres liv og hverdag.

1.2 Forskningsspørsmål

Jeg ønsker å fokusere på eldre menneskers beskrivelse av hva verdig alderdom er og hva de forventer av kommunal helsetjeneste for å oppleve det. Forskningsspørsmålet er:

”Hvilke forventninger har eldre til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom?”.

Jeg vil gjennom Eldres synspunkter i et fokusgruppeintervju tematisere forskningsspørsmålet. Jeg har valgt dette forskningsspørsmålet da det å gi eldre en verdig alderdom er et engasjement som jeg har utviklet gjennom min yrkeserfaring.

1.3 Begrensninger

Masteroppgavens retningslinjer setter rammer for omfang av prosjektet. Dette viser seg i antall informanter og størrelse på prosjektet. Data som ligger til grunn for masteroppgaven og funnene fra analysen vil derfor ikke være allmenngyldig og gir ikke grunnlag for å trekke generelle konklusjoner. Mitt håp er at innholdet i masteroppgaven gir et bidrag til debatten om hvordan man kan utvikle en kommunal helsetjeneste som sikrer eldre en verdig alderdom.

1.4 Oppgavens oppbygning

I kapittel 2 presenteres et teorikapittel som gir et bakteppe i form av aktuell kunnskap og en faglig teoretisk tilnærming som er relevant for masteroppgaven. Tidligere forskning som er utført om temaet presenteres her. Metoden som er benyttet for å framskaffe datamateriale og hvordan datamaterialet er analysert beskrives i kapittel 3. Her vises det til den praktiske gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet. I kapittel 4 beskrives funnene fra analysen av datamaterialet. Kapittel 5 er viet til diskusjon av funn i lys av teoretiske perspektiver som er lagt til grunn i oppgaven. I kapittel 6 gis en avslutning og oppsummering sammen med noen refleksjoner over arbeidets betydning for utvikling av den kommunale helsetjenesten for eldre.

2 Teori

2.1 Eldreomsorg

I dette kapittelet ønsker jeg å skissere en faglig teoretisk tilnærming der jeg viser et bakteppe av eksisterende kunnskap som er relevant for diskusjonen av forskningsspørsmålet og funnene.

2.1.1 Eldre i samfunnet

Andelen eldre i samfunnet øker raskt i Norge. Dette skyldes at store etterkrigskull er i ferd med å bli gamle og økt levealder (Texmon, 2013). Når en større andel eldre gir samfunnsutfordringer beskrives det som en eldrebølge (Solem, 2005). I 2013 i Norge var antallet eldre over 67 år 13 %, i 2050 vil denne andelen være forventet på 21 % og tilsvare 1,4 millioner eldre (Texmon, 2013).

Eldre er ikke en homogen gruppe (Fjelltnun, 2009), men noen fellestrekk ved å bli eldre beskrives (Solem, 2005). Livsløp deles inn i fire stadier (Romøren, 2001). Tredje alder er pensjonist alderen, der man har muligheten til å realisere drømmer og mål. Den siste alderen er alderdom i sin egentlige forstand. Her opplever eldre en kroppslig svekkelse og en ny avhengighet der flere trenger hjelp fra andre. I denne fjerde alderen finner vi eldre over 80 år der mange er skrøpelige og det må vurderes hvor lenge det er forsvarlig å bo hjemme (Fjørtoft, 2012, Romøren, 2001, Solem, 2005)

På grunn av økning i antall eldre, særlig de eldste over 90 år vil behovet for helse- og omsorgstjenester få en økt etterspørsel (Texmon, 2013). Eksisterende kunnskap om bruken av tjenestene i dag ligger til grunn for forventninger og press mot disse tjenestene i tiden framover (Ramm, 2013). I "Morgendagens omsorg" (Omsorgsdepartementet, 2013a) vises det til at innføringen av Samhandlingsreformen (Omsorgsdepartementet, 2009) gir et økt press på institusjonsbehovet i kommunen. Dette skyldes at kommunene har et større ansvar for utskrivningsklare pasienter (Gabrielsen, 2013).

2.1.2 Utvikling av eldreomsorgen i Norge

Tradisjonelt var det familiens ansvar å ta vare på de eldre (Borgan, 2013). I 1964 ble det fastslått i lov at den enkeltes sikkerhetsnett tilhørte velferdsstaten (Sosialdepartementet, 2010). Og ansvaret for hjelpetrequende eldre er fortsatt kommunens og statens ansvar. Innføringen av lovverket la til grunn en omfattende utbygging av omsorgssektoren med mange institusjoner, aldershjem og trygdeboliger (Borgan, 2013). Aldershjem var tiltenkt eldre selvhjulpne som hadde behov for felleskap og et visst tilsyn og pleie. I 1970 årene lå ansvaret for drift av sykehjemmene hos fylkeskommunen. Fra 1988 ble ansvaret for sykehjemmene tillagt kommunen (Borgan, 2013). I tiden etter ble det utført en nedbygging av antall aldersboliger og institusjonsplass ble forbeholdt de med størst hjelpebehov. På 1990-2000 tallet ble antallet institusjonsplasser redusert (Borgan, 2013).

Hjemmetjenesten vokste fram med husmorvikarer på 1960 tallet, som et samarbeid mellom religiøse, humanitære organisasjoner og kommunen (Borgan, 2013). Hjemmetjenester ble lovpålagt i 1984 (Omsorgsdepartementet, 1984). De siste 20 årene er hjemmetjenestetilbudet blitt mer helhetlig, variert og tilpasset til mottakerne (Borgan, 2013). Nå er det vanligere å bo i eget hjem og motta tjenester, utviklingen går fra institusjon til hjemmetjeneste. Politiske føringer fra regjeringen legger til grunn at eldre med hjelpebehov skal bo hjemme så lenge som mulig (Omsorgsdepartementet, 2013a). Terskelen for å få sykehjemsplass har økt og de som bor i institusjon er mer pleietrengende (Borgan, 2013). Omsorgsboliger som kommunal bolig med pleie- og omsorgsformål har økt på 1990 og 2000 tallet (Borgan, 2013).

Utviklingen fra institusjon til hjemmetjeneste beskrives i ”Morgendagens omsorg” (Omsorgsdepartementet, 2013a).

”Denne utviklingen er resultat av reformarbeid, faglige og økonomiske vurderinger i kommunene og sterkere medvirkning fra brukerne i utforming av tjenestene.”

2.1.3 Kommunal helsetjeneste i dag

Kommunene har samlet ansvar for eldreomsorgen i form av et tilbud med ulike tjenester som sykehjem, hjemmetjeneste, omsorgsboliger, rehabilitering, fastlege, osv.

I loven om kommunale helse- og omsorgstjenester påpekes kommunens ansvarsområde (2011a).

“Kommunen skal sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester.”

Lovverket fastslår i § 4 at helse- og omsorgstjenestene som tilbys i kommunen skal være forsvarlige med tilstrekkelig faglig kompetanse, og at pasienter skal få et verdig tjenestetilbud (Omsorgsdepartementet, 2011a).

Sykehjem er ikke et lovpålagt helsetilbud i kommunen. Hver kommune står fritt til å utforme og bygge ut tjenestetilbud tilpasset lokale forhold og behov. Noen kommuner satser på institusjoner, andre på hjemmetjeneste, dagsenter og omsorgsboliger eller kombinasjoner av disse (Omsorgsdepartementet, 2013a). For eldre over 80 år er dekningsgraden for heldøgns omsorgsplasser 28 %, hvorav 18 % er sykehjemsplasser. (Omsorgsdepartementet, 2013a). Andre tall viser at 6 % av eldre over 67 år bor i institusjon (Mørk, 2013). Hva en heldøgns omsorgsplass innebærer er ulikt, det kan bety forskjellige sykehjemsavdelinger, aldershjem eller omsorgsbolig med døgnbemanning fra hjemmetjeneste. Disse boligformene har ulike krav til bemanning, tilsyn av lege og betaling (Gabrielsen, 2013). Det påpekes i ”Morgendagens omsorg” at det er en utfordring å øke kapasiteten og bygge ut de neste årene for å unngå at det blir for få heldøgnsomsorgsplasser og man kommer på etterskudd ut fra utviklingen og behovet i samfunnet (Omsorgsdepartementet, 2013a).

Det er en nedgang i andelen eldre som bor i institusjon i dag. I 1991 hadde 50 % av de over 90 år institusjonsplass, denne andelen er under 30 % i dag. Gjennomsnittlig innskrivningsalder for langtidsopphold i sykehjem er 84 år, og 70 % er kvinner (Gabrielsen, 2013). Årsak til innvilget langtidsopphold i institusjon skyldes behov for

døgnkontinuerlig pleie- og omsorgsbehov som hjemmetjenesten ikke kan dekke. Pasientene har ofte omfattende bistandsbehov og omtrent 75 % har demenssykdom eller kognitiv svikt (Gabrielsen, 2013). Det er en nasjonal målsetning at eldre skal få bo hjemme så lenge de ønsker det og motta nødvendige tjenester der (Omsorgsdepartementet, 2013a). Hjemmetjenesten har en sentral plass for å imøtekomme dette tilbudet. Likevel viser det seg at for de eldste og svakeste er det vansker med å gi et forsvarlig pleie- og omsorgstilbud i eget hjem (Gabrielsen, 2013). Denne gruppen eldre vil ha behov for institusjonsplass for å få nødvendig behandling. Utviklingen framover basert på statistikker viser at pasienters individuell behov skal komme mer i fokus (Gabrielsen, 2013).

Det er påpekt at for å møte behovet for plasser med heldøgns pleie og omsorg må det være utbygd og gitt tilbud til 25 % av eldre over 80 år uten at boform er spesifisert (Helsedepartementet, 1997). Enkelte kommuner har ventelister for sykehjemsplass. Disse kommunene har ikke tilpasset tilbudet i forhold til befolkningen i kommunens behov, her er det mangel på boformer med heldøgns pleie- og omsorgstilbud (Fjelltun, 2009). Fjelltun (2009) skriver at *”Dette medfører at de eldre ikke får tjenester tilpasset sitt behov”*.

2.1.4 Medvirkning

Den norske lov understreker retten til medbestemmelse flere steder. Pasient- og bruker rettighetsloven (Omsorgsdepartementet, 2013b) viser til pasienters medvirkning i § 3-1. Her fastslås pasienters rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester ved at de kan medvirke i avgjørelser om valg av behandling. Loven påpeker at tjenestetilbudet så langt det er mulig skal utformes i samarbeid med pasientene.

Helse- og omsorgstjenesteloven (Omsorgsdepartementet, 2011a) er gjeldende for de eldre som oppholder seg i kommunen. Denne loven fastslår i § 3-10 at pasienter og brukere skal bli hørt ved utforming av helse- og omsorgstjenester. Deres erfaringer og

synspunkter skal ytres gjennom representanter i et etablert system. Et eksempel på dette er eldreråd i kommunene.

2.1.5 Dagtilbud

Dagtilbud gis til hjemmeboende med fysisk eller psykisk funksjonssvikt som har behov for å komme seg ut av en isolert tilværelse ved at de får aktivisering og rehabilitering (Gabrielsen, 2013).

Eldresentre er tiltak som skal motvirke ensomhet, passivitet og sosial tilbaketrekning. De skal bygge oppunder aktivitet og sosial felleskap påpekes det i ”Mestring, muligheter og mening – Framtidens omsorgsutfordringer” (Omsorgsdepartementet, 2006). Det står i offentlige dokumenter at institusjoner skal bli plassert i nærmiljøet i ikke utenfor bebyggelse (Omsorgsdepartementet, 2013a). Dette for at lokalene kan bli benyttet som velferdssenter, møteplass med kulturaktiviteter, samt plasseringen kan lette tilgjengeligheten for familie og venner. Andre tilbud som eldresentre kan ha blir presisert som kafe, kantine, aktivitetsrom, treningsrom og scene. Flere generasjoner kan møtes på en slik arena, noe som kan føre til at bistand til den eldre fra familien økes (Omsorgsdepartementet, 2013a). Kommunene ble i 2006 oppfordret til økt utbygging av eldresentre, i samarbeid med pensjonistforeninger og frivillige (Omsorgsdepartementet, 2006).

2.2 Begreper

2.2.1 Behov for verdighet

Mange instanser påpeker menneskets behov for verdighet (Menneskerettigheter, 1948, Beredskapsdepartementet, 1814, Omsorgsdepartementet, 2013b, Omsorgsdepartementet, 2010).

Forente Nasjoners verdenserklæring om menneskerettigheter fra 1948 (Menneskerettigheter, 1948) fastslår at alle mennesker har en iboende verdighet og

samme menneskeverd. Norges grunnlov viderefører prinsippet om menneskerettigheter (Beredskapsdepartementet, 1814).

Pasient- og brukerrettighetsloven (Omsorgsdepartementet, 2013b) skal bidra til å sikre at verdigheten blir respektert i utøvelsen av helsetjenester. Ved krenkelser av verdigheten er ikke behandlingen etisk forsvarlig.

Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere slår fast at grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for den enkelte menneskes liv og iboende verdighet (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

Verdighetsgarantien (Omsorgsdepartementet, 2010) har som formål å sikre at eldreomsorgen tilrettelegges på en slik måte at den bidrar til verdig, trygg og meningsfull alderdom. Den skal sikre et godt tjenestetilbud til eldre. Her løftes fram betydningen av en riktig og forsvarlig boform.

2.2.2 Begrepet verdighet

Jeg har valgt tre artikler av nordiske forfattere som beskriver verdighet (Edlund, 2002, Høy, 2012, Nordenfelt, 2003). Jeg har valgt disse beskrivelsene av begrepet fordi de er skrevet av personer med forankring i noenlunde like kulturer. Kultur og sosiale forskjeller kan påvirke hva man legger i begrepet og hvordan man definerer det (Omsorgsdepartementet, 2011b). For min studie har jeg funnet det formålstjenlig å legge til grunn synspunkter på begrepet verdighet ut fra en kulturbakgrunn som er noenlunde lik mine informantere.

Nordenfelt (2003) ser begrepet verdighet i et historisk perspektiv, og benytter en todelt oppfatning av begrepet verdighet. Han beskriver en grunnleggende rett til verdighet gjennom å være menneske. Den andre type verdighet han belyser kan mennesket erverve og oppnå gjennom arv og meritter, og den kan tapes. Den er betinget gjennom sosial status. Han påpeker at eldre har en type verdighet som er særlig gjeldende for dem og

gjør dem spesielle. Deres verdighet bygger på at de har levd et langt liv med prestasjoner, innsats og oppnådd visdom og kunnskap.

Edlund (2002) mener at bruken av begrepet verdighet er utstrakt særlig innen forskning i helsetjenesten. Hun uttrykker at:

”Värdighet har en stor betydelse för människans välbefinnande, och detta är något som ofta lyfts fram inom vårdvetenskaplig forskning” (Edlund, 2002, s. 1).

Videre påpeker hun at begrepet ikke er entydig eller lett å forstå, og at det finnes mange tolkninger av begrepet (Edlund, 2002). Det presenteres to hoveddimensjoner av verdighet; den absolutte verdigheten og relative verdigheten. Edlund (2002) skriver at den absolutte verdigheten er en ukrenkelig medfødt verdi hos alle mennesker. Videre forteller hun at mennesker innehar en verdighet som kan påvirkes utenfra, denne dimensjonen har fått navnet den relative verdigheten. Den må ivaretas og respekteres, da den kan krenkes og ødelegges gjennom uverdigg behandling fra omverden (Edlund, 2002). Edlund (2002) har intervjuet eldre om verdighet, hun beskriver hva som er særegent for den eldre. Eldre mennesker kan bli svekket kroppslig, og det medfører at deres verdighet kan bli truet. Verdier som står i fare er frihet, ansvar, selvstendighet, uavhengighet, troverdighet og opplevelsen av å være verdifull. Opplevelse av å ikke mestre kan gjøre at eldre får redusert verdighet. Eldre presenterer et ønske om å bli sett, hørt på, trodd og tatt på alvor slik at de opplever at de er en person. De eldre mener at alle har en grunnverdighet i seg, og at mennesker har en plikt og et ansvar i sine handlinger (Edlund, 2002).

Høy (2012) skriver at verdighet er et komplekst begrep som kan være vanskelig å benytte og definere. Hun påpeker at begrepet må forstås for at verdighet skal kunne vises praktisk. Hun belyser verdighet, integritet og autonomi som viktige konsepter i eldreomsorg. Sårbarheten til eldre som mottar helse- og omsorgstjenester setter de i en spesiell situasjon fordi de er avhengige av personale. De er påvirket av personalets tidsramme, holdning og kompetanse. Høy (2012) beskriver verdighet med to distinkte betydninger som hun fastslår det er enighet om i fagfeltet. Den ene formen av verdighet

er absolutt og går ut på at alle mennesker innehar en grunnverdi, som ikke kan ødelegges eller fratras et menneske. Den andre formen for verdighet er en kulturell og sosial verdi som kan opptjenes og fratras gjennom interaksjon med andre.

Jeg ser i artiklene at forskerne har flere felles syn på verdighet. De belyser en todeling av begrepet. De beskriver hva som er særegent når det kommer til verdighet for det eldre mennesket. Likevel har de ulike fokus og perspektiv som når det kommer til verdighet og eldre. Nordenfelt (2003) holder fokus på den relative verdigheten i personers eldre år, Edlund (2002) beskriver eldre som blir svekket, mens Høy (2012) ser på den eldre pasienten som er sårbar.

2.2.3 Autonomi og Eldres sårbarhet

Autonomi er et begrep som er nært beslektet med verdighet. Autonomi defineres som selvbestemmelsesrett.

”Autonomi kommer af græsk og består av to termer auto, som betyder selv, og nomos som betyder lov, styring, regulering. Autonomi refererer således til en ret til å styre og bestemme over sig selv” (Høy, 2012, s. 7).

Høy (2012) påpeker at ønsket om å ha en selvstendig beslutningskapasitet og ta avgjørelser, ligger nært det menneskelige. Brinchmann (2012) framhever at menneskers autonomi kan variere gjennom livet og ikke er konstant; variasjonene kan avhenge av alder og sykdom. Det er av betydning at helsepersonell er oppmerksom på forhold mellom sårbarhet og autonomi. Høy (2012) beskriver at eldre kan være sårbare grunnet aldringssvekkelse og sykdom. Sårbarheten påvirker deres mulighet til å bestemme selv, hvis de ikke lenger har styrke til å fremme egne ønsker. Helsepersonell må være lydhøre ovenfor den eldre sårbarhet.

2.3 Møter mellom mennesker

Kitwood et al. (1999) presenterte personsentrert omsorg som tilnærming i møte med eldre personer med demens. En skal i en slik tilnærming fokusere på den eldre i stedet for sykdom og funksjonssvikt. Denne tilnærmingen kan benyttes i møte med eldre hjelpetrequende for å bevare og respektere personens identitet, samt unngå å undergrave den Eldres verdighet (Kitwood et al., 1999, Rokstad, 2008).

Brooker (2013) videreutviklet Kitwoods arbeid gjennom å definere hovedelementer i personsentrert omsorg. Hun beskriver at fagfeltet enes om en anerkjennelse av et verdigrunnlag i mennesket, uavhengig av alder og kognitiv funksjon. Hun påpeker at en bør tilnærme mennesker individuelt.

Det er publisert en rekke artikler om personsentrert omsorg og møter mellom mennesker (Ford & McCormack, 2000, McCormack et al., 2010, McCormack & McCance, 2010, Wright & McCormack, 2001). Personsentrert omsorg er å behandle mennesker individuelt, respektere deres rettigheter som person, å gi gjensidig tillit og forståelse gjennom et terapeutisk forhold (McCormack & McCance, 2010). Da helsevesenet er i konstant endring med et fokus på effektivisering, har helsepolitiske og internasjonale strømninger gitt støtte til personsentrert omsorg. Her utfordres pleiere til å forbedre opplevelsen til pasienten (McCormack & McCance, 2010).

Ford & McCormack (2000) uttrykker at det er av betydning at eldre får delta i å planlegge pleien som de selv skal motta. At de aktivt blir inkludert i å ta avgjørelser, får uttrykke sine meninger og får valgfrihet. Dette medfører at integriteten blir opprettholdt. McCormack & McCance (2010) påpeker at en personsentrert omsorg kan føre til at pasienten blir involvert og fornøyd med pleien, samt får en følelse av velvære. Wright & McCormack (2001) understreker betydningen av å systematisk utføre arbeid med og rundt pasienten for å oppnå et bedre resultat.

En annen beskrivelse av møter mellom mennesker gir Løgstrup (2008) gjennom “*Den etiske fordringen*”. Han viser til at mennesker må ha naturlig tillit til hverandre. I møter mellom mennesker utleverer menneskene seg med forventninger til hverandre, og i møtet kan verdighet skapes – eller trues.

Avsnittene ovenfor beskriver møter mellom mennesker. De ulike innfallsvinklene kan brukes i møte mellom pleiere og pasienter, samt i møte med friske eldre. Prinsippene har en allmenngyldighet i seg og kan overføres til situasjoner der en ønsker at eldre skal oppleve verdighet i møte med helsetjenesten.

2.4 Presentasjon av forskning som belyser forhold som er av betydning for Eldres opplevelse av verdighet og forventninger til kommunal helsetjeneste

I det følgende vil jeg vise til et utvalg av forskningsartikler som belyser og er relevant for forskningsspørsmålet og funnene fra datamaterialet. Jeg fant ikke mange studier om verdighet som bygde på synspunkter fra friske eldre. De fleste studiene tok utgangspunkt i pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste, noe som skiller seg fra mitt arbeid. Likevel kunne jeg utlede mye om Eldres oppfatning av verdighet og deres forventninger til kommunal helsetjeneste fra disse studiene.

Gjevjon & Romøren (2010) har utført en undersøkelse i to norske kommuner, der terskelen for å motta sykehjemsplass belyses. Studien viste at fagfolk, pårørende og pasienter mener det er en knapphet på sykehjemsplasser. Dette gjelder særlig i bykommuner. Studien viser til at sykehjemspasienter har et omfattende og kontinuerlig behov for pleiehjelp hele døgnet. Jeg valgte å innlemme denne studien da den samstemmer med egne informanters syn på behovet for sykehjemsplasser.

Det er utført en intervjustudie (Harrefors et al., 2009) i Sverige med eldre over 70 år som ikke mottar tjenestetilbud fra helsevesenet. De intervjues om hvordan de ønsker å bli stelt for hvis de skulle få ulike grader av pleiebehov i framtiden. Forskningen viser at ved lite pleiebehov og med hjelp fra ektefelle ønsker de eldre å bo hjemme. Ved behov for

avansert pleie uttrykte informantene et tydelig ønske om å bo på sykehjem. Det begrunnet de med at de ikke ønsket å være til bry. Ved alvorlig sykdom eller ved opplevelse av ensomhet var sykehjem det tryggeste alternativet for informantene i studien. De påpekte viktigheten av kyndige sykepleiere, men fryktet å bli avhengig av pleierne. Et overordnet funn i studien var at uavhengig av hvilken grad av pleie informantene kunne få behov for, understreket de viktigheten av å bli behandlet som unike personer noe de mente førte til respekt og verdighet (Harrefors et al., 2009). Studiens utvalg av informanter og fokus, samt dens likhet med egen studie gjorde at jeg ville inkludere den.

Breitholtz et al. (2013) viser i sin intervjustudie med eldre som mottar pleiehjelp i hjemmet et fokus på å ta uavhengige beslutninger. Informantene beskrev at de opplevde både at var det blitt tilrettelagt for å ta egne avgjørelser og at de ble hindret i dette. Informantene reflekterte over om de skulle gi opp eller kjempe for sin rett til å ta egne avgjørelser. Studien viste at folk er ulike og unike, og den konkluderte med at for å bevare eldres selvbestemmelse må pleiere møte de med en personsentrert tilnærming. Denne studien er valgt ut via litteratursøk da den gir et interessant perspektiv på eldres selvbestemmelse og sårbarhet.

Randers & Mattiasson (2004) belyser pasienters autonomi og integritet i en studie med deltakende observasjon. Observasjonene er gjort etter å ha gjennomført undervisning om etikk til pleiere. Funnene viser at grunnlaget for selvbestemmelse ligger i respekt for pasienters evne til å velge, bestemme og ta ansvar for sitt eget liv. Pasientene beskrev gjennom egne opplevelser at autonomi varierte avhengig av kontekst og hvilke mennesker de var i relasjon med. Studien viste til at hver pasient har en verdi, og at integriteten er bundet til personens eksistens. Konklusjonen i studien er at autonomien og integriteten må beskyttes for å opprettholde verdigheten hos den eldre pasienten (Randers & Mattiasson, 2004). Denne studien viser at selvbestemmelse er nært tilknyttet til opplevelsen av verdighet.

Walsh & Kowanko (2002) intervjuet eldre pasienter og deres pleiere for å få forståelse av begrepet verdighet. Syn på verdighet som fremkom var mange og variert. Det var

sammenfall mellom pleiere og pasienters syn ved at de begge reflekterte over viktigheten av at pasientene fikk tid, hadde kontroll og kunne ta avgjørelser selv, og de løftet fram betydningen av at pleierne erkjente den eldre som en person. Videre beskrev pasientene en sårbarhet som hadde betydning for opplevelsen av verdighet i møter med mennesker. Flere av de beskrivelsene på hva som gir verdighet kan overføres til møter mellom mennesker i samfunnet generelt, og derfor er denne studien interessant i forhold til mitt arbeid.

Gjennom fokusgruppeintervju og individuelt intervju med eldre mennesker i England ble verdighet beskrevet i en studie av Woolhead et al. (2004). Noen av informantene var brukere av helsetjenesten. Studien viste at eldre mennesker så på verdighet som et mangesidig begrep, og de bekymret seg for opprettholdelsen av egen verdighet i alderdommen. Dette ble vist gjennom historier der informantenes identitet, rettigheter og selvbestemmelse ble krenket. Beskrivelsene av verdighet ble vist gjennom å fortelle frem hva som var uverdigg. Forskningen konkluderte med å understreke at definisjonen på verdighet lå hos den enkelte person. Personsentrert omsorg gjennom kommunikasjon, respekt for privatliv og personens identitet, samt å være oppmerksom på sårbarhet hos eldre var av betydning. Studien påpekte behovet for å lage retningslinjer for å gi eldre mennesker individuelt tilpasset hjelp. Det at informantene i denne studien uttrykte hva de la i begrepet verdighet ved å fortelle hva som ikke er verdigg kan ses på som et uttrykk for at begrepet er vanskelig å definere.

Solem (2005) beskriver alderisme som overdrevne negative oppfatninger av eldre, som fører til en diskriminerende adferd av eldre som gruppe som kommer til uttrykk i interaksjoner mellom mennesker. Engeldal (2003) beskriver alderisme som en negativ forestilling eller myte i den vestlige kulturen der ungdomsidealet blir sett på som det beste og man ser negativt på alderdommen. Myten går blant annet ut på at det er normalt å bli passiv i alderdommen og at eldre har et meningsløst liv. Rippon et al. (2013) beskriver alderisme som å bruke samlebetegnelser og diskriminering på gruppen eldre på bakgrunn av alder, og at det kan sees på som rasisme. Rippon et al. (2013) sin studie om alderisme viser at 36,8 % av mennesker over 65 år opplever diskriminering på bakgrunn

av høy alder i hverdagssituasjoner. Forskningen påpeker viktigheten av å være bevisst og forstå dette slik man kan bekjempe alderisme.

Juritzen & Heggen (2009) har gjennomført en studie om makt i relasjonen pleier og pasient i sykehjem. Data ble samlet ved hjelp av deltakende observasjon og fokusgruppeintervju. Makt beskrives og belyses i studien med et nytt perspektiv der makt kan være positivt og produktivt ved at pleierne er tålmodig, fleksible og målrettet. Forskningen viser til hvordan pleiere kan benytte sin kunnskap i pleiesituasjoner for å gi pasienter selvbestemmelse.

McCormack et al. (2010) presenterer en studie utført i sykehjem der det er innført nasjonale retningslinjer som fokuserer på personsentrert omsorg. Funnene viser at tung arbeidsbelastning er hovedgrunn til opplevd stress hos sykepleiere. Det var av betydning for pleierne at de opplevde tilfredshet med arbeidet. Som hovedfunn viste forskningen at sykepleierens oppfatning av pleie endret seg ved innføringen av retningslinjene. Sykepleiere som tidligere viste et mer instrumentelt og oppgaveorientert fokus i arbeidet, begynte å fokusere på pasienters nære aspekter ved at de gav pasienter personsentrert omsorg. Denne studien har jeg innlemmet fordi den gir et perspektiv på pleiernes arbeid, noe informantene løftet fram i fokusgruppeintervjuet.

3 Metode

I dette kapitlet vil jeg beskrive de metodiske tilnærmingene som er brukt i mastergradsprosjektet.

3.1 Metodisk tilnærming

Metode er en forbindelse mellom grunnleggende spørsmål, empiri og teori. Metode beskriver framgangsmåter som brukes i forskning ved at den viser til hvordan man samler datamateriale og bearbeider det (Thornquist, 2008).

Forskningsspørsmålet *"Hvilke forventninger har eldre til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom"* ledet meg i retning av fokusgruppeintervju som en kvalitativ metode for å innhente data til studien. Forskningsspørsmålet viser til ønsket om å få en dypere forståelse av hva informantene som potensielle brukere av kommunal helsetjeneste la i forventningene til en verdig alderdom. Jeg ønsker ikke å vektlegge utbredelse og antall slik som i kvantitative studier jamfør Thagaard (2013). Informantenes fortellinger, meninger og opplevelse av verdig alderdom og deres forventninger til kommunal helsetjeneste står sentralt og er temaet jeg ønsker å fordype meg i. Thagaard (2013) s. 17 beskriver kvalitative metoder som: *"Kvalitative metoder ønsker å gå i dybden, og vektlegger betydning"*. Dette understreker Thornquist (2008) ved å påpeke at kvalitative studier vektlegger dybdekunnskap og helhetlige forståelse av få enheter. Kvalitativ metode som fokusgruppeintervju, ga data til forskningsspørsmålet gjennom å vise informantenes meninger om temaet ved gjøre dypdykk i deres opplevelser og tanker.

Masteroppgaven er fenomenologisk- hermeneutisk inspirert jamfør Malterud (2011). Fenomenologien kommer til syne ved at jeg ønsker å utforske informantenes meninger som de har tillagt seg om forventninger til kommunal helsetjeneste for verdighet i alderdommen. I tråd med Husserls tenkning ville jeg *"gå til saken"* for å se hva som viser seg (Thornquist, 2008, s. 84). Jeg gjennomførte fokusgruppeintervju for å belyse informantenes tanker og meninger. Deretter besto arbeidet i å utføre en analyse av dataet

fra den transkriberte teksten. Ved å tolke informantenes utsagn om forventninger til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom, arbeidet jeg hermeneutisk. Hermeneutikk er fortolkningslære eller fortolkningskunst (Thornquist, 2008). Det som tolkes er den transkriberte teksten etter fokusgruppeintervjuet. Den hermeneutiske sirkelen ble benyttet i arbeidet med datamaterialet ved at jeg i analysearbeidet beveget meg i sirkel. Jeg analyserte den transkriberte teksten ved å bruke prinsippet om å fortolke *”delene ut fra helheten og helheten ut fra delene”* (Thornquist, 2008, s. 142.). Polit & Beck (2012) viser til Heideggers filosofi når de beskriver det hermeneutiske, gjennom ønsket om ikke kun å beskrive livsoppfatninger slik som i fenomenologien, men ved å forstå og tolke menneskers livsoppfatninger.

Den transkriberte teksten ble analysert i tråd med Lindseth & Norberg (2004) sin fenomenologisk hermeneutiske metode. Jeg leste artikkelen grundig og laget på bakgrunn av artikkelen en liste med punkter over hovedelementene i analysen. Dette ble gjort for å gjennomføre analysen av den transkriberte teksten i mest mulig i tråd med metoden. Lindseth & Norberg (2004) sin metode ble brukt for å belyse informantenes tanker og meninger om forventninger til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom.

3.2 Avklaring av egen rolle

Som geriatrisk sykepleier har jeg kunnskap om fagfeltet eldreomsorg, samt gjennom yrkeserfaring kjenner jeg den kommunale helsetjenesten. Informantene ble intervjuet om et område der jeg innehar en funksjon og et ansvar. Med min bakgrunn vil jeg ikke være objektiv under planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervju og underveis i analysen; min forforståelse og rolle påvirker meg som forsker. Informantene har ikke truffet meg i rollen som sykepleier da de ikke har tilknytning til det kommunale tjenestetilbudet. Siden jeg søker deres innsikt på Eldres forventninger til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom forsker jeg i eget fagfelt jamfør Paulgaard (1997). Under fokusgruppeintervjuet omtalte jeg ikke min rolle som yrkesutøver i kommunal helsetjeneste selv om dette var kjent gjennom informasjonsbrevet (Vedlegg nr. 2). Jeg

valgte å ikke påpeke det da det var av betydning at informantene kunne tale fritt og ikke opplevde meg som en forsvarer av tingenes tilstand.

Paulgaard (1997) beskriver utfordringer ved å forske i og utenfor eget fagfelt. Hun viser til at forskeren i innsamling av datamateriale skal være *innenfor* de sammenhengene som skal studeres. Og likeledes være *utenfor* sammenhengene når analysen av innhentede data skjer. Diskusjonen som hun bringer på bane er om man kan veksle mellom disse to rollene. Om forskeren kan være innenfor når man er i felten og samler datamateriale hvis man ikke har kjennskap til felten, og om man kan være utenfor i analysen hvis man har kjennskap til felten. Jeg forstår utfordringene Paulgaard (1997) viser til. Jeg opplevde i analysen at jeg kunne holde passende distanse til datamateriale, legge til side subjektivitet og gjennomføre en systematisk analyse. At jeg hadde kjennskap til fagfeltet bidro i forståelsen av hva informantene uttrykte.

Før jeg gikk i gang med masterprosjektet prøvde jeg å bli meg bevisst min egen forforståelse. Min forforståelse var at eldre hadde tanker om hvordan de ønsket å bli pleid for å oppleve en verdig alderdom og jeg mente at kommunal helsetjeneste kunne benytte seg av denne kunnskapen i dens utvikling i framtiden. Jeg forventet at de skulle presentere en praktisk tilnærming på oppgaver og løsninger som de ønsket oppfylt for å oppleve sin egen verdige alderdom. Malterud (2011) beskriver at man tar med egen forforståelse inn i forskningsprosjektet. Hun understreker at man må være påpasselig på å bruke den rett, slik at den kommer forskeren til gode. Ved å være den bevisst kan man forebygge at den begrenser muligheten til å få utbytte av forskningen. Malterud (2011) påpeker at forforståelse kan motivere til å starte forskning for å øke kunnskapen. Min forforståelse bidro til engasjement for temaet og den bidro i utviklingen av intervjuguiden.

I intervjusituasjoner er det en maktdimensjon, og relasjonen mellom intervjuer og informantene er automatisk asymmetrisk (Kvale & Brinkmann, 2009). Som intervjuer innehar man en form for makt. Den ønsket jeg å utviske da jeg mente den ville hindre at informantene snakket fritt. I rollen som intervjuer ønsket jeg å bli oppfattet som åpen og

med en spørrende grunnholdning, noe jeg viste med kroppsspråk. Malterud (2012) påpeker at i fokusgrupper kan maktbalansen forskyves mot den som skal utforskes, men at moderators makt er ubestridelig tilstede. Fellesskapet i å tilhøre samme pensjonistforening ga informantene er samhørighet som påvirket fokusgruppen positivt ved å gi samtalen en god flyt (Tjora, 2012). Jeg opplevde at de engasjerte seg og satte pris på å få uttrykke sine synspunkt.

3.3 Data innsamling

3.3.1 Utvalg av informanter

Forskningsspørsmålet leder valg av metode og påvirker videre valg av informanter (Malterud, 2012). Planleggingen av kriterier for utvalg og dermed hvilke informanter, er en viktig prosess som kan ha betydning for hvordan diskusjonen vil forløpe under fokusgruppeintervjuet (Malterud, 2012).

”Et godt strategisk utvalg av deltakere og gruppesammensetning kan styrke validiteten av våre empiriske data” (Malterud, 2012, s. 37).

Strategisk utvalg betyr at utvalget ikke er tilfeldig, informantene er valgt utfra den målsetningen om at materialet skal få best mulig potensial for å belyse forskningsspørsmålet (Malterud, 2011). Informantene er valgt da de kan uttale seg om temaet (Tjora, 2012). Informantene jeg søkte måtte være over 75 år, dette kriteriet ble fastsatt da jeg antok at de grunnet høy alder ville ha tanker og meninger om innholdet i mitt forskningsspørsmål. Jeg ønsket ikke at informantene skulle motta kommunalt tjenestetilbud, da jeg antok og at de da ville formidle krav og ikke forventninger til helsetjenesten.

Jeg hadde et ønske om 4-8 informanter. Malterud (2012) anbefaler mellom 5-8 deltakere og Tjora (2012) anbefaler mellom 6-12 deltakere. Hensikten med kvalitative studier er å oppnå en forståelse av et fenomen, den søker å gå i dybden og vektlegger betydning.

Forskningsresultatets troverdighet er ikke avhengig av antall informanter og skal ikke føre til generaliseringer (Thagaard, 2013).

3.3.2 Rekrutering av informanter

Arbeidet med å framskaffe informanter er av betydning for resultatet, det gjøres for å finne mennesker som kan uttale seg reflektert om det aktuelle teamet (Tjora, 2012).

”Uten deltakere har vi ingen fokusgruppe” (Malterud, 2012, s. 49).

Det var mange pensjonistforeninger i kommunen. Jeg valgte å oppsøke pensjonistforeninger som var inndelt etter geografiske områder og ikke yrke, kjønn eller interesser. Bakgrunnen for dette valget var at jeg ønsket informanter med et mangfold av synspunkter og meninger. Jeg valgte pensjonistforeninger som arena for å rekruttere informanter fordi jeg antok at de kunne uttale seg om temaet forventinger til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom. Jeg tok kontakt med tre pensjonistforeninger. Bakgrunnen for å kontakte flere pensjonistforeninger parallelt, var å unngå tidstap hvis jeg ikke fikk rekruttert informanter i første pensjonistforening. Initial kontakt var per telefon med styreleder i pensjonistforeningene.

Pensjonistforening nr. 1 var i ferd med å bli nedlagt grunnet få oppmøtte. Styreleder i pensjonistforening nr. 2 og 3 avklarte med styre i pensjonistforeningen om jeg kunne holde innlegg på medlemsmøte for å rekruttere informanter. De mottok skriftlig informasjon (Vedlegg nr. 1) om masteroppgaven etter den initiale telefonsamtalen.

På medlemsmøtene holdt jeg et innlegg om prosjektet mitt og ga alle oppmøtte medlemmer skriftlig informasjon om det (Vedlegg nr. 2) og samtykkeskjema (Vedlegg nr. 3). Jeg var tilstede utover møtet, slik at medlemmene fikk tenkt seg om og fylt ut samtykkeskjema. Jeg informerte om at de som trengte betenkningstid hadde en tidsramme på en uke til å bestemme seg om de ønsket å delta på fokusgruppeintervjuet. Totalt meldte 16 personer seg (to i etterkant av informasjonsmøtet). Jeg valgte

informanter fra pensjonistforening nr. 3 utfra antall påmeldte og muligheten til å verve et høyere antall informanter ved eventuelle frafall da litteraturen beskriver at frafall av informanter kan forekomme (Malterud, 2012).

Det var 9 menn tilstede på pensjonistforeningsmøtene. Ingen menn hadde mulighet til å møte på tidspunktet for fokusgruppeintervjuet.

Jeg valgte å gjennomføre fokusgruppeintervju med informanter fra pensjonistforening nr. 2, da de var flest påmeldte. Intervjuet ble gjennomført på dagtid på et sykehjem i deres nærmiljø slik at de hadde enkel tilgang til lokalet. Informantene mottok informasjon om dette per telefon. Av praktiske årsaker som reise, legetime og andre grunner kunne kun 4 informanter komme til fokusgruppeintervjuet. Jeg ønsket mellom 4 og 8 informanter slik at utvalget ble som ønsket på dette området.

Fra første initiale kontakt med pensjonistforeningens styreleder til fokusgruppeintervjuet gikk det 6 uker.

3.3.3 Intervju

Jeg gjennomførte fokusgruppeintervju for å samle data til masteroppgaven.

”Fokusgruppeintervju er en form for gruppeintervju hvor man samler et antall informanter for å diskutere ett eller flere temaer eller fokus” (Tjora, 2012, s. 106).

Fokusgruppeintervju er sett på som en effektiv metode for å generere data på, da man innhenter informasjon og oppfatninger fra flere informanter samtidig (Tjora, 2012). Det er påpekt at det er bra med homogenitet i fokusgrupper, i tilfellet med min studie var informantene i samme alder, bodde i samme område og hadde en felles interesse i pensjonistforeningen. Homogeniteten vil styrke gruppedynamikken da de kjenner hverandre, kan assosiere seg til hverandres historier, og kommunisere lettere om temaet (Malterud, 2012). Informantene virket trygge og tok ordet hvis de ønsket å si noe,

samtalen gikk lett. Det er også påpekt at variasjon av informanter er bra i fokusgruppeintervju for å få en bredde i erfaringer og synspunkter i forhold til forskningsspørsmålet (Malterud, 2012). Informantene hadde gjennom sine levde liv og ulike livshistorier forskjellige erfaringer og synspunkter, noe som framkom gjennom refleksjonen under fokusgruppeintervjuet.

Informantene svarte fyldig på innspillene og alle bidro til refleksjon. I starten var det mer monologer, der de snakket konkret om tema. Etter hvert ble det flere interaksjoner og replikkveksling mellom informantene, der de fortalte historier fra levd liv. Informantene aktiviserte og mobiliserte hverandre gjennom refleksjonen.

”At man kan fange opp meninger i interaksjonen som oppstår mellom deltakerne, gir et ekstra interessant aspekt ved fokusgrupper og kan bidra til å generere mer spontane svar enn ved mange andre former for kvalitativ datagenerering” (Tjora, 2012, s. 107).

Under fokusgruppeintervjuet benyttet jeg meg av intervjuguide (Vedlegg nr. 4). Intervjuguiden var basert på egne erfaringer, innspill fra kollegaer i fagfeltet, og av relevant litteratur og forskning. Noen endringer på den opprinnelige intervjuguiden fra prosjektbeskrivelsen ble gjort på bakgrunn av økt kunnskap på området. Det er av betydning å bruke intervjuguide for å strukturere intervjuene (Tjora, 2012). Jeg hadde detaljerte ferdig formulerte innspill til fokusgruppeintervjuet. Fossåskaret (1997) beskriver to ulike typer spørsmål, type – 1 spørsmål egner seg til kvantitative studier. Type – 2 spørsmål er spørsmål intervjuer stiller i kvalitative studier der ønsket er å belyse meningsinnhold, samhandling og relasjoner. Jeg ønsket å belyse eldre menneskers forventninger til kommunal helsetjeneste for verdighet i alderdommen, og innspillene var laget med det Fossåskaret (1997) kaller type – 2 spørsmål som utgangspunkt. Jeg ba derfor informantene om å utgreie hva de la i begrepet verdighet. Intervjuguiden var delt i to, den første delen om verdighet og den andre om forventninger kommunal helsetjeneste for å oppleve verdigheten de selv hadde beskrevet. Underveis benyttet jeg kun et oppfølgings spørsmål.

Min rolle vekslet mellom å være taus og gi innspill, da mine meninger ikke var i fokus og for å la informantene svare hverandre og reflektere seg imellom. Jeg ønsket å ta del i den verdifulle informasjon informantene besatte. Når det oppsto pauser og informantene hadde alle snakket om temaet, ga jeg et nytt innspill. Moderator beskrives av Malterud (2012) som en som leder fokusgruppene, og styrer samtalen mellom informantene og passer tidsrammen som er satt. Hun skal være lyttende og ikke komme med egne synspunkter og utsagn som tar mye tid og plass. Jeg opplevde det som positivt å bruke fokusgruppeintervju. Jeg brukte 10 av de 17 planlagte innspillene i intervjuguiden. De resterende innspillene berørte informantene spontant. Ved slutten av fokusgruppeintervjuet opplevde jeg at temaet var uttømt, at materialet var mettet.

Før gjennomføringen av fokusgruppeintervjuet gjorde jeg et pilotintervju med min medhjelper. Jeg utførte pilotintervjuet for å teste intervjuguiden. Det bidro til å gi meg ro og trygghet under fokusgruppeintervjuet. Intervjuet skal justeres i takt med innspill og spørsmål for å skape gode empiriske data (Malterud, 2011).

3.3.4 Praktisk gjennomføring av intervju

På fokusgruppeintervjuet assisterte min medhjelper ved å samle inn resterende samtykkeskjemaer og registreringsskjemaer (Vedlegg nr. 5). Registreringsskjemaet viste alder, kjønn, sivilstand og antall barn. Malterud (2012) beskriver medhjelperen som en sekretær, hun er gjerne en observatør som følger med hva som foregår i situasjonen og som på slutten av fokusgruppeintervjuet spør om noe har blitt utelatt. Denne funksjonsbeskrivelsen av en medhjelper var gjeldende under fokusgruppeintervjuet.

Fokusgruppeintervjuet varte i 1 time og 14 minutter. Fokusgruppeintervjuet ble innspilt på båndopptaker som avtalt.

3.3.5 Etiske overveielser

Når forskning omhandler mennesker er det alltid et etisk perspektiv. I Norge er forskningsetikken regulert gjennom Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning (Kunnskapsdepartementet, 2006) og Lov om medisinsk og helsefaglig forskning (Omsorgsdepartementet, 2008). I masteroppgaven er lovverket fulgt. Jeg søkte til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste juni 2013, og fikk klarsignal for å kunne igangsette masteroppgaveprosjektet juli 2013 (Vedlegg nr. 6). Jeg søkte ikke tillatelse til Regional Etisk Komite da jeg ikke skulle innhente personsensitive opplysninger, benytte meg av helseregistre eller gi utøvende behandling (Forskningsetikk, 2012).

Pensjonistforeningens ledelse vedtok at jeg kunne gi informasjon på pensjonistforeningsmøte for å rekruttere informanter. Jeg påpeker dette for å vise at jeg fulgte tjenestevei og innhentet tillatelse før jeg startet masterprosjektet. Informantene deltok frivillig, og kunne trekke seg på uansett tidspunkt. De underskrev samtykkeerklæring. Anonymisering er ivarettatt ved at navn og andre karakteristika ikke fremkommer.

Underveis i skriveprosessen ble lydopptaket oppbevart innelåst. Ved innlevering av masteroppgaven ble lydopptaket slettet.

3.3.7 Litteratursøk

Parallelt med planlegging og gjennomføring av fokusgruppeintervjuet og analysen søkte jeg etter relevant teori fra forskning og litteratur.

Jeg har brukt databasen, Pubmed og Cinahl (Ebsco) for å finne artikler om forskning som har betydning for min studie. Jeg har også benyttet verktøyet Bibsys for å finne relevant litteratur. Jeg har brukt ulike søkeord og kombinasjoner av disse.

Ved å søke på “dignity” fikk jeg 4499 treff i Pubmed og 3620 treff i Cinahl (Ebsco). For å redusere antall treff og få ytterligere relevante treff kombinerte jeg søkeordet “dignity” med “older people”, “elderly” og “expectations of healthcare”. Jeg brukte disse søkeordene da jeg mente de ville vise til relevant forskning. Ved å benytte flere søkeord fikk jeg i Pubmed 227, 1124 og 43 treff, i Cinahl (Ebsco) fikk jeg 171, 161 og 3 treff. Her leste jeg alle overskriftene, en del abstrakter og noen utvalgte artikler i fulltekst. Søket ble begrenset til engelskspråklige forskningsartikler fra siste 10 år, og til forskning utført i vestlige land. Denne begrensningen er gjort da jeg ønsket forskning utført i land som har likheter med helsetjenesten i Norge. Verdighet som begrep kan oppfattes ulikt avhengig av kultur (Omsorgsdepartementet, 2011b) og hvilke verdier eldre ilegger verdighet er ulikt avhengig av kultur (Edlund, 2002). Jeg ønsket nyere forskning da meningen i begrepet verdighet har forandret seg over historien (Jacelon et al., 2004). Denne begrensningen skyldes ønsket om at masteroppgaven skal ha relevans for helsetjenesten i kommune Norge.

Videre hadde jeg en systematisk gjennomgang av referanselistene til de utvalgte artiklene som jeg benyttet i masteroppgaven. Det ble gjort for å innhente flere relevante artikler.

Gjennom litteratursøket oppdaget jeg at det er mye publisert forskning som omhandler verdighet både i Norden og internasjonalt. Jeg erfarte at størstedelen av forskningen jeg fant gjennom litteratursøk var kvalitativ. Artiklene jeg benytter i masteroppgaven er utelukkende fra kvalitativ forskning. Ved å søke på verdighet vises et høyt antall studier som omhandler en verdig død, noe som ikke var relevant for min studie. Søket viste et større omfang av studier der pasienter eller pleiere belyser verdighet som begrep, enn studier der ”friske” eldre uten tilknytning til kommunal helsetjeneste belyser begrepet. Selv om jeg intervjuet eldre uten tilknytning til kommunal helsetjeneste, innlemmet jeg artikler der pasienters og pleieres perspektiv belyses da artiklene er relevant i diskusjon av mine funn. Jeg har gjort et utvalg av artikler som belyser temaet og kan brukes som innfallsvinkel til å diskutere funnene fra min studie.

3.4 Analyse av datamaterialet

3.4.1 Transkripsjon

Transkribering av lydopptak fra fokusgruppeintervjuet til tekst omformer virkeligheten. Teksten er avgrenset og har et spesielt formål. Den må være lojal mot det opprinnelige datamaterialet (Malterud, 2011).

En uke etter fokusgruppeintervjuet var lydopptakene omgjort til transkribert tekst, arbeidet ble gjort kort tid etter for at det skulle være friskt i minne, og ikke situasjonen rundt skulle bli glemt. Etersom jeg utførte fokusgruppeintervjuet fikk jeg med meg rammen av intervjusituasjonen. Jeg transkriberte intervjuet selv for å få et så nært forhold til datamaterialet som mulig. Malterud (2011) påpeker dette om transkripsjon:

”Det er mange gode grunner til at forskeren selv bør gjøre denne jobben, selv om det tar tid. Den som selv var deltaker i samtalen, husker gjerne momenter som kan oppklare uklarheter, eller som er av betydning for meningen i teksten. Dette kan spille en stor rolle selv ved mindre redigering når den muntlige samtalen skal oversettes til tekst og styrker validiteten av analyse materialet” (s. 77).

Jeg opplevde gjennom transkripsjonen at jeg ble ytterligere kjent med datamaterialet, noe jeg opplevde hadde betydning for å se funnene klarere. Malterud (2011) skriver at å selv utføre transkripsjon bidrar til å styrke den vitenskapelige analysen. I transkripsjonen gjorde jeg om dialekt til bokmål for at teksten skulle bli enklere for lesere å forstå. Tjora (2012) påpeker at normalisering av språk kan bidra til anonymisering av enkeltindivider, men at man må være påpasselig for at dialektord kan ha særegen betydning.

3.4.2 Analysen

En systematikk i analysen av kvalitative data er av stor betydning. (Malterud, 2011) Systematikk mener Thagaard (2013) s. 158 *”... fører til et mer solid fundament for hvordan vi tolker materialet”*

Etter transkriberingen startet prosessen med å kode, analysere og sammenfatte hva informantene hadde sagt (Lindseth & Norberg, 2004). Denne metoden er inspirert av Ricoeur og flere, og er fenomenologisk fordi den belyser eldres tanker om forventninger til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom, og hermeneutisk da den er basert på tolkning av deres tanker og synspunkter.

I henhold til analysemetoden beskrevet av Lindseth & Norberg (2004) skal forskeren skrive en naiv forståelse av den transkriberte teksten, noe jeg gjorde. Videre skal meningsbærende ord og setninger hentes fra den transkriberte teksten og deles i grupper for hovedtema og undergrupper for undertema (Lindseth & Norberg, 2004). Dette var for meg en måte for å rydde i materialet, slik at hovedfunnene kom fram. Koding beskriver Tjora (2012) som å samle ord og uttrykk som beskriver empirien godt. Kategorisering beskrives videre som å samle koder i grupper, som blir hovedtemaene i analysen (Tjora, 2012). Etter å ha utført koding og kategorisering hadde jeg flere hovedtema.

Den transkriberte teksten ble på nytt lest i sin helhet for å reflektere mot den naive forståelsesteksten og hovedtemaene jamfør Lindseth & Norberg (2004). Her oppdaget jeg at noen av de opprinnelige temaene jeg hadde framhevet ikke var så betydningsfulle, og ikke kunne ilegges så stor vekt.

Underveis i analyseprosessen vekslet jeg mellom å høre på intervjuet, lese transkribert tekst, skrive fram funn og kategorisere data etter tema. Dette var ikke en kronologisk prosess. Tjora (2012) viser til at forskningsprosessen ikke er lineær, men har en modell for å bidra til systematikk og framdrift i arbeidet. Forskningsprosessen han beskriver består av å generere data, bearbeide data, kode, kategorisere og sortere etter tema (Tjora, 2012). Deretter følger å vise til utvikling av konsepter som man diskuterer ved bruk av teori som igjen fører til en ny teori. Analysen av data var en spennende prosess, der jeg vekslet mellom å føle meg kreativ og letende etter systematikk. Jeg studerte den transkriberte teksten for å finne likheter, ulikheter og nyanser i det informantene var opptatt av med tanke på verdighet. Jeg så på om tema var gjentakende, og hvordan tema opptok informantene. Jeg markerte utskriftene med tusj og penn for å lage koder og skrev i

margen på utskriftene mine tanker om inndeling etter tema. Videre skrev jeg og slettet om hverandre på dataen, jeg flyttet på setninger og avsnitt. Jeg hentet viktige sitater fra den transkriberte teksten som beskrev funnene, som jeg satt inn i teksten.

Etter hvert ble overskriftene til hovedtemaene endret fra titler som viste mine tanker til overskrifter som lot informantenes meninger komme fram, noe som var mer beskrivende. Jeg kom fram til 6 hovedtema og mener jeg har interessante og gode funn.

På bakgrunn av funnene kunne jeg se hva som var relevant for informantene i fokusgruppeintervjuet angående forskningsspørsmålet.

3.5 Metoder for å sikre studien kvalitet

I kvalitativ forskning er det viktig å beskrive metoden (Thagaard, 2013). Ved å begrunne avgjørelser tatt underveis i arbeidet, beskrive rekrutteringsprosessen og fokusgruppeintervjuet, belyse transkriberingen og analysen tydeliggjør og presiseres metoden i denne studien.

Nedenfor ønsker jeg å belyse tre begreper *refleksivitet*, *overførbarhet* og *validitet* i lys av egen studie.

3.5.1 Refleksivitet

Gjennom ettertanke skal forskeren sette spørsmålstegn ved egen framgangsmåte og resultat, dette gjøres i løpet av prosessen og i produktet til slutt (Malterud, 2011). Det bringer meg til å reflektere over eget ståsted i forskningen. Min bakgrunn som sykepleier, mine faglige interesser og yrkeserfaring har påvirket meg i valg av fokus for studien. Egen forforståelse kan ha hatt innflytelse på analysen og hvordan jeg forsto funnene. En annen forsker med ulik bakgrunn ville muligens valgt et annet perspektiv og fokus.

Gjennom å være bevisst egen forforståelse og tenke gjennom egen rolle har jeg etterstrebet refleksivitet. S. 19 i boken ”Kvalitative metoder i medisinsk forskning – En innføring” av Malterud (2011) beskrives refleksivitet som å ”erkjenne og overveie betydning av eget ståsted i forskningsprosessen”. Tjora (2012) påpeker at refleksivitet kan være å vise vilje til å undersøke eget forskningsarbeid, han mener personlige interesser og kunnskaper bidrar til å forme dette. Jeg har i arbeidet med studien prøvd å ”trekke meg tilbake” slik at forforståelsen ikke skal påvirke analysen, det for å se om jeg kunne se på funn fra en annen side. Denne tilnærmingen er av betydning for å gi studien troverdighet. Med dette som bakgrunn gikk jeg i gang med å diskutere funnene.

I refleksjon over eget ståsted ønsker jeg å påpeke den begrensede erfaringen jeg som forsker har og muligheter det har for å påvirke metoden.

Teori fra forskning og litteratur som ligger til grunn for analyse og diskusjon, påvirker resultatene av masteroppgaven. Jeg har selv valgt ut teori som jeg ønsket å innlemme i masteroppgaven. Min forforståelse og mitt fokus har påvirket utvalget av teori, likeså kan teorien ha påvirket analysen og diskusjon.

3.5.2 Overførbarhet

Kvantitative studier søker en oppnåelse av statistiske generaliseringer, mens kvalitative studier fokuserer på beskrivelser og tolkninger av fenomener (Thagaard, 2013) og det er det jeg har ønsket å gjøre. Generaliseringer kan ikke gjøres på bakgrunn av mine funn, men jeg tror funnene kan ha en viss overføringsverdi til andre eldre. Malterud (2011) påpeker at en bør tilstrebe å gi studier overførbarhet. Overførbarhet omhandler at resultater fra studier kan overføres til andre sammenhenger.

Ved å utføre fokusgruppeintervjuet med eldre på andre steder kan en få ulike funn enn i denne studien. Et eksempel på det er hvis man utfører fokusgruppeintervjuet med pensjonister i andre miljøer eller byer, de vil muligens ha ulike forventninger til kommunal helsetjeneste og verdig alderdom avhengig av sine livserfaringer, verdier og

de lokale forholdene. Likevel vil jeg argumentere for at studien er relevant for andre, perspektivene jeg belyser kan forstås og være gjeldende i andre sammenhenger. Studien har overførbarhet jamfør Malterud (2011) og Polit & Beck (2012).

”Kvalitative forskningsmetoder kan gi innsikt i utvalgte sider av virkeligheten”

(Malterud, 2012, s. 89). I min studie har jeg fokusert på et perspektiv av eldreomsorgen sett gjennom mine informanter øyne. Hovedtemaene som jeg har skrevet fram i analysen er et troverdig utsnitt av en helhet, men likevel bare en del av et stort bilde.

Jeg mener at studien har relevans, den er samfunnsaktuell og har nytteverdi for eldre, helsepersonell og ledere. Den viser et perspektiv på eldreomsorgen som bør inkluderes. I følge Malterud (2011) må man vente til prosjektets slutt og publisering for å kunne fastslå om andre kan bruke den nye innsikten til noe nyttig og viktig.

3.5.3 Validitet

Validitet viser til studiens riktighet og styrke, validitet gjenspeiler derfor gyldigheten av studien (Kvale & Brinkmann, 2009). Når forskeren spiller med åpne kort og lar leseren følge prosessen fra ide til sluttprodukt gir det studien validitet og gyldighet. Denne studiens prosess er beskrevet her i metodekapitlet. Validitet kan vises ved at studiens forskningsspørsmål blir besvart. Samt ved å undersøke om en har beskrevet det en skal gjøre (Kvale & Brinkmann, 2009).

Validitet handler om gyldigheten av de tolkningene som forskeren gjør, om tolkningene står i forhold til den virkeligheten som studeres (Thagaard, 2013).

”Å validere er å stille spørsmål om kunnskapens gyldighet” (Malterud, 2011, Thagaard, 2013). Underveis i arbeidet med masteroppgaven har jeg hatt fokus på validiteten til studien. For at studien skal ha pålitelighet og kvalitet har jeg i arbeidet stilt spørsmål ved metoden. Kvale & Brinkmann (2009) påpeker at validering av studien bør prege alle fasene i arbeidet. Eksempler på at jeg etterstrebet validitet i arbeidet kan vises ved at i

planleggingsfasen prøvde jeg å gå fram for å verve et godt strategisk utvalg informanter som ønsket å dele tanker og meninger om forskningsspørsmålet. Jeg testet intervjuguiden og innhentet fagpersoners meninger før jeg gjennomførte fokusgruppeintervjuet. I analyseringeprosessen reflekterte jeg over egne funn ved å trekke meg tilbake til et meta perspektiv.

4 Funn

Fokusgruppeintervjuet ga et rikt datamateriale. I det følgende kapitlet presenterer jeg funnene fra analysen i tråd med framgangsmåten beskrevet av Lindseth & Norberg (2004). Funnene er kategorisert i ulike tema. Under overskriftene som er utledet gjennom analysen, presenteres enkeltutsagn fra fokusgruppeintervjuet. De står som eksempler på vesentlige utsagn og delte meninger blant informantene.

Jeg har navngitt informantene med bokstavene A, B, C og D. Informanter er 4 kvinner med alder fra over 75 år til 87 år. Ingen er mottakere av kommunalt tjenestetilbud. Informantene er medlemmer av samme pensjonistforening og bor i samme geografiske område i en middels stor by i Norge. Alle kvinnene har erfaring med syke eldre gjennom egne foreldre, ektemenn, naboer eller venner. Tre av fire kvinner er oppvokst i samme by, mens en er fra en annen landsdel i Norge. Kvinnene har alle barn, to av kvinnene er enker, en enslig og en gift. To av de fire informantene bor alene. Kvinnene som samtykket til å delta i fokusgruppeintervjuet oppfylte inklusjonskriteriene.

Hovedfunnene i datamaterialet er tema informantene knyttet verdighet til. Disse er:

- Å leve sitt eget liv.
- Jeg har i hvert fall lyst til å bestemme selv!
- Verdighet har med trygghet å gjøre.
- Få føling med samfunnet på yttersida.
- Å bli verdsatt, ikke satt på sidelinja.
- Verdig alderdom, et ansvar for kommunen.

I fokusgruppeintervjuet snakket informantene ut fra et velorientert og informert bakteppe av tanker de hadde gjort seg om hvordan omsorgen for eldre fungerer i dagens Norge. De framsto som engasjert og reflektert. De vekslet mellom å diskutere ut fra sine nære liv og om overordnede utfordringer i eldreomsorgen.

Det informantene beskrev som positive opplevelser, mente de kjennetegnet en verdig alderdom. Det som ikke var bra, ble formulert som en forventning til hva som kunne bli bedre og som forventninger til kommunal helsetjeneste.

I presentasjonen av funnene har jeg latt hver enkelt stemme få komme fram.

4.1 Å leve sitt eget liv

Informantene uttrykte at verdighet ikke ble sett på som det samme for alle mennesker, og at verdighet som begrep rommer mange aspekter. Dette viste informant B gjennom utsagnet:

“Egentlig så er jo verdighet noen ting som kanskje eh... du og jeg har helt forskjellig mening på hva er for noe.”

Man kan ikke legge til grunn en mal eller en oppskrift for hva verdighet i alderdommen innebærer. Informantene pekte på at mennesker er forskjellige og har ulike synspunkter og oppfatninger av verdig alderdom.

B: ”For meg er verdighet at så langt det er mulig, behandles som om jeg var det mennesket som jeg bestandig har vært. Det som skiller meg fra det jeg har vært, er egentlig det at jeg er blitt hjelpetrengende. Inni meg så er jeg den samme personen.”

Informant D ønsket på lik linje som informant B å bli behandlet som det mennesket hun er uavhengig av alder. Her uttrykte hun utfordringer rundt det.

“Men verdighet kan innebefatte i grunn så mange ting, så hvis man definerer det i det som hun (B) sier som det å bli behandlet som det mennesket man engang var så er det mye som skorter på det i dagens samfunn fordi at de som jobber de har selvfølgelig mye å gjøre.”

Informantene viste til ønsket om å bli behandlet individuelt, som det enkeltindividet de var og fortsatt er. Det var av betydning at mennesker og pleiere så forskjellen i personer,

og ikke brukte samlebetegnelsen “*eldre*” som utgangspunkt for sin tilnærming. De vektla at uavhengig av alder er man unike personer med et ønske om å bli møtt som den personen de er.

Informantene påpekte at man må tilrettelegge individuelt for alle, samt høre på den enkeltes ønsker. Dette uttrykte de til å gi frihetsfølelse. Det må lyttes til hva eldre mener er en verdig alderdom for å kunne ivareta verdighet, og for de som har vansker med kommunikasjon og verbal ytring av egne behov. Informant A uttrykte denne utfordringen i fokusgruppeintervjuet:

“Det er mange ting som spiller inn for den som ikke kan uttrykke seg selv. Og få forklart hva som er galt og hva hun egentlig ønsker. Å komme kanskje i den situasjonen selv, så det er ikke gitt at det står noen parat til og forstår akkurat hva du mener.”

Kommunikasjon er viktig for informantene. En informant hadde erfaring med språkproblemer hos utenlandske pleiere og så på det som en utfordring som kunne skape frustrasjon.

4.2 Jeg har i hvert fall lyst til å bestemme selv!

Retten til medbestemmelse ble gjentatt under fokusgruppeintervjuet og beskriver et av funnene som bidrar i ivaretagelsen av verdigheten i alderdommen. Informant C påpekte dette gjennom dette utsagnet:

“Jeg har i hvertfall lyst til å bestemme selv, at de ikke skal dytte på meg at det her skal du være eller det her skal du, bo sånn og sånn. Jeg hadde ei gammel mor som ble 102 år, eh..., og de var litt fornærmet på meg de andre søsknene for at jeg lot henne bestemme. Jeg sa så langt, ja hun var jo klar i hodet. Ville hun noen viktige ting så skitt la gå, jeg synes absolutt at man må få lov til å bestemme selv og være litt at du ikke føler deg helt utenfor liksom. Det å ha litt respekt, føler jeg som litt sånn avgjørende i alderdom.”

For å oppleve verdighet var det helt klart at informantene ville ha styring og kontroll over sine liv som de ønsket å leve på egne premisser. Informant B beskriver sitt ønske slikt:

“...for hva er det viktigste for oss, det er å kjenne at jeg har kontroll på mitt liv.”

Informantene uttrykte at gjennom selvbestemmelse fulgte muligheten for å oppleve frihet. Dette var viktig hvis de ble syke og hjelpetrengende. De påpekte sin rett for selv å være med på å definere sitt hjelpebehov. Informant D påpekte i dette utsagnet at hun ville ha kontroll og styring på tross av eventuell svekkelse.

“...mens jeg enda har litte granne igjen oppe i hodet så vil jeg bestemme tenker jeg...”

Hvis de skulle bli for syke til å være hjemme ønsket de selv å bestemme når de trengte og skulle få sykehjems plass. Samtidig ble det påpekt at eldre kunne ha ulike behov og ønsker for sin boform. Dette var et vesentlig tema i fokusgruppeintervjuet. Det var enighet i gruppen om dette ønsket, og det ble påpekt flere ganger under intervjuet. De oppfattet et press fra samfunnet om at eldre skal bo lengst mulig hjemme, lengre enn hva de selv tenkte på som forsvarlig og dermed mente det kunne føre til uverdigg situasjon.

4.2.1 Hva med verdigheten når jeg blir hjelpetrengende?

En utfordring informantene presenterte var at hvis de ble avhengig av hjelp så fryktet de at det kunne påvirke opplevelsen av verdighet. På spørsmål om hvilke tanker de gjorde seg opp om det å være syk og samtidig ha en verdig alderdom svarte informant A;

”Ja da syns jeg da blir det verre. Det blir verre hvis du er syk og dårlig og helt avhengig av hjelp. Det blir det.”

Det ble påpekt at bevarelsen av verdigheten kunne oppleves ulikt, avhengig av hvilken sykdom som preget en; om det var fysisk eller mentalt.

Informantene hadde gjennom kunnskap om hjelpetrengende eldre der det fra hjemmetjenesten kom mange hjelpere innom, og de syntes ikke det var en heldig

situasjon da det kunne føre til forvirring og i verste fall ytterligere sykdom, og det ble oppfattet som uverdigg. Informant C beskrev det slikt:

”...hvis du må ha hjelp så er det jo litt viktig at det er samme hjelpa, at det ikke er tusen forskjellige folk som kommer, for da blir man litt forvirret. Det er veldig greit syns jeg hvis det kunne være litt stabil hjelp for da føles det litt tryggere på en måte, tror jeg. I vertfall har de sagt det de som jeg har vært med å hjulpet, at gjerne det.”

Informant B reflekterer videre på problemstillingen senere i intervjuet:

”Også som du (C) sier, det ser vi jo nå også, den frustrasjon som kommer med fremmede mennesker hver dag som egentlig er med på å gjøre deg enda mer syk, du blir så forvirra, har hun vært her, har hun ja..så det er.....”

Her ønsket de påvirkning, slik at hjemmetjenesten måtte tilpasse seg de eldre, i stedet for motsatt. De ønsket mer stabilitet og kontinuitet på dette området for å ha et verdig liv som gammel og hjelpetrengende.

4.3 Verdighet har med trygghet å gjøre

Informant D beskrev verdighet som trygghet for å få komme på sykehjem når hun følte hun trengte det:

“Og jeg håper jo at den dagen jeg at jeg treng det at jeg får plass på et hjem og får det stellet jeg treng uten at jeg skal komme med hodet under armen og armen i bind sånn han sier, mens jeg enda har litte granne igjen oppe i hodet så vil jeg bestemme tenker jeg.”

Trygghet ble løftet fram som sentralt i opplevelsen av verdig alderdom for informantene. De var enige om at det var en trygghet i å komme på sykehjem når det ble et opplevd behov for det. Dette begrunnet de med betydningen av stabil og fast hjelp rundt seg. Personalet kunne “se” deg hele døgnet og det ga gode rammer hvis noe skulle skje. Informant A beskrev det på denne måten:

“Ja. Jeg mener at hvis jeg skulle bli pleietrengende og trenge hjelp så tror jeg det ville vært best å komme på et hjem og komme på en plass hvor du har folk omkring deg.”

Informantene ønsket å få sykehjemsplass når de selv ønsket det og opplevde behov for det. Informantene mente at å bo i sitt hjem alene med redusert helse var uverdigg og utrygt. Informantene beskrev erfaringer med at behovet for sykehjemsplass var på et tidligere tidspunkt enn når eldre ble tilbudt en plass. Dette begrunnet informantene i for høye terskler for å få plass, venteliste og kø i systemet. De beskrev en ustemthet mellom eldres ønske og hvordan de oppfattet tilbudet. Nedenfor beskriver informant D sitt ønske om å komme på sykehjem.

”Akkurat det har jeg også tenkt på, at den dagen jeg lengre ikke klarer meg hjemme, at jeg trenger hjelp så finnes den en plass til meg. Som kan være uten at, ja slik som (B) sier at man må vente så lenge på den plassen av ventekøen skal være så lang at man er nesten, nærmere døden enn noe annet, den dagen man kommer inn. Jeg syns det er helt forferdelig å tenke på at det skal være sånt, at er folk som trenger det ikke skal få komme inn på et hjem å være.”

I slike situasjoner kunne man oppleve et press for å være lengre hjemme, noe de ikke ønsket og så på som uverdigg. Informant B beskrev frustrasjon på dette temaet.

“Men det er helt klart, slik det er i dag og dem har fått et vedtak på at du treng et heldøgns sykehjemsplass så er det ikke en hjemmetjeneste i verden som kan gi deg den samme tjenesten i hjemmet ditt. Det går ikke an!”

Det er en enighet i informantgruppen at hjemmetjenesten ikke kan tilby samme hjelp som en institusjonsplass. De mener at terskelen for å få plass er for høy og de ønsket å fjerne ventelister. Den dagen de har behov for hjelp, så måtte hjelpen være der. De tok opp problemstillinger ved å bo i sitt hjem med redusert helse. Informantene frykter at de vil sitte mye alene og har ikke muligheten for å komme ut, noe de ser på som uverdigg og utrygt.

D: *“Man blir jo utrygg når man føler seg totalt alene. Ja.”*

De opplever det som skremmende og forferdelig at eldre mennesker må vente lenge på å få hjelp. Informant D beskriver hvordan hun ønsker å bli tatt imot på sykehjem hvis hun skulle ha behov for en sykehjemsplass.

”Hvordan man skal forvente å bli tatt imot. At den som har noe ansvaret bare for å ta imot, at de er høflig og ønsker velkommen, sånt som vanlige, men at de gjør det på en slik måte at du ikke føler det at nå er du bare til bry. Eller sånn at du føler det, at man ikke egentlig skulle ha vært der. Det har litt å si.”

4.3.1 Mangfoldige boformer for eldre

Ulike ordlyder for en tilpasset boform for eldre ble nevnt en rekke ganger under intervjuet. Dette var et stort fokus som skapte refleksjon og interaksjon mellom informantene som uttalt enighet.

Eldresentre i hver bydel ble påpekt som viktig for sosial kontakt for den enkelte eldre. Det kunne fungere som et treffpunkt og møteplass i nærmiljøet. Eldresentret skulle være lett tilgjengelig for pårørende, noe som igjen kunne gjøre at sykehjemspasienter fikk mer besøk. Informant C sier dette:

”Liksom har tenkt at hvis jeg skulle bestemme så skulle det ikke vært bygd slike aldersleiligheter langt fra butikk eller sentrum, eller der som det bor litt flere folk, så de kan få se litt unger og familie og slikt.”

En annen positiv fordel som de beskrev var at eldre hjelpetrequende som ikke hadde lett for å komme seg utpå denne måten kunne få samfunnet til å komme til seg.

Informantene ønsket en utbygging av flere sykehjem og eldresentre slik at flere kan få den hjelpen de trengte for å oppleve verdighet i alderdommen. Informantene ønsket utbygging av eldresentre i hver bydel. For at eldresentre skulle bli en realitet mente informantene at det var behov for en storstilt utbygging. Det måtte brukes mer penger på å utvikle strukturen i eldreomsorgen. Det måtte bygges mange nye bygg med mangfold av boformer. Informant D beskrev sine ønsker for framtidens kommunale helsetjeneste:

”Utbygd mye mer enn i dag, det er omsorgsboliger, eldrecenter, de må ofre mer penger på strukturen faktisk på eldreomsorg. Sånn det er i dag så er det ubehjelpelig.”

Det ble påpekt at når noe skulle gjennomføres var det alltid med fokus på økonomi, og informantene opplevde at eldreomsorg ikke var prioritert. Informantene sa at når prosjekter skulle startes i kommunen, var det alltid forsinkelser og sen oppstart. Prosessene gikk tregt, og de satt igjen med en bekymring for om løfter skulle bli holdt. Dette gjaldt særlig utbygging av eldrecenter og sykehjem. Informantene beskrev at de leste mye i avisene som var ”*vanvittig*” og gjorde de ekstra bekymret med tanke på en verdig alderdom.

Eldrecenterne som informantene beskrev skulle romme ulike ting som sykehjem, andre boformer, legekontor, sykepleie, frisør og fotpleie. Eldrecenteret skulle ha en vinterhage, festsal til begivenheter, basseng, kiosk, samt fungere som et kultursenter. Informantene ønsket at maten skulle lages på den enkelte institusjon, dette for å oppnå ønsket om mer hjemmelaget mat, samt mer matlukt i bomiljøet. Eldrecenteret skulle ha et dagtilbud til eldre og ha kontorer til hjemmetjenesten. Informantene ønsket at et slikt eldrecenter kunne bli benyttet av mennesker som fortsatt bodde hjemme. Her kunne denne gruppen få hjelp hvis det skulle oppstå behov for det. Dette for å gi eldre en lettere tilgang til kommunens helsetjeneste.

4.4 Føling med samfunnet på yttersiden

Aktiviteter og sosial kontakt med mennesker, familie og venner beskrev informantene som viktig i en verdig alderdom og de mente dette var viktig for eldre generelt. Under neste avsnittet gjengis det utsagn fra informantene for å beskrive dette.

4.4.1 Kontakt med familien

Informantene sa at kontakt med pårørende er viktig da de trengte dem for sosial kontakt. Informant C uttrykte dette. *”Jeg vil jo si at det ikke er verdig alderdom hvis ikke barnebarna mine ringte å spurte om jeg ikke ville spandere på de på kafe.”* Samtidig ønsket informantene ikke å belaste pårørende, de forsto at pårørende ikke kan gjøre for mye da de har egne liv. Informant A beskrev det på denne måten:

”For hvis du blir sittende hjemme. Så går det jo ikke an å lite på pårørende. For om man har, ja jeg bor hos sønnen min. Men jeg kan jo ikke vente, for hvis jeg blir å trenge noe hjelp, så kan jeg ikke vente for han har jo familie selv, og barn og barnebarn og arbeid. Så det går ikke an. Det lar seg ikke gjøre at de kan bistå meg med noe. Jeg vegrer meg fryktelig for å spørre hvis det skal være noe, men heldigvis som du (C) sier så er jeg enda oppegående, og klarer meg bra.”

Informantene oppfordret familie og venner gjerne med barn, til hyppigere besøk hos eldre på sykehjem. Informant C beskrev hvordan hun opplevde å besøke et familiemedlem på sykehjem.

”De så jo nesten aldri andre folk enn pleiere eller sånne som kom og så noen hadde jo familie som gikk der, jeg gikk jo der masse, når jeg kom og skulle til moren min så sto de i alle dørene og ropte kom inn til meg og kom inn til meg etterpå og sånt. Fordi de hadde veldig lite besøk.”

4.4.2 Å komme seg til aktiviteter

Et av hovedfokusene til informantene i intervjuet var at eldre mennesker som er hjelpetrequende må få komme seg mer ut blant folk, uavhengig av bosituasjon. De ønsket tilbud som motvirket ensomhet noe de mente ikke hørte til en verdig alderdom.

Informantene mente at det var av betydning at kommunen opprettet flere dagtilbud for eldre hjemmeboende med redusert helse. Ved spørsmål om kommunen har nok tilbud svarte informant B at for de som var syke eller ikke kunne bevege seg var det ikke så bra.

”...Og med hensyn til sånn her helsemessige ting så, nei så viser jo egentlig det at så har jo ikke kommunen nok.”

Informantene mente at kommunal helsetjeneste i organisering av aktivitetstilbud til eldre ikke tar hensyn til Eldres helsemessige status i og med at de med redusert mobilitet raskt faller utenfor og mottar utilstrekkelig med tilbud. Informantene mente at gjennom aktiviteter vil de eldre få mer føling med samfunnet på yttersiden, samt man unngikk at eldre følte seg ensom og alene, noe de beskriver som å gi en uverdigg alderdom. Sitat fra intervjuet der informant B snakker om å være syk å delta på aktiviteter:

”Også det å med være hjemme, er du hjelpetrengende og hjemme i ditt eget hus så selv om du har familie eller pårørende rundt deg så blir du sittende hjemme, og det blir du syk av. Og det igjen, hva forventer jeg av alderdommen? Jeg forventer faktisk at det er kanskje lagt opp på en slik måte at det er noen som kan ta meg med ut, at det er selvfølgelig ikke spesial eller fagarbeidere. Og det betyr så mye at...”

4.4.3 Når pleiere blir en del av livet

Informantene var opptatt av hvordan verdighet kan ivaretas for eldre hjelpetrengende og påpekte at det er mange pleiere i hjemmetjenesten, men at de som arbeidere der er travle, og får et oppgaveorientert fokus. De tilbyr ikke nødvendigvis sosial kontakt. Informant D fortalte dette om sin erfaring med hjemmetjenesten gjennom kjente:

“Og jeg synes jo ikke at den verdigheta blir ivaretatt i de som har i vertfall i hjemmet, blir pleid i hjemmet sitt, sitter for det mest alene, hele dagen hele døgnet, bortsett fra det lille besøket morgen og kveld for å få utdelt medisin og slike ting. Det finnes tilbud enkelt ganger, men det er veldig sjeldent, så det ser veldig lite verdigfult ut på den som ser det i vertfall. For jeg vet ikke, det føles sikkert sånn også for mange.”

Informantene påpekte at verdighet er mer enn å få grunnleggende behov dekket . De mente på bakgrunn av erfaringer at personalet i sykehjem bør utnytte tiden mellom de konkrete arbeidsoppgavene bedre for å ”krydre hverdagene” til de som bor der. Informant A fortalte om yrkeserfaringer fra arbeidet på et sykehjem hvordan de gjorde det for å gi eldre meningsfulle stunder og innhold i hverdagen:

”Vi arrangerte nede i hallen som vi kalte den, så var det en av betjeningen som spilte gitar, og når vi hadde en ledig stund så, at vi hadde arbeidet oss frampå så kunne ho komme å sette seg ned å spille gitar så sang vi alle sammen, bare sånne gamle sanger som ”Anne Knudsdatter” og de gamle skolesangene. Og da var selv de som var dement, de husket det her og sang med. Jeg synes det, for nå i dag så virke det jo sånn at de ikke har tid, og de sitt de gangene jeg bruker å være innom her med hvert å ser til, så sitt de jo i den der stua der å ser på tven. Og det er liksom ingen som tar de med ut, men det var det da, det var arrangert bussturer herifra, og de var ute på bussturer og var i (lokal plass) og kjøpte middag da den fantes.”

I sykehjem kan man få nye impulser ved å være i fellesrommene fortalte informantene, og påpekte at det er et behov for aktiviteter som en avveksling fra daglige rutiner. De påpekte utfordringer i at det er for mye tv- titting og at eldre blir mye sittende. Et passivt liv ble ikke sett på som verdig. Informant D beskrev det slik:

“For når man har vært en del på sykehjem så ser man at dem får det daglige stellet de trenger, de får mat til faste tider og stell som de skal, men det er den tiden i mellom som (informant B) så sant sier de blir sittende ifra det ene til det andre som skal foregå på avdelinga, også har de ingenting sånn liksom, tven står der å dure, og det eneste er når de får besøk er at de kanskje får litt avveksling fra det, den daglige rutinen.”

Et moment som ble framhevet var betydningen av å komme på en sykehjemsavdeling som man trivdes på. Ved å bo sammen med andre eldre fikk de et felleskap som de mente var av betydning. Trivsel og felleskap ble sett på som viktig for en verdig alderdom.

4.5 Å bli verdsatt, ikke satt på sidelinja

Informantene hadde erfaringer med at de var blitt møtt med negative holdninger på bakgrunn av deres alder. De påpekte at de fortsatt opplevde seg selv som det samme mennesket som de var i yngre alder, og hvis de ble rammet av sykdom ville de være samme mennesket og ønsket å bli behandlet deretter. Informant B beskrev hvordan hun opplevde å bli eldre:

“Det første jeg vil si er at i dagens samfunn så er jo ingenting ved de eldre, du blir ikke sett på som et voksent menneske, en som er litt eldre enn de andre. Jeg vet ikke hva. Sånn på arbeids, det var liksom sånn at det, når du blir pensjonert så har du bare sement i hodet. Det er måten man snakker om eldre på...”

Informantene ønsket ikke å bli behandlet som tilhørende samlebetegnelsen “eldre”- De påpekte at de hadde mange ulikheter, ønsker og behov. De ønsket å bli behandlet og møtt som individer. Å få være seg selv var av betydning. De uttrykte viktigheten av å bli behandlet med respekt og som et likeverdig menneske. Negative holdninger mot eldre ble løftet fram som en grobunn for uverdighet i alderdommen. På spørsmål om å beskrive en uverdigg alderdom, svarte informant B:

”Hvorfor er det så negativt å bli gammel? Ja selvfølgelig er det negativt, for du vet at du er på slutten av veien. Men som menneske og da snakker jeg om at du ikke er syk, du er liksom annerledes enn de andre menneskene. Og det er du jo ikke. Nei.”

Informantene oppfattet det som krenkende og uverdigg hvis de ble behandlet som om det ikke var så nøye, med negative formuleringer eller når de ble snakket om som en annenrangs person. Hvordan de følte seg oppfattet av andre var viktig. De uttrykte at verdighet var kjennetegnet ved å bli behandlet som alle andre og at de ikke følte seg utenfor.

Overfor pleiere i helsetjenesten ønsket informantene å understreke at eldre ikke er “eklinger” å arbeide med. De mente at pleiere burde være menneskekjennere for å legge til rette slik at eldre pasienter i møte med pleiere kunne bli tatt imot med høflighet og kjenne seg som verdige individer.

Informant C fortalte at hun ønsket forventninger rettet mot seg selv og andre eldre fordi hun mente at de har mye å bidra med utav livserfaringer. Informant D sa at man som gammel gjennomgår en naturlig aldringsprosess som gjør at ting går saktere, men at de likevel ikke er “museumsgjenstander”. De opplevde verdighet hvis de ble sett på som nyttige. Informant C beskrev det slikt:

”Nei du er ikke det, men det forventes jo nesten ikke ingenting ut av meg, hvorfor ikke det? Jeg har masse å bidra med. Nå snakker jeg ikke om meg selv, men alle sammen. Hvorfor er det slikt?”

I intervjuet fortalte hun at hvis man selv ga inntrykk av at å bli gammel er flott, da blir det ikke så vondt å møte andre. Hun uttrykte videre at hvis man opplevde krenkelser kunne man bare le av det for å heve seg.

De uttrykte bekymring for at de opplevde lite penger gitt til eldreomsorgen i kommunene. Det å prioritere ressurser til eldreomsorgen ville støtte oppunder opplevelsen av en verdig alderdom for eldre i følge mine informanter.

4.6 Verdig alderdom, et ansvar for kommunen

Informantene ga tydelige bilder på hva de ønsket fra kommunal helsetjeneste i form av organisering av tjenesten. De rettet fokus mot de store tingene, og presenterte velformulerte ønsker basert på kjennskap til og kunnskap om kommunens helsetjeneste. Alle informantene hadde erfaringer fra møte med helsetjenesten i kommunen. De hadde stelt for sine foreldre, de hadde venner og naboer som mottok kommunalt tjenestetilbud. De viste gjennom refleksjoner i fokusgruppeintervjuet at de fulgte med i samfunnsdebatter og i politiske spørsmål knyttet til eldreomsorg.

Gjennom erfaringene sine uttrykte de flere ganger at de hadde en opplevelse av at det var for få folk på jobb i kommunens helsetjeneste. Informantene uttrykte at bemanningen burde økes og at det var økt behov for personell med fagkunnskaper. Informant B uttrykte behov for kvalifisert personell:

“..altså folk som har fagkunnskaper og ikke bare, jeg blir syk når de sier ei varm hand å holde i, jeg blir ikke frisk utav det. Bare jeg trøster deg litt så blir du frisk, jeg gjør ikke det.”

Etter dette utsagnet snakket de videre om at pleiepersonell alltid hadde liten tid til oppgavene sine og at de hadde mye å gjøre. Dette medførte ifølge informantene at

pleierne ”sprang” inn til pasientene og at hver enkelt pasient ikke fikk tilstrekkelig med tid og oppfølging. Denne utfordringen beskrev informant C på denne måten:

”For hvis jeg skulle ha hjelp så vil jeg jo gjerne at den hjelpen har litt tid, at ikke de har så, springer i full fart inn med medisinen eller et eller annet slikt og at de så må inn til nestemann. Og hvis de har flere folk og det er slikt at noen ville jobbet sånn, så tror jeg vi ville hatt det bra.”

Når det gjaldt rekruttering av personell tegnet informantene et mørkt bilde av framtiden. De påpekte at for å bevare standarden i kommunal helsetjeneste var det behov for flere mennesker med nødvendig utdanning. Her så informantene utfordringer i å skaffe til veie folk som var interessert fordi de oppfattet at arbeid i kommunal helsetjeneste med eldre ikke var ettertraktet, lavt lønnet og med dårlige rammebetingelser. Informant B beskrev lønnsnivå til helsepersonell slikt.

”Er det ikke litte granne rart at i et av verdens beste land å leve i... så er det i begge endene av livet- så har jo alle sammen mer eller mindre behov for litte granne hjelp... og det er her man finner de dårligst betalte yrkene.”

De påpekte at for at deres alderdom skulle være verdig så måtte arbeidet som pleierne utfører sees på som verdig. Dette så de på som et moment for å skape verdig alderdom. Det var enighet om og de understreket flere ganger at de mente at sett gjennom en pasients øyne så var helsetjenesten blitt mye verre enn tidligere. Informantene uttrykket at framtiden var usikker, men at de ønsket å ha tillit.

5 Diskusjon

Diskusjon av studiens funn er gjort i tråd med temaene som er presentert i funnkapittelet. Likevel vil jeg påpeke at funnene henger sammen og går over i hverandre, likeså vil diskusjon gjøre.

5.1 Å leve sitt eget liv

5.1.1 Verdighet

Informantene fortalte om og forklarte hva som var viktig for å oppleve verdighet ved at de ga begrepet et konkret og praktisk innhold mer enn teoretiske betraktninger om hva verdighet innebærer. De påpekte at verdighet er ulikt for mennesker og at det er forskjellig fra person til person hva man legger i begrepet. I likhet med informantene har forskere ulike definisjoner på verdighet, de beskriver verdighet forskjellig. De vektlegger aspekter av verdighet på varierende måter (Edlund, 2002, Jacelon et al., 2004, Nordenfelt, 2003, Walsh & Kowanko, 2002, Woolhead et al., 2004). Noen studier prøver å definere verdighet som begrep, mens andre studier beskriver hvilke handlinger som gir verdighet. Litteratursøk viser en hyppig bruk av begrepet verdighet i artikler fra studier.

Enkelte studier (Walsh & Kowanko, 2002, Woolhead et al., 2004) beskriver hva som gir verdighet ved å fokusere på en praktisk tilnærming der eldre i fokusgruppeintervju beskriver hvilke handlinger som fører til en opplevelse av verdighet. Studiene påpeker at det er utfordrende å definere begrepet verdighet, Woolhead et al. (2004) uttrykker at verdighetsbegrepet er komplekst og at det ikke er utført nok empirisk forskning for å vise hva eldre selv legger i verdighet. Walsh & Kowanko (2002) mener at begrepet ikke er definert på en måte som gjør at man kan utnytte forskning om verdighet i den praktiske hverdagen, da forskning viser til få rettesnorer for pleiere å følge for å gi pasienter verdig alderdom. Informantene fra studien hadde en praktisk tilnærming i sine beskrivelser av hva som gir verdighet i likhet med Walsh & Kowanko (2002) og Woolhead et al. (2004) studier.

I de studiene jeg har funnet er det en gjennomgående likhet i definisjon av begrepet verdighet. Edlund (2002), Høy (2012) og Nordenfelt (2003) beskriver at verdighet framkommer i to former, en absolutt og en relativ form. Denne modellen er teoretisk forankret. Mine informanternes meninger var basert på refleksjoner fra en handlingsnær og praktisk tankegang jamfør Walsh & Kowanko (2002) og Woolhead et al. (2004) ved at de beskrev hva som må til for å gi en verdig alderdom. De beskrev hvordan man må bli behandlet og møtt hvis man blir hjelpetrengende for å føle seg verdig. Jeg forstår mine informanternes refleksjoner og tanker om verdighet som sammenfallende med Edlund (2002), Høy (2012) og Nordenfelts (2003) definisjon av begrepet, eldre har en konstant verdighet i seg, men den kan krenkes gjennom dårlig behandling av mennesker som omgir dem.

Et av funnene i Woolhead et al. (2004) sin intervjustudie var at eldre bekymret seg for egen verdighet i alderdommen. Når de skulle beskrive hva som ga verdighet, var det utfordrende. De beskrev verdighet gjennom å uttrykke hva som ikke var verdig. Egne informanter ga beskrivelser av uverdighet og de var tydelige på forventinger om at verdighet i alderdommen kan realiseres hvis forholdene blir lagt til rette for det. I lys av at flere studier (Edlund, 2002, Høy, 2012, Jacelon et al., 2004, Walsh & Kowanko, 2002, Woolhead et al., 2004) har påpekt at begrepet verdighet er utfordrende å definere er det forståelig at mine informanter klargjør sine tanker om verdighet gjennom verdighetens motsats.

5.1.2 Individuell tilnærming

Informantene var enige om at verdighet er å bli behandlet individuelt som den personen de er. Å bli hørt om sine behov, ønsker og tanker ga en frihet som igjen ga verdighetsfølelse. Høy (2012) presenterer prinsipper for at syke eldre skal oppleve verdighet. Hun understreker at i møte med eldre må man vise respekt for deres personlighet og deres identitet. Jeg ser likhet mellom dette prinsippet og hvordan informantene løftet fram betydningen av å bli sett individuelt, som den personen de var.

Høy (2012) belyser viktigheten i at man ser den enkelte og behandler de unikt. Ønsket om individualitet i møte med kommunal helsetjeneste presenterte seg trolig grunnet informantenes antakelse om at eldre vektla ulikt hva som var av betydning for å oppleve en verdig alderdom. Individuell sykepleie er ifølge litteratur å gi pleie avhengig av hvilke behov den enkelte pasient presenterer (Mathisen, 2011). I ivaretagelsen av pasientens behov må pleier ha fokus på at pasientens behov oppleves og presenterer seg ulikt og forskjellig fra person til person (Kristoffersen, 2011).

Man må vite hva som gir en verdig alderdom for bidra til det (Walsh & Kowanko, 2002). Informantene mente at eldre hadde ulik oppfatning av hva verdighet er nettopp på grunn av det unike ved hvert enkelt individ. Jeg oppfatter funnene fra analysen som sammenfallende med teori, prinsipper og retningslinjer om hva som kan bidra til at eldre får en verdig alderdom. En individualisert tilnærming åpner opp for at den enkelte hjelpetrengende kan beskrive hva han eller hun ønsker for å oppleve en verdig alderdom (Randers & Mattiasson, 2004). Forskning og litteratur presenterer personsentrert omsorg som tilnærming for pleiere i helsetjeneste i møte med eldre for å tilstrebe opplevelsen av verdighet (Brooker, 2013, Kitwood et al., 1999, Rokstad, 2008, Walsh & Kowanko, 2002, Woolhead et al., 2004). Prinsippene i personsentrert omsorg er allmenne og gyldige i samspill mellom eldre og pleiere. Et hovedelement i personsentrert omsorg er å tilnærme seg individuelt til den eldre, og denne tenkningen samsvarer med hva informantene forventer for å oppleve verdig alderdom (Brooker, 2013).

Informantene la vekt på å bli sett som seg selv og bli behandlet som den de er. Studier viser at respekt er et begrep som er nært knyttet til verdighet (Walsh & Kowanko, 2002). Walsh & Kowanko (2002) viser i sin studie at respekt uttrykkes ved å gi rom for den enkelte person, la personen vise sine følelser, sin individualitet og sine ønsker. Gabrielsen (2013) understreker at eldre tilknyttet kommunal helsetjeneste skal få ytterligere fokus på sine individuelle behov i framtiden. Denne tenkningen gjenfinnes i det informantene sa. Gjennom å vise respekt for den enkeltes liv og iboende verdighet skal sykepleiere behandle eldre pasienter ifølge Norsk sykepleierforbund (2011).

5.2 Jeg har i hvert fall lyst til å bestemme selv!

5.2.1 Selvbestemmelse når krav på helsehjelp

Informantene fra fokusgruppeintervjuet løftet tydelig fram et ønske om selvbestemmelse og kontroll i egne liv. Tidligere forskning fastslår at det er viktig for mennesker å ha selvbestemmelse (Harrefors et al., 2009, Høy, 2012, Randers & Mattiasson, 2004, Walsh & Kowanko, 2002, Woolhead et al., 2004).

Informantene påpekte at de ønsket å definere eget hjelpebehov og medvirke i avgjørelser så langt som mulig. Samtalen i fokusgruppeintervjuet kom flere ganger inn på temaet sykehjemsplass. Det ble uttrykt et ønske om å få sykehjemsplass når de selv ønsket det og informantene viste da til retten til selvbestemmelse. Informantene ønsket selv å fastslå når behovet for sykehjemsplass var tilstede. De beskrev at behovet var tilstede når de følte de trengte det, når de ønsket det, når de opplevde behov for det og før de var for hjelpetrengende. De hadde erfaringer om at tilbud om sykehjemsplass ofte kom for sent. I følge lovverk skal alle ha rett til å delta i avgjørelser om egen behandling og i tilpasning av tjenestetilbud (Omsorgsdepartementet, 2011a, Omsorgsdepartementet, 2013b).

Informantenes argumentasjon er i tråd med lovverket. Nasjonale reformer (Omsorgsdepartementet, 2013a) presiserer at kommunene selv skal avgjøre jamfør sine lokale forhold og behov, hvilke boformer de ønsker å tilby eldre. Det medfører at eldre i dag ikke kan kreve sykehjemsplass, da det ikke er et lovbestemt tilbud. Når informantene påpekte at for at de skal oppleve en verdig alderdom må de bestemme over eget liv og definere eget hjelpebehov står det i kontrast til realitetene. Verdighetsgarantien (Omsorgsdepartementet, 2010) påpeker at eldre skal få en boform etter eget behov. I dag definerer ikke eldre eget pleie- og omsorgsbehov alene, en kan si at tilbudet angående boform i kommunal helsetjeneste ikke er basert på de eldres ønske og selvbestemmelse over hvor de skal bo når de får et pleie- og omsorgsbehov.

Informantenes ønske om å få sykehjemsplass på et tidligere tidspunkt for å oppleve en verdig alderdom kan uttrykkes gjennom flere instanser. Vil påpeke at de eldre deltok som

informanter i min studie fordi de ønsket å uttrykke sine forventninger til kommunal helsetjeneste. Et av målene for masteroppgaven var å gi et talerør til informantene for å uttrykke dette. En annen måte å få uttrykt eldres meninger er gjennom det lovpålagte eldrerådet (Omsorgsdepartementet, 2011a). Rådets oppgave er ikke å ta avgjørelser i saker, men å vedta en uttalelse eller gi en innstilling (Seniorråd, 2007), protokoll fra møter bli sendt videre i det politiske systemet. Lovverket (Omsorgsdepartementet, 2013b, Omsorgsdepartementet, 2011a) fastslår at eldre og pasienter skal ha medvirkning i utforming av tjenestetilbud og i utøvelsen helse- og omsorgstjenester. Mine informanter ga uttrykk for at medvirkning ikke ble erfart som reel ettersom de viste til et misforhold mellom å ønske sykehjemsplass og tilbudet.

5.2.2 Verdighet når hjelpetrequende

Når eldre blir syke blir opprettholdelsen av verdigheten vanskeligere fastslår informantene i denne studien. Som en følge av å bli hjelpetrequende, fryktes særlig tap av kontroll. Informantene sier at det blir vanskeligere å bevare verdigheten i alderdommen når en blir syk og avhengig av andre. Det er enighet i sykepleier faget om at å opprettholde en pasients verdighet er et betydningsfullt element i pleien og høyt verdsatt hos pasientene (Norsk Sykepleierforbund, 2011). Krenket verdighet hos pasienter kan føre til dårligere utfall av behandling (Walsh & Kowanko, 2002). Høy (2012) påpeker at eldre mennesker er sårbare på grunn av alder, svekkelse, og sykdom, og at eldre pasienter er avhengige av pleiernes hjelp, tid, kompetanse og holdning. Sårbarheten gjør at eldre kan få krenket verdigheten, integriteten og autonomien (Høy, 2012).

Eldre pasienter i sykehjem og hjemmetjeneste står i et asymmetrisk forhold til sine pleiere (Juritzen & Heggen, 2009). En skjevstilling av makt bekrefter informantene under fokusgruppeintervjuet i fortellinger om indirekte erfaringer via familie og venner. Løgstrup (2008) oppfordrer i den "*Etiske fordring*" til at mennesker må ta vare på hverandre, da mennesker er gjensidig avhengige av hverandre. I møter mellom pleier og pasient blottstiller pasienten seg ved å vise tillit til pleieren, pleieren må ta denne tause fordringen og vise omsorg for pasienten. Å ta vare på en pasient kan romme så mangt, og

det er viktig at pleieren verner om pasientens verdighet ved å bidra til å opprettholde pasientens selvbestemmelse. Informantene løftet fram betydningen av at eldre hjelpetrengende gis selvbestemmelse. Juritzen & Heggen (2009) påpeker at det er blitt ytterligere fokus på at brukers medvirkning skal øke. Videre vises det til at man ikke kan komme utenom det asymmetriske maktforholdet, men at makten kan brukes på positive og produktive måter (Juritzen & Heggen, 2009). I forskningen belyses det at pleiere i møte med eldre pasienter må benytte fagkunnskap og erfaring (Juritzen & Heggen, 2009). Fagkunnskapen understreker at selvbestemmelse er viktig for pasienter (Harrefors et al., 2009, Høy, 2012, Randers & Mattiasson, 2004, Walsh & Kowanko, 2002, Woolhead et al., 2004), og pleiere må understøtte dette i møte med eldre for å gi de en verdig alderdom.

Informantene var tvilende til om selvbestemmelsen kunne opprettholdes når eldre ble syke og hjelpetrengende. De så betydningen i personalets rolle for at selvbestemmelsen og dermed verdigheten kunne bli opprettholdt. Woolhead et al. (2004) understreker at verdigheten til eldre er utsatt og truet gjennom negative interaksjoner mellom pleiere og pasienter. Denne bekymringen var noe informantene kunne kjenne seg i igjen i.

Selvbestemmelse beskrives ikke som en absolutt verdi i mennesket slik som verdighet (Edlund, 2002, Nordenfelt, 2003). Hvis eldre er avhengig av pleiere kan selvbestemmelsen reduseres (Høy, 2012). Informantene foreslo ulike tilnærminger for å styrke selvbestemmelsen hos eldre pasienter for å gi de en verdig alderdom. De viste blant annet til organisering av et stabilt personale rundt eldre pasienter. Denne tenkningen er noe Randers & Mattiasson (2004) støtter. De sier at ved å innføre fast og stabilt personale vil det bli lettere for ansatte og få kjennskap til eldre pasientenes meninger og behov, som igjen vil støtte oppunder en verdig alderdom. Studien (Randers & Mattiasson, 2004) viser at ved å samle informasjon om hva pasienter ønsker, mener og har som mål, kan pleiere enklere underbygge en pasients selvbestemmelse. Betydningen av at pleiere hører på den eldre pasienten selv om personen er redusert og ikke lengre kan uttrykke seg som tidligere blir understreket i studien.

Ved avhengighet til pleiere kan eldre pasienter bli sårbare og få redusert eller miste sin selvbestemmelse (Høy, 2012). Pleieres holdninger avgjør om selvbestemmelsen blir ivaretatt og dermed verdigheten i alderdommen (Høy, 2012). Å beholde innflytelse over eget liv, er viktig når helsetilstanden er redusert og man har behov for hjelp i dagliglivet (Solem, 2005). Mine informanter påpekte at de ønsket muligheten til å påvirke helsetjenesten og personalet hvis de skulle bli pasienter slik at uverdighet ikke skulle forekomme.

Randers & Mattiasson (2004) påpeker for at eldre pasienter skal opprettholde selvbestemmelse må pleiere vise respekt for deres avgjørelser og deres mulighet til å ta ansvar for eget liv. Den bygger opp under den enkeltes egenverdi. Respekt for pasienters vaner i pleiesituasjoner er avgjørende for å opprettholde følelsen av selvbestemmelse (Randers & Mattiasson, 2004). Eldre pasienter som mottar helsetjenester får en verdig alderdom hvis de får opprettholdt sin selvbestemmelse og bevart integriteten (Randers & Mattiasson, 2004). I fokusgruppeintervjuet ble det uttrykt at å føle integriteten sin ivaretatt gjennom selvbestemmelse styrket og bevarte verdigheten i alderdommen til eldre.

Walsh & Kowanko (2002) påpeker viktigheten i å la pasientene ha kontroll over egen skjebne uttrykt gjennom sine individuelle ønsker. For å oppnå kontroll må pasientene være delaktig i avgjørelser. Dette var noe informantene i min studie ytret og ønsket som en del av en verdig alderdom.

5.3 Verdighet har med trygghet å gjøre

Informantene så en klar sammenheng mellom trygghet og opplevelsen av verdig alderdom. Dette er et sentralt funn i datamaterialet. Nesten ensbetydende med trygghet ble sykehjem løftet fram som en måte for hjelpetrengende eldre å oppleve verdig alderdom. Dette formulerte informantene som en forventning til kommunal helsetjeneste. Fjelltun et al. (2009a) viser i sin studie at pårørende beskriver at sykehjem gir trygghet ved at eldre pasienter får tilsyn og nødvendige behov dekket. Studien avdekket at pleiere

kunne være uenig med pårørende når behovet for sykehjemsplass var tilstede. Informantene ønsket tilbudet da de mente sykehjem ga hjelpetrengende eldre gode rammer der de hadde folk rundt seg og fikk hjelp. Informantene hadde oppfatning av at eldre i sykehjem ikke var alene og hvis det skulle skje noe var det trygghet i at helsepersonell så de eldre. Informantene påpekte tydelig at de mente det var både uverdigg og utrygt for eldre hjelpetrengende å bo hjemme alene. Informantene argumenterte for å få sykehjemsplass på et tidligere tidspunkt enn hva de oppfattet at tilbudet ble gitt. Ønsket ble presentert på bakgrunn av deres oppfatning om at eldre ikke ønsket å belaste pårørende, og de mente hjemmetjenesten ikke kunne fylle alle krav. I likhet med mine informanter påpeker Harrefors et al. (2009) og Woolhead et al. (2004) i sin studie at eldre ikke ønsker å være en byrde for pårørende. Fjelltun et al. (2009b) viser til at pårørende til hjemmeboende hjelpetrengende eldre opplever stor arbeidsbelastning, en overveldende ansvarsfølelse og å være sliten og bekymret noe som igjen ga en følelse av hjelpeløshet. Denne studien viser sammenfallende funn med min studie. Informanter beskrev en frykt for at sine pårørende skulle bli overbelastet hvis de skulle bli hjelpetrengende.

Informantene opplevde et press fra samfunnet om å bo hjemme lengst mulig, selv med sykdom og hjelpebehov. Politiske føringer viser en utvikling fra tidligere å pleie hjelpetrengende eldre i institusjon til en utvikling av hjemmetjeneste og pleie av hjelpetrengende eldre i eget hjem (Omsorgsdepartementet, 2013a, Omsorgsdepartementet, 2006). Et fokus informantene tok opp at eldre ble tildelt sykehjemsplass på et sent tidspunkt, informantene uttrykte frustrasjon mot venteliste, kø og for høy terskel for å få sykehjemsplass. Slik de opplevde det var det en ustemthet mellom Eldres ønske for sykehjemsplass og når tilbudet ble gitt.

Den enkelte kommune avgjør om de ønsker gi behandling og oppfølging av eldre i institusjon som sykehjem (Omsorgsdepartementet, 2013b). Verdighetserklæringen (Omsorgsdepartementet, 2010) påpeker at eldre skal få en riktig og forsvarlig boform ut fra den enkeltes behov og tilstand. En nasjonal målsetning presentert i politiske reformer påpeker at det er et behov for en sykehjems dekning på 25 % for eldre over 80 år (Helsedepartementet, 1997). Denne målsetningen er ifølge nyere stortingsmeldinger

(Omsorgsdepartementet, 2013a) nådd og videre utbygging skal kun utføres for å dekke behovet for sykehjemsplasser for framtidige eldre da andelen eldre øker (Omsorgsdepartementet, 2013a, Ramm, 2013). I politiske føringer er brukermedvirkning lagt til grunn (Omsorgsdepartementet, 2013a). Mine informantenes ønske og forventning om flere sykehjemsplasser for en verdig alderdom står i kontrast til helsepolitiske føringer på hjemmebaserte tjenester fremfor sykehjem. Informantene beskriver ustemtheten som en forventning til kommunal helsetjeneste om å senke terskelen for å få tildelt sykehjemsplass og bygge flere sykehjem. Gjevjon & Romørens (2010) studie viser at det er for få sykehjemsplasser, og at behovet er størst i bykommuner.

Når eldre hjelpetrequende får vedtak om sykehjemsplass blir personen plassert på en venteliste der de med størst behov blir prioritert (Fjelltun, 2009). Fjelltun (2009) påpeker at eldre på ventelister ikke får tilpasset tjenester etter sitt behov. Slike ventelister finnes i kommunen der fokusgruppeintervjuet er utført, og var noe informantene hadde kjennskap til. Informantene hadde erfaringer der eldre mennesker de kjente ikke fikk sykehjemsplass når de ønsket det og de hadde store utfordringer i tiden de sto på ventelisten. Utfordringen skyldtes at de hadde store hjelpebehov som ikke ble dekket. Dette mente informantene førte til uverdigg alderdom.

Eldre som får tilbud om sykehjemsplass har et større hjelpebehov nå enn tidligere (Borgan, 2013). Informantene forteller at utviklingen i kommunal helsetjeneste der hjemmetjenesten skal kunne dekke alle behov hos eldre hjelpetrequende, ikke er optimal og at ikke alle ønsker denne utviklingen. Harrefors et al. (2009) sin studie fra Sverige viser at eldre ønsker sykehjemsopphold hvis hjelpebehovet blir stort, og slike funn samsvarer med funn fra min studie.

5.3.1 Eldresentre

Informantene ønsket en utbygging av eldresentre i hver bydel med ulike tilbud. Eldresentre er et allmennforebyggende helsetiltak som beskrives som en plass eldre kan komme til for ulike aktiviteter, drift kan være lagt til kommuner, pensjonistforening og

andre frivillige (Omsorgsdepartementet, 2013a, Omsorgsdepartementet, 2006). Et politisk fokus på dette behovet i samfunnet mente informantene ville understøttet eldres verdighet i alderdommen.

Under fokusgruppeintervjuet ble ulike og fleksible løsninger for eldresentre beskrevet. Informantene kom med tanker for et bysamfunn og et ønske om å delta i samfunnsplanlegging.

Informantene ønsket at eldresentre skulle plasseres sentralt i bydelene og være lett tilgjengelig. Tilknyttet eldresentrene ønsket de et mangfold av tilpassede boformer, både sykehjem og omsorgsbolig. Døgnbemanning løftet informantene fram som av betydning for at botilbudet skulle gi verdighet for eldre i alderdommen. Både nasjonalt og fylkeskommunalt støttes utbyggingen av eldresentre og sykehjem (Fylkeseldrerådet, 2013, Omsorgsdepartementet, 2013a). En politisk og nasjonal prioritering av eldreomsorgen mener informantene er positivt og bidrar til å skape en verdig alderdom for eldre. Informantene ser på tiltak som utbygging av sykehjem og eldresentre som en konsekvens av prioritering av eldreomsorg. For å vedlikeholde en dekningsgrad på 25 % for eldre over 80 år med sykehjemsplass, må utbygging skje i takt med økning av andelen eldre i samfunnet (Helsedepartementet, 1997).

5.4 Føling med samfunnet på yttersida

Informantene fremhevet betydningen av å delta på aktiviteter og oppleve sosial kontakt med familie og venner.

Å ha en meningsfull hverdag er av betydning for eldre, og det kan man ha gjennom å oppleve å være til nytte for noen (Høy, 2012). Videre poengter Høy (2012) at ved å treffe familie som egne barn og barnebarn, gir eldre delaktighet i en livssammenheng og dermed følelsen å bli verdsatt. Opplevelsen av å tilhøre en familie og være av betydning for de er viktig for å oppleve verdighet i alderdommen (Høy, 2012). Kontakt med familie var noe informantene satt pris på og mente bidro til verdig alderdom for eldre. Kontakten

mellom generasjoner og familien som et sosialt knyttingspunkt er av betydning (Solem, 2005).

5.4.1 Å komme seg til aktiviteter

Hovedelementene for personsentrert omsorg påpeker Brooker (2013) kan gis gjennom en individuell tilnærming som ser det unike i mennesket og i et etablert sosialt miljø som dekker de eldres psykologiske behov. Informantene mente kommunen hadde en del tilbud, men ikke nokk for de som var syke og hjelpetrengende. De mente at de som hadde behov for det, måtte få hjelp til å komme seg til aktivitetene og viste dette som en forventning til kommunal helsetjeneste. Ved å benytte Brookers (2013) tenkning kan en individuell tilnærming som tilrettelegging av transport til den enkelte eldre dekke et sosialt behov. Eldrepolitisk handlingsplan (Fylkeseldrerådet, 2013) mener bruk av eldrecentre er en del av forebyggende virksomhet for å forskyve eldres behov for helse- og omsorgstjenester inn i framtiden. I denne planen presenteres muligheten for at hjelpetrengende eldre kan få transport til aktiviteter.

Informantene var av den oppfatning at det var uverdigg alderdom når eldre fikk et ufrivillig passivt liv i ensomhet. Verdighetsgarantien (Omsorgsdepartementet, 2010) skriver i § 3 at eldre skal få oppleve et mest mulig normalt liv, de skal få adgang til å gå ut samt hjelp til å fungere i hverdagen. For informantene var det en naturlig del av hverdagen å delta i det sosiale. Forskriftets innhold samsvarer med informantenes synspunkter om at en verdig alderdom inneholder sosiale innslag.

Negative ringvirkninger kan forekomme ved sosial tilbaketrekning og ensomhet (Solem, 2005). Depresjon kan oppstå som resultat av sosial tilbaketrekning og ensomhet, og hos eldre er forekomsten av depresjon høyere enn for yngre mennesker (Engedal, 2003). Familie og venner er viktige støttespillere for eldre (Solem, 2005). Denne informasjonen er viktig og gir dybde til informantenes ønske for eldres sosiale deltakelse. Et funn var at informantene mente at eldre ønsket hyppigere besøk i sykehjem.

Woolhead (2004) påpeker at ved å behandle eldre med verdighet kan det ha en positiv effekt for deltakelse i det sosiale. Ved å innføre praksiser som fører til verdig alderdom kan det bidra til å motivere eldre til sosial deltakelse.

Solem (2005) viser til at eldre er mindre delaktige i det sosiale, de er ikke i arbeidslivet, de deltar mindre aktivt i foreningsarbeid og tilbringer mer tid hjemme. De har halvparten av de sosiale nettverkene som yngre mennesker. Ved svekkelse og økende hjelpebehov synker deltakelsen i det sosiale ytterligere. Likevel er ikke det sosiale mindre viktig for den eldre, den blir gjennomført på andre arenaer og oftere med familien (Solem, 2005). Informantene påpekte i likhet med Solem (2005) at ved sykdom ble sosial deltakelse ofte redusert. De ønsket derfor å tilrettelegge og fjerne hindringer for at eldre blir isolert hjemme og hjelpe de til å delta i det sosiale. Informantene mente at den ytre forhold som tilgjengelighet var årsaken til lavere deltakelse, ikke ønsket om å delta. Solem (2005) påpeker at gjennom en utstøting fra det sosiale kan eldre få redusert livskvalitet. Han understreker at man ikke må presse eldre til å delta i for mange aktiviteter og aktiviteter de ikke har interesse av. Å finne en balanse i sosial deltakelse som er tilpasset er en god måte å gi verdig alderdom. Dette ga informantene uttrykk for.

5.4.2 Når pleiere blir en del av livet

Informantene ytret at de gjennom indirekte erfaringer hadde en oppfatning av at pleiere ofte hadde fokus på arbeidsoppgavene sine og at pasientens behov for sosial stimuli kom i andre rekke. Informantene understreket at pasienter i sykehjem trengte mer enn bare stell og pleie, som aktiviteter og sosial deltakelse. For helsepersonell innen pleie- og omsorgsykker er det vanlig å arbeide med pasienten i fokus (Walsh & Kowanko, 2002). Pleierne arbeider med pasientene som partnere, for å ivareta deres autonomi og verdighet. Studien understreker behovet for individualisert pleie, gitt med empati og med medvirkning fra pasienten (Walsh & Kowanko, 2002).

Woolhead et al. (2004) understreker at i å gi eldre pasienter en personsentrert omsorg ligger et fokus på kommunikasjon. Kommunikasjon er meningsfull utveksling av tegn

mellom to eller flere parter, der en gjør noe felles og det skapes forbindelse og relasjon mellom mennesker (Eide & Eide, 2007). Kommunikasjon og relasjoner viser seg i sosial deltakelse (Eide & Eide, 2007). Informantene ønsket at personalet på sykehjem skulle prioritere å skape meningsfulle stunder for å gi innhold i hverdagen for eldre. De mente det bidro til å skape en verdig alderdom. Høy (2012) understreker at pleiere må gi omsorg som understøtter et liv med verdighet. Hun viser til noen grunnprinsipper for pleiere for å vise respekt for den eldre, som å fremme selvbestemmelse, uavhengighet, deltagelse og det gode møte. Informantene reflekterte under fokusgruppeintervjuet over de samme temaene som i grunnprinsippene. McCormack et al. (2010) belyser i sin studie, at å undervise sykepleiere om personsentrert omsorg fører til at de skifter fokus fra et teknisk ståsted i arbeidet til et omsorgsfokus med pasientnære verdier. Med informantenes ytringer og presentert teori kan en anta at personsentrert omsorg og kunnskapsheving i kommunal helsetjenesten bidrar til verdig alderdom for eldre.

Gjennom Løgstrup (2008) tenkning kan en anmode pleierne om å se personene i pasientene. Pleierne må oppfatte det unike behovet til den enkelte. Behovet ifølge informantene var sosial kontakt. De ønsket at pleiere styrte bort fra et oppgavefokus mot et personfokus. Jamfør Løgstrup (2008) står pleierne i et asymmetrisk maktforhold med pasientene, pasientens liv ligger i deres hender. Noen pasientene er avhengig av pleierne i tilrettelegging for det sosiale, da de selv ikke kan ivareta det. Pleierne må vise respekt for de Eldres sårbarhet og behov for hjelp til å ivareta dette. De ser da det unike i menneskene og lytter til individuelle ønsker. Pleierne respekterer den etiske fordringen.

Ved at eldre aktivt påvirker egen situasjon, og prøver å styre sin tilværelse bruker de sine ressurser. Ved at pleiere støtter de og bidrar i å fremme innflytelse over eget liv, fører det til sosial deltakelse (Solem, 2005).

5.5 Å bli verdsatt, ikke satt på sidelinja

Informantene fra fokusgruppeintervjuet hadde alle opplevd krenkelser som de så på som alderisme jamfør Engedal (2003), Rippon et al. (2013) og Solem (2005). De beskrev dette som et kjent fenomen. De presenterte fortellinger fra sine liv der de hadde blitt behandlet dårlig på bakgrunn av høy alder. Dette var noe de så på som negativt. Informantene fortalte om egne erfaringer der de opplevde seg krenket og tilsidesatt på bakgrunn av alder. Dette mente de var en misoppfatning av deres evner, ambisjoner og muligheter. Teoriens beskrivelse av alderisme (Engedal, 2003, Rippon et al., 2013, Solem, 2005,) og informantenes beskrivelse var samstemt. Det framkommer fra funnene at å bli møtt med alderisme førte til uverdighet i alderdommen for informantene. De opplevde at verdigheten var blitt krenket.

Edlund (2002) beskriver hvordan eldre ønsker å bli sett for å oppleve verdighet. Gjennom intervju med eldre viste funnene hennes at de eldre ønsker å bli tatt på alvor, bli sett og hørt. Gjennom dette bekreftes deres verdighet. Mine informanter ønsket å bli behandlet på lik linje med yngre. De ønsket ikke bruk av samlebetegnelser og merkelapper på gruppen eldre. De ønsket en individualisering, der hver enkelt ble møtt på bakgrunn av den personen de er.

Begrepet verdighet ble presentert som todelt, en absolutt og en relativ verdighet (Edlund, 2002, Høy, 2012, Nordenfelt, 2003). Nordenfelt (2003) påpeker at man kan tape sin relative verdighet på bakgrunn av status og posisjon i samfunnet. Menneskets verdi kan dermed endres avhengig om man har høy eller lav sosial status. Informantene uttrykte sin opplevelse av alderisme og at eldre som gruppe ikke innehar en høy status. Ved å benytte Nordenfelt (2003) definisjon på relativ verdighet, der ens verdighet styres på bakgrunn av status og posisjon i samfunnet har eldre som gruppe en mindre verdighet, eldres verdighet krenkets av holdninger i tråd med alderisme. Likevel påpeker Nordenfelt (2003) at eldre ikke mister sin grunnverdi eller sin iboende verdighet, den absolutte verdigheten. Politiske føringer i samfunnet som Verdighetsgarantien (Omsorgsdepartementet, 2010) bekjemper alderisme og viser til at alle har lik verdi. Informantene fra

fokusgruppeintervjuet mente at alle innehar en lik verdighet. De mente at eldre innehar en verdighet som ikke forandres over tid, og at de ikke er annerledes enn andre mennesker, de er ikke museumsgjenstander eller har sement i hodet, slik en uttrykte det. De er seg selv og den samme personen som i ung alder, likevel påpekte de at verdigheten kan krenkes i møte med andre.

Rippon et al. (2013) påpeker at Eldres opplevelse av velvære påvirkes av alderisme. Informantene understreket at de ikke opplevde verdighet i alderdommen når de ble behandlet med holdninger kjennetegnet av alderisme. Informantene la vekt på i hvordan de ble sett og møtt av andre. De framhevet viktigheten av å bli behandlet bra av pleiere i kommunal helsetjeneste. Å bevare verdigheten til eldre som mottar tjenester fra kommunal helsetjenesten ble sett på som av betydning for informantene. Verdighet ble for informantene beskrevet som å bli behandlet som det menneske de bestandig hadde vært. Woolhead et al. (2004)s informanter understreket i likhet med mine informanter et ønske om å bli behandlet likt med andre mennesker uavhengig av alder.

Informantene mente at eldreomsorg må prioriteres i samfunnet dersom eldre skal få en verdig alderdom. I senere år har det vært flere kampanjer i Norge som skal belyse at verdighet i alderdommen som viktig, et eksempel er Verdighetsgarantien (Omsorgsdepartementet, 2010). Woolhead et al. (2004) påpekte i sin studie at eldre ble behandlet uverdigg på tross av at regjeringen framhevet viktigheten av å behandle eldre med verdighet. Dette nasjonale fokuset kjente informantene seg igjen i. En av informantene satt spørsmålsteget ved behovet for Verdighetsgarantien (Omsorgsdepartementet, 2010) da dette var noe som burde være en selvfølge. De andre informantene støttet henne i dette. Slik kan en anta at til tross politiske føringer nasjonalt om viktigheten av verdighet i alderdommen, behandles eldre med negative holdninger.

5.6 Verdig alderdom, et ansvar for kommunen

5.6.1 Nære og overordnede fokus

Informantene formidlet tydelige behov som var basert på innsikt i offentlige dokumenter samt førstehånds og indirekte erfaringer. De var orientert på stortingsmeldinger, reformer og lover som påvirket eldreomsorgen. De hadde fulgt med i debatter om eldreomsorg og reflektert over egen framtid i lys av det. Muligheten for framtidig behov for hjelp fra kommunal helsetjenesten bidro til at de var oppdatert på dagens eldreomsorg og om tilbudene i kommunen. Informantene viste seg engasjert i samfunnet og de relaterte det de selv ”så” til eget liv og framtid. Informantene beveget seg lett fra sitt nære til de store tingene i samfunnet. Informantene rettet uoppfordret fokus på utfordringene som eldreomsorgen lå ovenfor. Deres forventninger til kommunal helsetjeneste for å oppleve en verdig alderdom ble presentert som veldokumenterte krav. Ingen av ønskene var urealistiske, alle hadde en base i sentrale styringer for eldreomsorgen, faktiske tilstander og virkelige behov.

I studier der informantene er pasienter blir beskrivelsene om hva som gir verdighet forskjellig fra om man intervjuer personer som ikke er pasienter. Walsh & Kowankos (2002) intervjustudie om verdighet ble utført med eldre pasienter innlagt i institusjon. Flere av beskrivelsene av verdighet i studien sammenfaller med mine informanternes svar, slik som ønsket om medbestemmelse, ønsket å bli sett og anerkjent som person, og ønsket om bedre tidsrammer hos personalet. Informantene i Walsh & Kowanko (2002) har et nært fokus; de fokuserer på egne opplevde situasjoner. De vektlegger et ønske om å ikke bli eksponert, at kroppen deres ikke skal bli sett på som et objekt og de ønsker diskresjon. Disse nære bildene på hva som gir verdighet er betinget av erfaringer fra det å være pasient. Mine informanter understreket via erfaringer fra andre behovet for individuelt tilpassede rettigheter som de viste til ut fra gjeldende forskrifter og lover.

I Woolhead et al. (2004) sin intervjustudie om verdighet hadde noen av informantene offentlig tjenestetilbud og andre ikke. De eldste informantene presenterte tanker om

verdighet ut fra fortellinger om personlige erfaringer fra møter med helsetjenesten. Fortellingene handlet om påkledningssituasjoner, hvordan de ville bli tiltalt i samtale osv. Mine informanter hadde i tillegg til noen nære perspektiver også et mer overordnet perspektiv ved at de tok opp utfordringer, struktur og mål for eldreomsorgen. Woolhead et al. (2004) sine yngste informanter hadde et bredt fokus, ved at de tok opp tema som rettigheter og politikk, lik informantene i min studie. En tolkning av dette kan være at mennesker før de får et offentlig tjenestetilbud innehar et mer overordnet fokus når de beskriver hvordan en verdig alderdom kan oppnås sammenlignet med når de som har fått førstehånds erfaringer som hjelpetrequende.

At mine informanter hadde overordnede forventninger til kommunal helsetjeneste overrasket meg. Jeg hadde en forventning om at de ville være mest opptatt av de nære ting slik som hyppigere tilbud om dusj, å bestemme selv med hensyn til døgnrytme, tidspunkt for måltider, anledning til å komme ut osv. Mine forventninger kan være farget av de studiene jeg har lest i forberedelsen til dette arbeidet og av mine erfaringer som sykepleier i den kommunale helsetjenesten.

5.6.2 Utfordringer tilknyttet den kommunale helsetjenesten

Informantene hadde klare forventninger til kommunal helsetjeneste. Informantene var i en alder der det er mulighet for at de vil trenge hjelp fra kommunal helsetjeneste i framtiden, da bruk av pleie- omsorgstjenester øker med alderen (Mørk, 2013). Informantene var i den tredje alderen (Romøren, 2001). I fokusgruppeintervjuet om verdighet dreide samtalen seg om forhold knyttet til den fjerde alderen. Det kan forstås som at de oppfattet at verdighet utfordres spesielt i denne livsfasen.

I likhet med nordiske land og noen vestlige land er eldreomsorgen i hovedsak i offentlig regi (Daatland, 2008). Det medfører at ved sykdom og behov for hjelp er det sannsynlighet for at eldre kommer i kontakt med kommunal helsetjeneste. Det er derfor viktig at eldres stemme blir hørt og at synspunktene deres belyses. Et funn fra datamaterialet var at informantene ønsket å bli hørt om forhold i eldreomsorgen som var

av betydning for dem. Informantene fortalte at de hadde valgt å delta i denne studien da de ville gjøre det de kunne for å skape en god eldreomsorg for seg og andre rundt seg.

Informantene påla kommunal helsetjeneste deler av ansvaret for å skape en verdig alderdom. Det moderne velferdssamfunnet har gitt eldre en trygghet i alderdommen, forankret i ordninger med helsetjenester (Solem, 2005). Personers sikkerhetsnett er fastslått gjennom innføringen av velferdsstaten (Borgan, 2013) og kommunen har lovfestet ansvar for sine innbyggere (Omsorgsdepartementet, 2011a). I Harrefors et al. (2009) intervjustudie kunne man lese at eldre hadde forventninger til kommunal helsetjeneste for pleie og omsorg i alderdommen, og at det var viktig å innfri forventningene for å oppleve verdighet. Studien viser likheter til min studie, ved at informantene la en forbindelse mellom verdighet og kommunal helsetjeneste. Begge studiene viste til ønsket om sykehjemsplass ved økt hjelpebehov. I fokusgruppeintervjuet uttrykte informantene et ansvar på kommunal helsetjeneste for å bidra til en verdig alderdom, og ikke på familie og pårørende. Informantene fra min studie ønsket ikke å være en belastning for familie, likeledes ønsker ikke informantene fra den svenske studien å belaste ektefellen ved avansert pleiebehov (Harrefors et al., 2009).

For at verdighet skulle tilknyttes den kommunale helsetjenesten, påpekte informantene flere forhold som måtte på plass innad i det kommunale systemet. Informantene mente at pleiere i helsesektoren har for lave lønninger og det er for få pleiere i arbeid. De ønsket en økt bemanning med kvalifisert personell med fagkunnskaper. Walsh & Kowanko (2002) understreker i sin studie gjennom pleieres utsagn at verdigheten til eldre blir understøttet hvis pleierne kunne gitt pasientene mer tid. Pasientene i studien beskrev at de opplevde verdighet hvis de fikk tid, ikke ble skyndet på og fikk betenkningstid i avgjørelser. Walsh & Kowankos (2002) studie og mine informanter setter fokus samme forhold. Informantene i min studie mente at grunnen til tidsmangelen var at det var for få pleiere i arbeid og at de som var på jobb fikk for stor arbeidsbelastning. Dette førte til redusert verdighet i oppfølging av pasientene. McCormack et al. (2010) beskriver at sykepleiere som har tung arbeidsbelastning, benytter en instrumentell arbeidsmåtemåte.

De indirekte erfaringene mine informanter formidlet samsvarer med funnene i denne studien.

Informantene påpekte at yrker innen eldreomsorgen har lav status og dårligere rammebetingelser. Informantene mente at en høyere verdsetting av pleie- og omsorgsarbeid kan ha betydning for å underbygge en verdig alderdom for eldre.

6 Avslutning

Jeg har i masteroppgaven ønsket å gi eldre mennesker et talerør for at de skal uttrykke tanker og meninger om sine forventninger til kommunal helsetjeneste for oppleve en verdig alderdom. I fokusgruppeintervjuet utdypet de eldre sine tanker omkring temaet. Alle informantene kunne fritt uttrykke sine meninger og ønsker. De var engasjerte og påpekte fokus og temaer av betydning for de. Det førte til mange spennende og interessante funn. Disse har jeg diskutert i lys av teori fra forskning og litteratur. Informantenes fokus på samfunnsmessige og helsepolitiske forhold sin betydning i forventninger til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom overrasket meg ut fra min forforståelse. Jeg har i masteroppgaven vist et perspektiv på kommunal helsetjeneste og eldreomsorg gjennom mine informanternes øyne.

6.1 Oppsummering

Det framkommer som resultat fra diskusjonskapitlet at hva eldre mennesker ilegger verdighet er ulikt og forskjellig. Kommunal helsetjeneste bør tilstrebe en individuell tilnærming til eldre pasienter.

Informantene presenterte et ønske om selvbestemmelse, de ønsket å definere eget hjelpebehov. Hjelpen de ønsket var ikke alltid i tråd med det de tror den kommunale helsetjenesten, som er grunnlagt på bakgrunn av lover og reformer kan tilby. Eldre står i et maktforhold med pleiere, å opprettholde selvbestemmelse er av betydning hvis eldre blir hjelpetrengende, det for å bevare verdigheten i alderdommen. Sykehjemsplass gir trygghet til eldre og understøtter en verdig alderdom.

Sosialt liv er av betydning for eldre. Pleiere i kommunal helsetjeneste må bidra i samarbeid med pasientene for å tilrettelegge for å skape en meningsfull hverdag.

Eldre opplever alderisme, det til tross nasjonale føringer som skal redusere og fjerne negative holdninger mot eldre. Eldre mennesker er ulike og må møtes som unike personer.

Kommunal helsetjeneste har et ansvar for å tilrettelegge for en verdig alderdom for eldre. Studien viser at mulige framtidige pasienter har et overordnet og et praktisk handlingsnært syn på hvordan kommunal helsetjeneste kan bidra til å gi eldre en verdig alderdom. Det presenteres en sammenheng mellom eldres opplevelse av verdighet og kommunal helsetjeneste.

6.2 Konsekvenser for praksis

Denne masteroppgaven gir et bidrag til utvikling av helsetjenesten i kommune Norge ved at eldres stemmer bli etterspurt, lyttet til og skrevet fram. Masteroppgavens tema er relevant i samfunnsdebatter om eldreomsorg. Resultatene fra denne studien gir et perspektiv på eldreomsorg og kommunalt tjenestetilbudet som er interessant. Et fokus på hva eldre selv legger i begrepet verdighet, er viktig å belyse for å møte forventningene.

Kommunal helsetjeneste kan benytte kunnskapen fra masteroppgaven for å gi eldre en verdig alderdom. Informantene bidro som tydelige og velformulerte talspersoner. Helsepersonell og ledere i kommunal helsetjeneste kan reflektere over resultatene som en del av en prosess for imøtekomme eldres forventninger for en verdig alderdom.

Hvis kommunal helsetjeneste ønsker å tilpasse sin praksis etter funnene fra studien kan de tilstrebe en ytterligere individuell tilnærming som understøtter den eldres selvbestemmelse. Kommunal helsetjeneste bør evaluere sykehjemstilbudet og vurdere om de har en tilstrekkelig dekning av sykehjemsplasser. Det kan vurderes om det kommunale tilbudet av sosiale aktiviteter til eldre hjelpetrevende er tilrettelagt for målgruppen. Arbeidet for å bekjempe alderisme bør videre føres nasjonalt. Kommunal helsetjeneste har et ansvar når det kommer til eldres verdighet. Det kan innfris gjennom å evaluere for å utvikle.

6.3 Videre forskning

Jeg synes funnene fra denne studien var interessante og gav innblikk og perspektiv på hva eldre forventer av kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom.

Forslag på tema til videre forskning kan omhandle sykehjemstilbudet. Det var en tydelig oppfatning hos informantene om at tilbudet om sykehjemsplass kom for sent, og at de opplevde terskelen for å få sykehjemsplass for høy. Da dette er et funn som står i kontrast med nasjonale føringer om å bo hjemme lengst mulig, kan det være interessant å forske videre på området. Det er en forskjell på å bo hjemme så lenge som mulig, og å være i eget liv så lenge som mulig.

Denne masteroppgaven hadde som hensikt å gi eldre et talerør i samfunnsdebatt om verdighet i alderdommen og kommunal helsetjeneste. Gjennom dette fokuset har et forslag til videre forskning blitt til. Det er å forske på eldre menneskers mulighet til påvirkning. Fokus for forskning på eldres mulighet til å påvirke kan være på det lovpålagte eldrerådet, dets arbeid, reelle påvirkningsmulighet og om avgjørelser tatt i eldrerådet fører til endring, økt fokus eller annet. Et annet tema for å belyse eldres mulighet til påvirkning, kan være forskning der en ser på om eldre bør være delaktig i forskningsarbeid. For eksempel om de bør inkluderes i valg av tema og fokus for forskning, og om de kan delta i analyse av datamateriale.

Til slutt vil jeg bemerke at utvidet forskning vil ha liten hensikt, hvis ikke resultatene kan påvirke praksis og føre til forbedring og utbedring.

Referanser

- BEREDSKAPSDEPARTEMENTET, J. O. 1814. Norges Grunnlov. Eidsvoll, Justis og Beredskapsdepartementet.
- BORGAN, J.-K. 2013. 50 år med offentlige tjenester. I: RAMM, J. (red.) *Elders bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
- BREITHOLTZ, A., SNELLMAN, I. & FAGERBERG, I. 2013. Older people's dependence on caregivers' help in their own homes and their lived experiences of their opportunity to make independent decisions. *International Journal of Older People Nursing*, 8, 139-48.
- BRINCHMANN, B. S. 2012. De fire prinsippers etikk- Velgjørenhet, ikke skade, autonomi og rettferdighet. I: BRINCHMANN, B. S. (red.) *Etikk i sykepleien*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- BROOKER, D. 2013. *Personsentrert demensomsorg: Veien til bedre tjenester*, Nasjonalt kompetansesenter for aldring og helse, Aldring og helse.
- DAATLAND, S. O. 2008. *Aldring som provokasjon: tekster om aldring og samfunn*, Bergen, Fagbokforlaget.
- EDLUND, M. 2002. *Människans värdighet ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*, Åbo, Åbo Akademis förlag - Åbo akademi university press.
- EIDE, H. & EIDE, T. 2007. *Kommunikasjon i relasjoner: samhandling, konfliktløsning, etikk*, Oslo, Gyldendal akademisk forlag.
- ENGEDAL, K. 2003. Leder: Etter 70 er alt trist og leit. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7, 123:914.
- FJELLTUN, A.-M. S. 2009. *Waiting for nursing home placement: a study of the life situation of frail elderly and their carers*, University of Tromsø, Faculty of Medicine, Department of Clinical Medicine, Section for Nursing and Health Sciences.
- FJELLTUN, A.-M. S., HENRIKSEN, N., NORBERG, A., GILJE, F. & NORMANN, H. K. 2009a. Carers' and nurses' appraisals of needs of nursing home placement for frail older in Norway. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 3079-88.
- FJELLTUN, A.-M. S., HENRIKSEN, N., NORBERG, A., GILJE, F. & NORMANN, H. K. 2009b. Nurses' and carers' appraisals of workload in care of frail elderly awaiting nursing home placement. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 57-66.

- FJØRTOFT, A.-K. 2012. *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter*, Oslo, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- FORD, P. & MCCORMACK, B. 2000. Keeping the person in the centre of nursing. *Nursing Standard*, 14, 40-44.
- FORSKNINGSETIKK, R. K. F. M. O. H. 2012. *Eksempler på virksomheter som skal søke REK* [Online]. Available: https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/relegerutiner/sokadsplikt/soke_rek?p_dim=34998&_ikbLanguageCode=n.
- FOSSÅSKARET, E. 1997. Ustrukturerte intervjuer med få informanter gir i seg selv ikke noen kvalitativ undersøkelse. I: FUGLESTAD, O. L., AASE, T. H. & FOSSÅSKARET, E. (red.) *Metodisk feltarbeid: Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo, Universitetsforlaget.
- FYLKESELDRE RÅDET 2013. Eldrepolitisk handlingsplan 2013. I: FYLKESKOMMUNE, T. (red.). Tromsø.
- GABRIELSEN, B. 2013. Færre eldre bor på sykehjem. I: RAMM, J. (red.) *Elders bruk av helse- og omsorgstjenester*, Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
- GJEVJON, E. R. & ROMØREN, T. I. 2010. *Vedtak om sykehjemsplass: hvor høye er tersklene?*, Gjøvik, Høgskolen i Gjøvik/Senter for omsorgsforskning.
- HARREFORS, C., SAVENSTEDT, S. & AXELSSON, K. 2009. Elderly people's perceptions of how they want to be cared for: an interview study with healthy elderly couples in Northern Sweden. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 353-60.
- HELSEDEPARTEMENTET, S. O. 1997. Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt - kvalitet, St. Meld. nr. 50. I: HELSEDEPARTEMENTET, S. O. (red.). Oslo.
- HØY, B. K. K. 2012. En værdighedsstøttende eldreomsorg - Værdighet, integritet og autonomi - Fra abstrakte begreber til etiske omsorgsprinsipper. *Klinisk Sygepleje*, 4, 4-14.
- HUPCEY, J. E., CLARK, M. B., HUTCHESON, C. R. & THOMPSON, V. L. 2004. Expectations for care: older adults' satisfaction with and trust in health care providers. *Journal of Gerontological Nursing*, 30, 37-45.
- JACELON, C. S., CONNELLY, T. W., BROWN, R., PROULX, K. K. & VO, T. 2004. A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 48, 76-83.

- JURITZEN, T. & HEGGEN, K. 2009. Produktive maktpraksiser i sykehjem. *Tidsskrift for Velferdsforskning*, 12, 94-104.
- KITWOOD, T., HØEG, D. & JOHNSEN, N. 1999. *En revurdering af demens: personen kommer i første række*, Frederikshavn, Dafolo.
- KRISTOFFERSEN, N. J. 2011. Teoretiske perspektiver på sykepleie. I: KRISTOFFERSEN, N. J., NORTVEDT, F. & SKAUG, E.-A. (red.) *Grunnleggende sykepleie*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- KUNNSKAPSDEPARTEMENTET 2006. Lov om behandling av etikk og redelighet i forskning. Oslo.
- KVALE, S. & BRINKMANN, S. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- LINDSETH, A. & NORBERG, A. 2004. A phenomenological hermeneutical method for researching lived experience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18, 145-53.
- LØGSTRUP, K. E. 2008. *Etiske fordringen*, Kjøbenhavn, Gyldendal.
- MALTERUD, K. 2011. *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MALTERUD, K. 2012. *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*, Oslo, Universitetsforlaget.
- MATHISEN, J. 2011. Hva er sykepleie? I: MEKKI, T. E. & HOLTER, I. M. (red.) *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie*. Oslo, Akribe.
- MCCORMACK, B., DEWING, J., BRESLIN, L., COYNE-NEVIN, A., KENNEDY, K., MANNING, M., PELO-KILROE, L., TOBIN, C. & SLATER, P. 2010. Developing person-centred practice: nursing outcomes arising from changes to the care environment in residential settings for older people. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 93-107.
- MCCORMACK, B. & MCCANCE, T. 2010. *Person-centred Nursing*, Hoboken, John Wiley & Sons, Ltd.
- MENNESKERETTIGHETER, F. V. O. 1948. *FNs Verdenserklæring om Menneskerettigheter - Universal Declaration of human rights* [Online]. Oslo, FN - Sambandet - United nation association of Norway. Available: <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaering-om-menneskerettigheter>.

- MØRK, E. 2013. Hjemme så lenge som mulig. I: RAMM, J. (red.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo, Statistisk Sentralbyrå.
- NORDENFELT, L. 2003. Dignity and the care of elderly. *Medicine, Healthcare and Philosophy*, 6, 103-110.
- NORSK SYKEPLEIERFORBUND, 2011. *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere* [Online]. Oslo, Norsk Sykepleierforbund. Available: https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 1984. Forskrift om lovbestemt sykepleiertjeneste i kommunens helsetjeneste. Oslo, Helse- og Omsorgsdepartementet.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2006. Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer St. mld. nr. 25. I: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (red.).
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2008. Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Oslo.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2009. Samhandlingsreformen, Rett behandling - På rett sted - Til rett tid, St. Meld. nr 47. I: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (red.). Oslo, Helse- og Omsorgsdepartementet.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2010. Forskrift om en verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien). I: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (red.). Oslo.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2011a. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Den Norske Lov.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2011b. Proposisjon 91 L til Stortinget (Forslag til lovvedtak) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester. I: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (red.). Oslo.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2013a. Morgendagens omsorg St. Meld. nr. 29. I: OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. (red.). Oslo.
- OMSORGSDEPARTEMENTET, H. O. 2013b. Pasient- og bruker rettighetsloven. Helse- og omsorgsdepartementet.
- PAULGAARD, G. 1997. Feltarbeid i egen kultur: innenfra, utefra eller begge deler? I: FOSSÅSKARET, E., FUGLESTAD, O. L. & AASE, T. H. (red.) *Metodisk feltarbeid : Produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo, Universitetsforlaget.

- POLIT, D. F. & BECK, C. T. 2012. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*, Philadelphia, Amerika, Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams Wilkins.
- RAMM, J. 2013. Innledning. I: RAMM, J. (red.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- RANDERS, I. & MATTIASSON, A.-C. 2004. Autonomy and integrity: upholding older patients' dignity. *Journal of Advanced Nursing*, 45, 63-71.
- RIPPON, I., KNEALE, D., DE OLIVEIRA, C., DEMAKAKOS, P. & STEPTOE, A. 2013. Perceived age discrimination in older adults. *Age and Ageing*, 0, 1-7.
- ROKSTAD, A. M. M. 2008. Forståelse som grunnlag for samhandling. I: ROKSTAD, A. M. M. & SMEBYE, K. L. (red.) *Personer med demens: møte og samhandling*. Oslo, Akribe.
- ROMØREN, T. I. 2001. *Den fjerde alderen: funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- SENIORRÅD, H.-S. 2007. Eldrerådets oppgaver og funksjon . En veileder i eldrerårsarbeid.
- SOLEM, P. E. 2005. Alderisme, aldring og sosial deltakelse. *Nordisk Psykologi*, 57, 47-63.
- SOSIALDEPARTEMENTET, A. O. 2010. Lov om sosiale tjenester i arbeid- og velferdsforvaltningen. Oslo.
- TEXMON, I. 2013. Dagens og morgendagens eldre - En demografisk beskrivelse. I: RAMM, J. (red.) *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo, Statistisk sentralbyrå.
- THAGAARD, T. 2013. *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*, Bergen, Fagbokforlaget.
- THORNQUIST, E. 2008. *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*, Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- TJORA, A. H. 2012. *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*, Oslo, Gyldendal akademisk.
- WALSH, K. & KOWANKO, I. 2002. Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 143-51.

WOOLHEAD, G., CALNAN, M., DIEPPE, P. & TADD, W. 2004. Dignity in older age: What do older people in the United Kingdom think? *Age and Ageing*, 33, 165-70.

WRIGHT, J. & MCCORMACK, B. 2001. Practice development: Individualised care. *Nursing Standard*, 15, 37-42.

Vedlegg nr. 1 Informasjon til leder i pensjonistforeningen

**Informasjon og forespørsel om å delta i en studie om eldre menneskers
opplevelse av verdig alderdom og forventninger til kommunal
helsetjeneste**

Mitt navn er Una Thijssen Amundsen. Jeg er masterstudent ved Universitet i Tromsø, ved det helsevitenskaplige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag. Jeg arbeider som spesialsykepleier i Tromsø kommune.

I løpet av studieår 2013/2014 skal jeg skrive masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å intervjuere eldre mennesker om deres forventninger til den kommunale helsetjenesten for å få en verdig alderdom når et eventuelt hjelpebehov oppstår. Jeg ønsker å gjennomføre et gruppeintervju, der flere eldre av begge kjønn kan delta. Fortellinger, opplysninger og annen informasjon som framkommer i gruppesamtalen vil bli anonymisert i masteroppgaven, slik at ingen kan knytte utsagn til personen som har uttrykt det.

Hensikten med gruppesamtalen er å innhente data til arbeidet med masteroppgaven i Helsefag med studieretning helse- og omsorgstjenester til eldre. Dette i håp om at det kan være et bidrag i utviklingen av eldreomsorgen i kommune Norge. Jeg ønsker å ta del i de eldres stemme gjennom deres beretninger om verdig alderdom. Etter avsluttet studie ønsker jeg å formidle funnene til helsepersonell og ledere i kommuner. Jeg vil bidra til diskusjon om en verdig alderdom sett fra eldres ståsted. Med bakgrunn av dette ønsker jeg at det kan skje en bevisstgjøring i utvikling og organisering av tjenestetilbudet i eldreomsorgen.

Hvem ønsker jeg å snakke med?

- Eldre over 75 år
- Kvinner og menn
- Personer som ikke mottar kommunale tjenester (for eks. hjemmehjelp, hjemmesykepleie, trygghetsalarm, avlastning, dagsenter, matombringing, sykehjemsplass, omsorgsbolig, støttekontakt, brukerstyrt personlig assistent osv.)
- Mellom 4-8 personer som er medlem i en pensjonistforening

Hvis du ønsker å være med i studien, innebærer det at du deltar i en gruppesamtale med andre medlemmer i din pensjonistforening. Gruppesamtalen vil ta 1-2 timer. Deltakelsen i studiet er frivillig og du kan trekke deg når som helst uten å gi en begrunnelse for det.

Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste. Innlevering av Masteroppgaven er våren 2014.

Med vennligst hilsen

Masterstudent i helsefag ved Universitet i Tromsø

.....

Una Thijssen Amundsen
Tlf: 97753368
E-post: unagt@hotmail.com
Adresse: Kråkebollevegen 58, 9104 Tromsø

Vedlegg nr. 2 Informasjon til informanter

Informasjon og forespørsel om å delta i en studie om eldre menneskers opplevelse av verdig alderdom og forventninger til kommunal helsetjeneste

Mitt navn er Una Thijssen Amundsen. Jeg er masterstudent ved Universitet i Tromsø, ved det helsevitenskaplige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag. Jeg arbeider som spesialsykepleier i Tromsø kommune.

I løpet av studieår 2013/2014 skal jeg skrive masteroppgave. I den forbindelse ønsker jeg å intervjuere eldre mennesker om deres forventninger til den kommunale helsetjenesten for å få en verdig alderdom når et eventuelt hjelpebehov oppstår. Jeg ønsker å gjennomføre et gruppeintervju, der flere eldre av begge kjønn kan delta. Fortellinger, opplysninger og annen informasjon som framkommer i gruppesamtalen vil bli anonymisert i masteroppgaven, slik at ingen kan knytte utsagn til personen som har uttrykt det.

Hensikten med gruppesamtalen er å innhente data til arbeidet med masteroppgaven i Helsefag med studieretning helse- og omsorgstjenester til eldre. Dette i håp om at det kan være et bidrag i utviklingen av eldreomsorgen i kommune Norge. Jeg ønsker å få del i de eldres stemme gjennom deres beretninger om verdig alderdom. Etter avsluttet studie ønsker jeg å formidle funnene til helsepersonell og ledere i kommuner. Jeg vil bidra til diskusjon om en verdig alderdom sett fra eldres ståsted. Med bakgrunn av dette ønsker jeg at det kan skje en bevisstgjøring i utvikling og organisering av tjenestetilbudet i eldreomsorgen.

Hvem ønsker jeg å snakke med?

- Personer over 75 år
- Kvinner og menn
- Personer som ikke mottar kommunale tjenester
- Mellom 4-8 personer som er medlem i en pensjonistforening

Hvis du ønsker å være med i studien, innebærer det at du deltar i en gruppesamtale med andre medlemmer i din pensjonistforening. Gruppesamtalen vil ta 1-2 timer.

Deltakelsen i studiet er frivillig og du kan trekke deg når som helst uten å gi en begrunnelse for det.

Studien er meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste.
Innlevering av Masteroppgaven er våren 2014.

Hvis du vil delta i gruppesamtalen ber jeg om at du tar kontakt per telefon eller per E-post før september. Dersom du har spørsmål må du gjerne ta kontakt.

Håper på å høre fra deg!

Med vennligst hilsen

Masterstudent i helsefag ved Universitet i Tromsø

.....

Una Thijssen Amundsen
Adr: Kråkebollevegen 58, 9104 Tromsø
E-post: unagt@hotmail.com
Tlf: 97753368

Samtykkeerklæring

”Hvilke forventninger har eldre til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom?”

Jeg (skriv navnet ditt her).....

Har lest gjennom informasjonsskrivet og samtykker til å delta i masterprosjektet.

Det innebærer at jeg skal delta på gruppesamtale med andre medlemmer fra pensjonistforeningen. Her vil jeg dele tanker, erfaringer og meninger om verdig alderdom og forventninger til kommunal helsetjeneste.

Jeg deltar på frivillig basis og mottar ingen lønn eller annen godtgjørelse.

Sted.....

Dato.....

Kontaktadresse.....

Telefonnummer.....

E-post.....

Signatur.....

Intervjuguide Fokusgruppeintervju

Intro:

Velkommen til gruppesamtalen som kalles fokusgruppeintervju. Jeg ønsker å takke dere alle for at dere er villig til å være med. Dere innehar en mengde erfaringer, og jeg er takknemlig for at dere lar meg ta del i de. Gjennom dette intervjuet vil jeg lære av dere. Samtalen med dere i dag vil bidra i mitt yrke og utøvelsen av den i framtiden. Dere har alle sagt dere villig til at jeg som masterstudent i Helsefag ved Universitet i Tromsø, studieretning helse- og omsorgstjenester til eldre kan intervju dere. Intervjuet vil bli brukt som en del av min forskning i tilknytning masterarbeidet som skal ferdigstilles våren 2014. Intervjuet tas opp på lydopptak, og vil bli transkribert til papirtekst etter at samtalen er avsluttet. Lydopptaket vil bli slettet når prosjektet avsluttes våren 2014. I den transkriberte teksten vil ingen personlige opplysninger forekomme. Inntil lydopptaket slettes vil det bli oppbevart i en låst skuff slik at ingen andre enn jeg har tilgang til det. Alle har også i forkant av intervjuet registrert seg med noen enkle opplysninger.

Jeg vil før gruppesamtalen begynner gi praktisk informasjon:

- For å få et best mulig båndopptak er det fint om dere snakker så tydelig som mulig og at dere snakker en og en om gangen.
- Hvis noen har behov for toalett er det.....
- Kaffe/vann serveres underveis. Det vil også bli servert kake etter intervjuet.
- Jeg vil gjerne at dere har avslått eller lydløs mobiltelefon.
- Medhjelper er her tilstede med meg for å hjelpe til at gruppesamtalen går greit.
- Gruppesamtalen vil vare i 1-2 timer. Vi kan se etterhvert om vi tar en pause hvis behov for det skal oppstå.

Mitt forskerspørsmål for masteroppgaven er ”*Hvilke forventninger har eldre til kommunal helsetjeneste for en verdig alderdom?*” og det er temaet jeg vil snakke med dere om.

INTERVJUET

Verdighet

Første delen av gruppesamtalen ønsker jeg å fokusere på verdig alderdom.

- Hvordan vil dere definere en verdig alderdom? (Hva er viktig?)
(Her kan man sende ordet rundt bordet)
- Har dere erfaringer med hvordan man kan leve en verdig alderdom?
- Hvilke tanker gjør dere om det være syk og samtidig ha en verdig alderdom?
- Hvilke tanker gjør dere om å ha en verdig alderdom og samtidig motta hjelp fra kommunal helsetjeneste?
- Hvordan opplever dere at eldre mennesker rundt dere har en verdig alderdom? (familie og venner) Kan dere fortelle om erfaringer dere har?
- Dersom noen av dere har erfaring fra tilfeller der eldre mennesker ikke har hatt en verdig alderdom. Kan dere beskrive hva som manglet?
- Hvilke tanker gjør dere om det å eventuelt bli hjelpetrengende og ha en verdig alderdom?

Er det behov for en pause?

Forventninger til kommunal helsetjeneste

Ønsker nå videre i intervjuet å fokusere på **forventninger til kommunal helsetjeneste**. Først så vil jeg bare påpeke at kommunal helsetjeneste er svært mange avdelinger, kan være hjemmetjeneste, sykehjem, tildelingskontoret, fysioterapi eller annen rehabilitering. OSV. (Fastlegeordningen, egenandeler, omsorgstjenesten, rusarbeid og psykisk helsearbeid, sosiale tjenester i kommunene, tannhelsetjenesten, offentlig fysioterapitjeneste, tildeling av kommunale tjenester og klageadgang, habilitering og rehabilitering i kommunen, helsestasjons- og skolehelsetjenesten.) **Kommunal helsetjeneste er ikke sykehus eller spesialisthelsetjenesten.**

Så langt har vi snakket om

Nå har jeg lyst til å høre om deres forventninger til den kommunale helsetjenesten, forventningen sett i lys av kveldens tanker om verdig alderdom.

- Hva opplever dere at dere trenger i alderdommen? Hvordan kan kommunal helsetjeneste bidra til det?
- Hva ønsker du av den kommunale helsetjenesten?
- Hvordan mener dere at den kommunale helsetjenesten kan bidra til en verdig alderdom?
- Hvilke forventninger har dere til helsetjenesten i kommunen for at eldre skal ha en verdig alderdom?
- Hvis dere får behov for hjelp fra helsepersonell, hvordan kan de bidra til å ha en verdig alderdom?

- Hvordan kan pleiere i den kommunale helsetjenesten gi verdighet i møte med pasienter?
- Har kommunen tilstrekkelig med tilbud for eldre?
- Har dere prøvd å ta kontakt med kommunens helsetjeneste?
- Har dere tiltro til helsetjenesten?
- Hvordan ser dere for dere framtidens eldreomsorg?

Ønsker å takke dere for at dere tok dere tid til å delta i dette intervjuet. Vet at dere alle har fulle tidskjema, svært takknemlig for at dere ville dere deres erfaringer og visdom med meg. Min opplevelse av intervjuet er.....

Registreringsskjema for informanter

Kjønn:

Sett kryss ved rett alternativ

Kvinne:

Mann:

Alder:

Sivilstatus: (gift, samboer, enke/enkemann, singel)

Antall barn:

Informant nr.:

(Forsker skriver inn hvilket nummer informant har).



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel +47-55 58 21 17
Fax +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr 985 321 884

Mari Wolff Skaalvik
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 04.07.2013

Vår ref:34816 / 3 / LB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34816	<i>Kvalitativ studie med fokusgruppeintervju med eldre om verdig aldring og forventninger til kommunalt helseapparat</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Mari Wolff Skaalvik</i>
<i>Student</i>	<i>Una Thijssen Amundsen</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lene chr. M. Brandt

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Una Thijssen Amundsen, Kråkebollevegen 58, 9104 KVALØYA



Ifølge prosjektmeldingen vil det bli innhentet skriftlig og muntlig samtykke basert på skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet og behandlingen av personopplysninger. Personvernombudet vurderer informasjonsskrivet som tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår, men det bør presiseres når prosjektslutt er, også skriftlig, og dermed når personopplysningene senest anonymiseres. Videre bør kontaktopplysninger til veileder inkluderes.

Data samles inn gjennom gruppeintervju. Materialet behandles elektronisk. I lys av formålet og intervjuguiden tas det høyde for at det vil kunne bli registrert sensitive opplysninger om helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Det er oppgitt i meldeskjema at en "sekretær" vil være til stede under intervjuene. Dersom en ekstern (ikke tilknyttet Universitetet i Tromsø) assistent benyttes, forutsetter personvernombudet at det foreligger en databehandleravtale mellom assistenten og Universitetet i Tromsø, jf. personopplysningsloven § 15. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se Datatilsynets veileder på denne siden:
<http://datatilsynet.no/verktoy-skjema/Skjema-maler/Databehandleravtale---mal/>

Ut fra prosjektmeldingen ser vi at koblingsnøkkel vil bli benyttet, og vi anbefaler at denne oppbevares separat fra det øvrige datamaterialet. Personvernombudet legger til grunn at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med informasjonssikkerhetsmessige retningslinjer ved Universitetet i Tromsø.

Prosjektet skal avsluttes sommeren 2014 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. sivilstatus, antall barn, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.