



“Fire enslige eldres opplevelser og erfaringer med å bo i omsorgsbolig”

- en kvalitativ studie basert på intervju.



Elisabeth Horn

Mastergradsoppgave i helsefag

Avdeling for sykepleie og helsefag

Institutt for klinisk medisin

Det medisinske fakultet

Universitetet i Tromsø

SAMMENDRAG	4
ABSTRACT.....	5
FORORD	6
1.0 INNLEDNING	8
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	9
1.2 Oppgavens tema	9
1.3 Avgrensing	10
1.4 Oppbygging av oppgaven	10
2.0 TEORETISK BAKTEPPE	11
2.1 Hjem.....	11
2.1 Omsorgsboliger	12
2.3 Hjemmesykepleie / Hjemmehjelp	13
2.4 Helsetjenester / lover og forskrifter	16
2.5 Forskning på området	19
3.0 TEORETISK PERSPEKTIV.....	23
3.1 Ensomhet	23
3.2 Aktivitet.....	25
4.0 METODE.....	27
4.1 Forforståelse.....	27
4.2 Utvalg /seleksjon	28
4.3 Kriterier for tildeling av omsorgsbolig i kommunen	29
4.4 Gjennomføring	30
4.4.1 Hvordan få informanter	30
4.4.2 Omsorgsboligenes fysiske omgivelser	31
4.4.3 Informantene.....	31
4.4.4 Intervjuene	32
4.4.5 Analyse	33

4.5 Etiske vurderinger	34
5.0 PRESENTASJON OG DRØFTINGER AV FUNN	36
5.1 Omsorgsbolig som hjem, fellesskap og tilhørighet	36
5.2 Trivsel og trygghet	43
5.3 Aktivisering	50
5.4 Ensomhet	60
6.0 REFLEKSJONER / OPPSUMMERING	68
7.0 REFERANSER	70
8.0 VEDLEGG	77

SAMMENDRAG

Bakgrunn og hensikt.

I de kommende årene vil en økende andel av Norges befolkning være eldre. I løpet av de neste 35 år antas tallet fordoblet på eldre over 80 år. Den sterkeste tilveksten starter rundt år 2020. Føringene fra Staten ligger i at man skal bygge flere omsorgsboliger for at flere eldre skal få en tilpasset bolig med mulighet for heldøgns tilsyn. Omsorgsboligene skal delvis erstatte utbyggingen av sykehjem, men det er også tenkt at disse boligene skal være en "mellomstasjon" der man kan bo inntil man trenger sykehjemsplass. Mange eldre og pårørende er enda usikre på hvilke tjenester som kan forventes å få når man flytter til en omsorgsbolig. Omsorgsboliger er også ment på å kunne være en bolig helt frem til det siste dersom forsvarlig bemanning tilsier det.

Studien tar for seg hverdagslivet for fire, enslige eldre som bor i omsorgsboliger, og belyser deres erfaringer og fortellinger rundt dette.

Oppgaven er delt inn i fire tema som går litt i hverandre. Det første temaet omhandler omsorgsboligen som hjem, fellesskap og tilhørighet, det andre temaet omhandler trivsel og trygghet. Tema nr. tre har med aktiviteter å gjøre, og til sist kommer temaet som omhandler ensomhet.

Problemstilling.

Studiens problemstilling er:

"Fire enslige Eldres opplevelser og erfaringer med å bo i omsorgsbolig".

- en kvalitativ studie basert på intervju.

Metode.

Studien er basert på kvalitative intervjuer med fire enslige, eldre som bor i omsorgsbolig. Intervjuene er transkribert og senere analysert etter innholdsanalyse- metoden. Analysen er senere hermeneutisk fortolket i den hensikt å forstå de Eldres opplevelser og erfaringer med å bo i omsorgsbolig.

Konklusjon.

Studien gir ingen bakgrunn for å generalisere funn. Den sier noe om den enkelte Eldres ståsted og situasjon som er subjektiv. Likevel kan nok enkelte fortellinger og opplevelser gi en gjenklang til andre som bor i omsorgsboliger.

Flertallet mener det kunne vært flere tilbud i forhold til aktiviteter. Det å komme seg ut av boligen var også et problem for en av informantene. Ensomhetsfølelsen var for enkelte sterk, mens den for andre ikke virket som et problem. Alle følte seg trygge i omsorgsboligen. Flertallet hadde god kontakt og mye hjelp av sine pårørende.

ABSTRACT

In the coming years there will be a lot more elderly people in Norway. The government has started to increase the building marked so the elderly people can live in sheltered houses with more help from the homecare services.

Sheltered houses is houses who are build for not only for elderly people, but also for handicapped and psychiatric people. Usually the buildings are near an homecare-center or nursing-home, for the purpose to have short way to get help if needed.

This study is about four elderly, single people who lives in different types of sheltered houses, and in different places in the same district. They have not the same need for health care. This is not a comparative study for other elderly people.

The main issue with this study is to have the elderly to tell their story about how they experience to live in sheltered houses. Each of the informants had their own story about how they felt living there.

The study is based on qualitative research interviews. The interviews are transcribed and analysed by qualitative contents analysis. From the analysis and interpretations of the materials I found four themes. The themes are:

1. The sheltered house as a home, fellowship and belongings.
2. The well-being and safety
3. Activity
4. Loneliness

As a conclusion there is a majority of satisfied people. No one of them was afraid of living alone in the sheltered house, and for all of the informants who had help from the home-care, there was no complains.

All four informants felt safety in the sheltered houses. About their well-being there was one of the informants who felt negotiated by the doctor, and didn't felt taken seriously. For one of the other informants there was a problem to get out of the house without help.

About the activity part, it was not as good as they wanted. The elderly did not have a lot to do in the spare-time, and there wasn't any routine for activity around the sheltered houses.

Almost everyone of the participations had a lot of visits from their family. Some also had contact with their neighbours, but it was not like it used to be when they lived in their previously "own" houses.

Key-words: health services, health care, health care unit, home caring, sheltered housing.

FORORD

Da jeg startet på masterstudiet i helsefag trodde jeg at jeg hadde en rimelig god forståelse av hva dette innebar. Lite visste jeg at det skulle bli starten på et såpass stort arbeid som det faktisk ble. Vi var to studenter fra samme kommune som startet studiet for snart tre år siden. Vi kjente hverandre fra før, og har vært støttespillere og motivatorer for hverandre hele veien. Uten Britt Randi tror jeg studiet ville blitt vanskelig å gjennomføre.

I dag er jeg glad og stolt for at jeg klarte å fullføre studiet, og jeg legger ikke skjul på at det har vært en lang og krevende prosess å komme hit jeg er nå. Men det har vært en svært lærerik tid, og jeg føler meg mye mer kjent i litteraturens verden nå enn før jeg startet studiet.

Temaet jeg bestemte meg for har vært valgt fordi jeg har hatt mest arbeidserfaring som sykepleier fra kommunehelsetjenesten. Eldre mennesker er det jeg har viet min tid til, og jeg ønsket derfor å skrive om eldres opplevelser og erfaringer i livet. På grunn av mye endringer som har skjedd i de siste tiårene, spesielt i forhold til utbygging av omsorgsboliger, fant jeg ut at jeg skulle skrive noe omkring dette. Eldre som flytter til omsorgsboliger flytter ut fra sitt hjem og over til et annet. Hjelpen vil være den samme som om de bodde hjemme, og jeg tenkte det kunne være interessant å få vite hvordan det opplevdes å flytte til, og bo i en omsorgsbolig.

Prosjektbeskrivelsen, som skulle danne grunnlaget for dette prosjektet var ikke helt optimal. Jeg har lært mye av å gjøre feil, og enda mer av å få innspill og forståelse av hvordan man skal arbeide med prosjekt. Mye av æren skal tilskrives min veileder Ketil Normann. Han har hjulpet meg mye, og har vært en god veileder gjennom det siste skoleåret. Takk for hjelpen Ketil 😊

Jeg vil også takke mine kollegaer Sigrunn, Astrid og Janne for gode innspill, hjelp til å lese korrektur, og hjelp til det datatekniske.

Til slutt vil jeg også nevne min familie som består av Roald, min mann, Cathrine og Marius, mine barn på 9 og 12 år, for deres tålmodighet. Hadde jeg ikke hatt forståelse fra dem kunne ikke denne studien blitt gjennomført. Jeg har vært ukependler til Tromsø over flere uker i løpet av disse tre årene, og det er ikke lite min mann har måttet gjøre hjemme i mitt fravær. Tusen takk til dere alle, jeg er veldig glad i dere...

En sang og noen "kloke" ord på veien...

"Lyckliga gatan"

"Minnena kommer så ofte til mej
nu är alt borta, jag fattar det ej
borta är huset, där murgrönan klängde
borta är grinden där vi stod ock hängde.

Lyckliga gata, du som varje dag
Hörde vårt glam
en gong fanns rosor här där nu en stad
fort växer fram.

Lyckliga gatan, du finns inte mer
Du har forsvunnit med hela kvarter
Tystnat har leken, tystnat har sången
Högt över marken svävar betongen.
När jag kom åter var alt så förändrat
Trampat ock skövlut, fördärvat ock skändat.

Skall mellan dessa höga hus en dag
Stiga en sång
Lika förundelig ock skön som den
Vi hört en gång...?"
(Lindeborg, 2003, s. 70)

«Vi lever inte för att bo. Vi bor för att leva.

**Det viktiga med hur vi bor är hur det låter oss leva,
hur det påverkar raden av vardager som lagrar sig till våra liv».**

(Rita Liljeström, 2009, s.4)

1.0 INNLEDNING

Tallet på eldre over 80 år kommer til å fordobles gjennom de neste 35 år (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 10). For å forberede seg på å kunne hjelpe mange flere mennesker har kommunene startet utbygging av blant annet omsorgsboliger. Tilskuddordning fra staten har gjort at flere kommuner har satset på omsorgsboliger med heldøgns pleie- og omsorg i stedet for utbygging av sykehjemsplasser. Dette har vært tjenelig for kommunene fordi omsorgsboliger gir mindre utgifter for kommunene enn sykehjem, og vil derfor være å foretrekke samfunnsøkonomisk. For eksempel er enkelte sykehjem omgjort til omsorgsboliger bl.a. fordi dette blir billigere for kommunene da staten overtar større økonomisk ansvar for driftsutgiften.

De som bor i omsorgsbolig må selv betale husleie, mat og medisiner. De vil få hjemmesykepleie etter behov, og hjemmehjelp som om de bodde hjemme (Sosial- og helsedepartementet & Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1997).

Det viser seg at de fleste eldre opplever mange tap med aldringen, og deres sosiale situasjon og kontakt med andre vil ofte endres betraktelig. Smebye og Karoliussen skriver at eldre opplever flere tapssituasjoner mot slutten av livsløpet, og ett av de kan være: *”tap av hjemmet sitt ved innflytting i aldersinstitusjon /omsorgsbolig”* (1985, s. 449).

Hvordan arter situasjonen seg for de eldre som har flyttet til en omsorgsbolig, og hvordan er situasjonen tilrettelagt for at den eldre skal få fortsette sitt liv med sine aktiviteter og sosiale bånd?

Det har for eksempel i de siste par årene vært mange avisinnlegg i lokalaviser og debatter i Harstad kommune omkring nedbygging av sykehjem til fordel for omsorgsboliger. Det har vært uttrykt bekymring for at brukerne får mindre pleie og omsorg dersom de må flytte fra sykehjem til omsorgsbolig, og i ett av leserinnleggene i en lokalavis stod det følgende: *”Det dør mennesker alene i dag i såkalte ”omsorgsboliger” i Harstad kommune! Streifer ikke denne tanken noen gang politikerhjernene? Eller vil de ikke vite det? Hvordan vil det være å dø alene?* (Waale Nilsen, s. 18)

Dette innlegget viser at det er mange som ikke vet helt hva det innebærer å bo i en omsorgsbolig, og hvilke tjenester som følger med disse boligene. Som Paulsen skriver: Hva omsorgsbolig er, blir i mange tilfeller misforstått, spesielt i de tilfeller hvor omsorgsboligen ligger i tilknytning til institusjon. Det er ikke knyttet tjenester eller fast bemanning til

omsorgsboliger. Det er hjemmetjenesten som ivaretar de som bor der, og de får hjelp som om de er hjemmeboende. Det er ingen selvfølge at en får hjemmesykepleie selv om en bor i omsorgsbolig. Imidlertid viser det seg at de fleste som får tildelt omsorgsbolig trenger hjelp (2007).

Som sykepleier synes jeg debatten om å redusere sykehjemsplasser til fordel for omsorgsboliger er svært interessant. Er brukerne av omsorgsbolig fornøyd med de tilbudene de eventuelt får, og hvordan oppleves det å bo i en omsorgsbolig?

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Det er vel ingen tvil om at man vil spare penger på å drifte omsorgsboliger kontra sykehjemsplasser, men for meg blir det interessant å se om de som bor i disse boligene er fornøyd, og om de får de tjenestene de har krav på. Det er lite norsk forskning som går direkte på brukernes erfaringer og opplevelser av å bo i en omsorgsbolig. Derfor ønsket jeg å se nærmere på dette. Regjeringen skriver også i en pressemelding at den enkelte brukers opplevelse av omsorgstjenesten er viktig:

”Regjeringen ønsker å ta utgangspunkt i hva den enkelte bruker av omsorgstjenesten selv opplever som god kvalitet. Det betyr at vi midt oppe i behandlings- og rehabiliteringshverdagen i pleie- og omsorgstjenesten ikke må miste av syne det vanlige livet. Uansett hvordan det er fatt med oss, setter de fleste pris på duften av nybakt brød eller god musikk, og helt til det siste er vi avhengige av mellommenneskelig nærhet og varme” (Regjeringen, 2002, s. 2).

Kan man kalle omsorgsbolig for et hjem? Er det ensomt? Føler man seg trygg? Får man den hjelpen man trenger? Dette er spørsmål jeg ønsket å få belyst gjennom denne studien.

1.2 Oppgavens tema

”Fire enslige eldre opplevelser og erfaringer med å bo i omsorgsbolig”

- en kvalitativ studie basert på intervju.

1.3 Avgrensning

Jeg har avgrenset meg til å intervju fire brukere som har erfaring med å bo i omsorgsbolig. På grunn av oppgavens størrelse mener jeg at intervju av fire brukere gir meg nok informasjon til å kunne skrive en oppgave basert på deres opplevelser og erfaringer. Jeg kommer ikke til å sammenligne det å bo i omsorgsboliger med sykehjem, eller det å bo i eget hjem. Det vil heller ikke beskrives hvordan den kommunen hvor mine informanter bor, tildeler plass i omsorgsbolig eller tildeler tjenester.

Mine informanter kommer fra en av mine nabokommuner. I oppgaven vil jeg også komme med erfaringer fra kollegaer samt meg selv. Det vil også være eksempler på tiltak fra min egen kommune.

På grunn av oppgavens begrensning vil jeg heller ikke beskrive alle de tjenester som kan tilbys til eldre som bor i omsorgsbolig, men bare nevne enkelte.

Jeg har valgt å bruke ordene *brukere*, *beboere* og *informanter* om hverandre. Dette gjelder også informanter som ikke har kommunale tjenester. Når jeg refererer til helsepersonell (sykepleiere, omsorgsarbeidere og assistenter) bruker jeg ordet *pleiere* som betegnelse.

1.4 Oppbygging av oppgaven

Oppgaven er bygd opp i seks deler. I kapittel 2.0 belyses begreper som omsorgsboliger, hjem/bolig, hjemmesykepleie / hjemmehjelp. Det redegjøres også for aktuelle lovverk som styrer hvilke tjenester kommunene tilbyr. I tillegg redegjøres det for noe forskning som har brukerperspektiv på det å bo i omsorgsbolig.

I kapittel 3.0 presenteres teoretisk perspektiv på ensomhet og aktivitet. Så kommer kapittel 4.0 som beskriver forforståelse, utvalg av informanter, og selve gjennomføringen. I kapittel 5.0 presenteres de funn som fremkommer fra intervjuene, samt drøftinger og refleksjoner, og til sist i kapittel 6.0 er det en kort oppsummering/avslutning.

2.0 TEORETISK BAKTEPPE

2.1 Hjem

Omsorgsboligen skal fungere som et hjem for de som bor der. Likevel ser jeg at noen av informantene mine kaller det stedet de kommer fra ”*voksenhjemmet*”, hjemmet sitt. Hvis vi ser på beskrivelsen av et hjem fra bokmålsordboka ser vi at hjem også beskrives som en bolig for mennesker som ikke kan bo hjemme.

Hjem – 1. *Bolig, fast oppholdssted(for familie, husstand)* 2. *Bygning, anstalt som er bolig for folk som ikke har et hjem(1) el. ikke kan bo hjemme* (Wangensteen, 2005).

Hva innebærer et hjem?, eller hjemmet for den enkelte? Felles trekk er at hjemmet ses på som mye mer enn bare selve boligen. Hjemmet gir oss en forankring og opplevelse av tilhørighet. Det er flere forfattere som har skrevet noe om dette. Blant annet Hamran (2007), Ytrehus (2004) og Gullestad (1989).

Slik jeg ser det er hjem et sted man føler tilhørighet og trygghet, og at man kan ha flere ”*hjem*” i løpet av et liv.

Som Hamran sier er det i hjemmet man utfører de daglige ting, og det er det som gjør hverdagslivet meningsfylt. Hverdagsliv er et stort felt som omhandler mange deler av et meningsbærende liv. For å forstå hverdagslivet, må man også se på den arenaen der hverdagslivet utspiller seg, nemlig i hjemmet. Når man ikke lenger mestrer hverdagslivet må det skiftes ut med et annet. Her skal man igjen skape et meningsfylt og verdifullt hverdagsliv. Det er gjennom de dagligdagse handlinger man gjør, som gir hjemmet dets verdier (2007).

Gullestad skriver at man skaper en meningsfull tilværelse ved å handle etter de verdier de selv og de sosiale omgivelsene rundt dem har. Rammen rundt disse verdiene er hjemmet, som igjen blir et symbol på disse verdiene (Gullestad, 1989).

Tilknytningen man har til hjemmet sitt, blir på den måten i stor grad bestemt av livserfaringer og minner knyttet til huset (Ytrehus, 2004).

Stedet vi bor på, sammen med de fysiske omgivelsene rundt, er noe vi er innvevd i og underlagt. Slik fletter kulturen og naturen seg sammen og blir uatskillelige (Balteskard, 2008).

”Begrepet hjem oppleves av de fleste som noe positivt ladet og knyttes blant annet til verdier som trygghet, identitet, autonomi, livskvalitet og hjemmefølelse (Balteskard, 2008, s. 69).

Våre minner og erfaringer av et hjem mener jeg vi har i alle de hjem vi bor i gjennom et liv. Om vi bor i barndomshjemmet, i ”voksen” hjemmet eller i en omsorgsbolig vil vi ha minner og erfaringer tilknyttet dette hjemmet. Når vi blir eldre ser vi ofte tilbake til ”gamle” dager, og minnene fra hjemmene som har vært kommer opp.

Hva en forstår med egen bolig er ikke entydig, men innbefatter mange ulike boligtyper som for eksempel frittstående bolig, rekkehus, trygdebolig, eldrebolig, omsorgsbolig, blokkleilighet m.fl. Jeg vil videre konsentrere meg om eldre som bor i omsorgsboliger.

2.1 Omsorgsboliger

”Begrepet omsorgsbolig refererer ikke til bestemte bolig- eller bygningstyper, men til en boform for eldre og andre som har behov for assistanse, pleie eller omsorg” (Husbanken, 1998).

Omsorgsbolig ble i 1994 introdusert av Husbanken gjennom en låne- og tilskuddsordning til kommunene. Retningslinjene for disse omsorgsboligene er utarbeidet av Kommunal- og arbeidsdepartementet. For å få offentlig støtte må visse krav til boligutforming, og kommunenes pleie og omsorgstilbud være oppfylt (Sosial- og helsedepartementet & Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1997).

Kravene til omsorgsboliger er blant annet at de skal være tilpasset orienterings- og bevegelseshemmede. De skal også være fysisk tilrettelagt slik at beboere kan motta heldøgns pleie og omsorg. Ved utformingen skal det tas hensyn til store og plasskrevende hjelpemidler som rullestol, personløftere og lignende. Det skal også tas hensyn til plass for pleiere som skal utføre arbeid (Husbanken, 1998).

Boligen skal minimum være 55 kvm. Boligene kan være enkeltenheter eller bofelleskap. Det presiseres at boligen er beboerens hjem. Man betaler ordinær husleie, eventuelt med bostøtte. Omsorgsboliger er ikke fast bemannet, og man vil få tildelt hjemmetjenester etter behov på individuell basis som andre hjemmeboende. Beboer betaler ordinære egenandeler for dette (Sosial- og helsedepartementet & Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1997).

Videre skriver de at omsorgsboligene bør legges til viktige nærmiljøfunksjoner. Det hetes: *”Omsorgsboligene bør lokaliseres med tanke på tilgang til viktige nærmiljøfunksjoner og omsorgsbaser, og skal i størst mulig grad ivareta prinsippet om integrering”* (1997, s. 2).

Det skal være mulig å gi omfattende pleie og omsorg i omsorgsboligene, derfor vil det være nødvendig at omsorgsbasen er såpass nær at dette blir mulig. De fleste omsorgsboliger er tilknyttet omsorgsbaser der man finner både sykehjem / aldershjem og kontorer for hjemmesykepleie.

I tillegg blir det viktig at beboerne blir mest mulig selvhjulpne. Det bør være kort vei til butikk, bank, post, apotek osv. Selv om man ikke kan delta så aktivt lenger er det viktig å kunne se og føle liv rundt seg (Husbanken, 1998).

Omsorgsboliger bygget etter slike krav og retningslinjer vil gjøre at den eldre kan klare seg lenge i en slik tilrettelagt bolig, dersom man følger Husbankens, Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet anbefalinger over. Dette resulterer videre at man i fremtiden kan redusere sykehjemsplasser. De skriver:

”Når flere tilbud kan gis i eget hjem (opprinnelig hjem eller omsorgsbolig) vil flere klare seg lenger i egen bolig. Utbygging av tilfredsstillende boligalternativ kan redusere behovet for sykehjemsplasser” (Sosial- og helsedepartementet & Kommunal- og arbeidsdepartementet, 1997, s. 3).

2.3 Hjemmesykepleie / Hjemmehjelp

Kommunehelsetjenesteloven fra 1982 regulerer i §1.1 kommunens ansvar for helsetjenester:

”Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982).

Videre i kap.2.4 i kommunehelsetjenesteloven fremkommer det en nærmere oversikt over hvilke tjenester som regulerer denne loven.

Hjemmesykepleien er ment å være et supplement til institusjonshelsetjenesten.

Og som Alsvåg og Tanche-Nilssen skriver, var det først på 70- tallet at kommunene begynte å bygge ut den kommunale hjemmesykepleien.

Tanken var å gi hjemmeboende trygghet og nærhet til pleie og omsorgstilbudene bygget på laveste effektive omsorgsnivå (LEON – prinsippet) (1999).

Hjemmesykepleien er en tjeneste for de som bor hjemme. Navnet er en samlebetegnelse på den hjelpen man får fra sykepleiere, vernepleiere, ergoterapeuter, omsorgsarbeidere og pleiemedhjelpere. Den enkelte får hjelp etter behov, og vil derfor motta hjelp av den fagarbeideren som kvalifiserer til den oppgaven som skal ytes. For eksempel får man hjelp av en sykepleier dersom man trenger hjelp til sårstell og medisinerings. En pleiemedhjelper eller en omsorgsarbeider som ikke har utdanning til dette, utfører andre oppgaver som for eksempel dusj, hårstell, fotstell, tilsyn, matlaging osv. En ergoterapeut vil ofte være inne i bildet dersom noen trenger hjelp til å søke om hjelpemidler, eller til å veilede brukere i dagliglivet. Dette kalles ofte miljøarbeid.

Kommunene plikter å ha en døgkontinuerlig sykepleietjeneste (jmfør lov om helsetjenester i kommunene av 19 nov. 1982), for å sikre at de som trenger hjelp får den kvalifiserte hjelpen de har krav på. De fleste kommuner har opprettet et slikt døgkontinuerlig tilbud om sykepleie. Et slikt tilbud gjelder enten aktiv eller passiv sykepleievakt gjennom hele døgnet. I mindre kommuner er det ofte passiv vakt på nettene. Det vil si at en sykepleier oppholder seg i rimelig nærhet av omsorgsbasen i tilfelle tilkalling. Dette gjelder autoriserte sykepleiere som ikke nødvendigvis arbeider i hjemmesykepleien. Sykepleiere som arbeider på sykehjem har også ofte slikt døgkontinuerlig ansvar i den kommunen de arbeider i. Hvordan den enkelte kommune organiserer denne tjenesten varierer.

Hjemmehjelp er en tjeneste for den som trenger praktisk hjelp i huset (jmfør lov om sosiale tjenester § 4.2). Dette innebærer husvask, klesvask, matlaging og annet arbeid som for eksempel oppvask. Denne tjenesten samarbeider ofte med hjemmesykepleien, og i enkelte tilfeller er det også hjemmehjelpen som dusjer brukeren. Elster og Hegerström (1995) skriver at hjemmehjelp for eldre ble satt i verk på 1960- tallet, og at:

”Hjemmehjelperne er kanskje den eneste yrkesgruppen i hjemmetjenestene som ikke har bakgrunn fra institusjonene. Tjenesten ble opprettet som et ledd i sosialtjenestens hjelpeordninger for å yte familier og enkeltpersoner materiell hjelp og støtte i hjemmet i en vanskelig situasjon (St.meld. nr. 120, 1980-81:32)”.

Hjemmehjelp og hjemmesykepleien er ofte i dag underlagt samme ledelse, og man samarbeider med hverandre. Dette kalles ofte hjemmetjenesten.

Målsetningen er å øke hjemmetjenesten slik at flest mulig kan få hjelp i eget hjem. Som det står i Stortingsmelding nr. 25:

”Regjeringen har gjennom økte rammer til kommunesektoren lagt til rette for en utvidelse av personellkapasiteten med 10 000 nye årsverk i den kommunale omsorgstjenesten innen utgangen av 2009” (Helse og omsorgsdepartementet, 2006, s.16).

Videre skriver de at: *”Kompetanseløftet 2015 har som mål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse til den kommunale omsorgstjenesten”*(2006, s. 16).

Planen omfatter tiltak for å sikre god rekruttering, høy kompetanse og stabil bemanning i pleie- og omsorgssektoren, og den inneholder strategier og tiltak som skal møte både kortsiktige og langsiktige utfordringer: Endrede rekrutteringsforhold, høy avgang fra sektoren, behov for styrking av ledelses- og veiledningskompetansen, behov for større faglig bredde, stort omfang av deltidsstillinger og at det er få menn i omsorgssektoren. (Helse og omsorgsdepartementet, 2006).

Jeg har gjort denne studien i en liten kommune i Nord-Norge. På kommunes hjemmeside finner vi denne informasjonen om hvilken hjelp kommunen tilbyr innen hjemmetjenesten:

Beskrivelse av tjenesten

Hjemmetjenesten er delt i 2 enheter, Nord og Sør.

Nord dekker nordkommunen fra og med (...).

Sør dekker Sørkommunen fra og med (...).

Hjemmetjenestens oppgaver er:

Hjelp til pleietrengende, som f.eks hjelp til personlig hygiene, omsorg ved livets slutt etc.

Hjelp ved akutte behov, korttidshjelp. Utdeling av medisiner og dosering av disse. Sårstell og formidling av hjelpemidler. Veiledning, samtaler og trygghetsalarmer. Polikliniske oppgaver, som injeksjonssetting, suturfjerning etc. Praktisk bistand (hjemmehjelpsoppgaver)

Hjemmevaktmester.

Arbeidstid: 08.00 – 22.30

Hjemmetjenesten Sør har bakvakt(hjemmevakt): 22.30 – 08.00.

Hjemmetjenesten Nord har aktiv tjeneste hele døgnet.

Målgruppe

Innbyggere i kommunen, og andre som har midlertidig opphold i kommunen.

Pris for tjenesten

Deler av tjenesten er gratis, dvs hjemmesykepleie. Praktisk bistand, (hjemmehjelp) beregnes etter inntekt. Minstesats kr 150,- pr mnd. For nærmere opplysninger, kontakt hjemmesykepleien (Kommunens hjemmeside på nett).¹

Som vi ser er det godt beskrevet hvilke tjenester hjemmetjenesten kan yte når det gjelder det praktiske. Her er også nevnt omsorg ved livets slutt. Men hva med hjelp til aktiviteter?

2.4 Helsetjenester / lover og forskrifter

Når man er bruker av helse og omsorgstjenester i en kommune er det flere lover og forskrifter som er gjeldende. Jeg vil nevne de som er viktigst, og som spesielt gjelder de eldre.

Lov om Helsetjenesten i Kommunene av 19 nov. 1982, § 1-3 regulerer brukernes rett til hjelp av f. eks hjemmesykepleie.

Kommunens helsetjeneste skal omfatte følgende oppgaver:

- 1. Fremme helse og forebyggelse av sykdom, skade eller lyte.*
- 2. Diagnose og behandling av sykdom, skade eller lyte.*
- 3. Medisinsk habilitering og rehabilitering.*
- 4. Pleie og omsorg.*

”Kommunen skal organisere disse tjenestene ved å ansette personell i kommunale stillinger eller ved å inngå avtaler med personell om privat helsevirksomhet som nevnt i § 4-1. Kommunen kan inngå avtale med andre kommuner, fylkeskommunen eller private om drift av sykehjem eller boform for heldøgns omsorg og pleie” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1982, s. 2).

Som vi ser regulerer kommunehelsetjenesteloven både helsefremmende, forebyggende, behandlende og diagnostiserende, rehabiliterende og habiliterende. I tillegg kommer punkt fire om pleie og omsorg.

¹ Taushetsplikten overfor kommunen gjør at navnet ikke vil bli offentliggjort.

To av mine informanter har omfattende hjelp av hjemmesykepleien til de fleste av disse tjenestene som nevnt i punktene 1 til 4. Av de andre to har den ene hjelp i form av tilsyn, medisiner og lege, mens den siste ikke hadde hjelp på dette tidspunktet.

Videre har vi Sosialtjenesteloven som regulerer blant annet hjemmehjelp (praktisk bistand), støttekontakt og avlastning:

Sosialtjenestelovens § 4-2. Tjenester.

De sosiale tjenester skal omfatte

- a) praktisk bistand og opplæring, herunder brukerstyrt personlig assistanse, til dem som har et særlig hjelpebehov på grunn av sykdom, funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,*
- b) avlastningstiltak for personer og familier som har et særlig tyngende omsorgsarbeid,*
- c) støttekontakt for personer og familier som har behov for dette på grunn av funksjonshemming, alder eller sosiale problemer,*
- d) plass i institusjon eller bolig med heldøgns omsorgstjenester til dem som har behov for det på grunn av funksjonshemming, alder eller av andre årsaker,*
- e) lønn til personer som har et særlig tyngende omsorgsarbeid.*

Endret ved lov 14 april 2000 nr. 32 (i kraft 1 mai 2000 iflg. res. 14 april 2000 nr. 326).

§ 4-3. Hjelp til dem som ikke kan dra omsorg for seg selv.

De som ikke kan dra omsorg for seg selv, eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp for å greie dagliglivets gjøremål, har krav på hjelp etter § 4-2 bokstav a-d (Helse- og omsorgsdepartementet, 1991).

Tre av mine informanter hadde hjemmehjelp (praktisk bistand), annen hver uke.

I tillegg er det **Pasientrettighetsloven**. Den regulerer rett til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten. Det vil si at kommunen legger til rette for forebyggende helsetjenester, behandling av sykdom, medisinsk habilitering og rehabilitering, samt pleie- og omsorgstjenester. Helse retten vil blant annet bero på medisinsk skjønn, samt hvilke ressurser kommunen har til rådighet (Sosial og helsedirektoratet, 2004).

En av de viktigste forskriftene som regulerer hvordan man skal praktisere kommunehelsetjenesten og sosial- og omsorgstjenesten er:

”Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.

Forskriften skal bidra til å sikre at personer som mottar pleie- og omsorgstjenester etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for det enkelte menneskets selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel.

For å løse de oppgaver som er nevnt foran skal kommunen utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer som søker å sikre at brukere av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov. Med det menes bl.a.:

- oppleve respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet*
 - selvstendighet og styring av eget liv*
 - fysiologiske behov som tilstrekkelig næring (mat og drikke), variert og helsefremmende kosthold og rimelig valgfrihet i forhold til mat*
 - sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet*
 - følge en normal livs- og døgnrytme, og unngå uønsket og unødig sengeopphold*
 - mulighet for ro og skjermet privatliv*
 - få ivaretatt personlig hygiene og naturlige funksjoner (toalett)*
 - mulighet til selv å ivareta egenomsorg*
 - en verdig livsavslutning i trygge og rolige omgivelser*
 - nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, rehabilitering, pleie og omsorg tilpasset den enkeltes tilstand*
 - nødvendig tannbehandling og ivaretatt munnhygiene*
 - tilbud tilrettelagt for personer med demens og andre som selv har vanskelig for å formulere sine behov*
 - tilpasset hjelp ved måltider og nok tid og ro til å spise*
 - tilpasset hjelp ved av- og påkledning*
 - tilbud om eget rom ved langtidsopphold*
 - tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter ”*
- (Helse og omsorgsdepartementet, 2003a, s.1-2).*

Mange av disse punktene vil være av stor betydning for den enkelte bruker av hjemmetjenesten. For de som bor alene i en bolig kan blant annet det siste punktet om varierte og tilpassede aktiviteter være verdifullt. Tilbudet om varierte og tilpassende aktiviteter var, slik jeg ser det, svært mangelfullt i den kommunen hvor mine informanter bodde.

Ett av de siste tiltakene fra Helse- og omsorgsdepartementet heter **aktiv omsorg**:

Regjeringen har vektlagt kultur, aktiviteter og trivsel som sentrale og grunnleggende elementer i et helhetlig omsorgstilbud. Dette beskrives som aktiv omsorg, og skal ses på som en hovedstrategi for fremtidas omsorgstjenester. Det viser seg at dagens omsorgstjenester ikke vektlegger det sosiale og kulturelle området godt nok.

Dagaktiviteter framstår mange steder som det manglende leddet i omsorgskjeden. Aktiv omsorg skal i et eget rundskriv understreke at tilbud om dagaktiviteter skal være en del av det kommunale omsorgstjenestetilbudet, enten brukeren bor hjemme, i omsorgsbolig eller på sykehjem (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

2.5 Forskning på området

Jeg har gjort søk på Bibsys ask, Norart, Pubmed og sweMed med følgende søkerord: omsorgsbolig, omsorg og bolig, hjemmesykepleie, omsorg og handlingsplaner, omsorgsarbeid, helsetilbud, eldre, boligforhold, health services, health care, health care unit, home caring og sheltered housing.

Det var mange treff på disse søkene og jeg måtte derfor innskrenke søkene til å gjelde det siste ti- året, samt å gjelde kun de skandinaviske landene. Flere av treffene var bygd på hvordan omsorgsboliger fungerer for psykisk utviklingshemmede og psykiatriske klienter. Andre var bygd på Helse - og omsorgsdepartementets lover, forskrifter og veiledere. Det var også en del forskningsrapporter og andre master og hovedfagsoppgaver som var aktuelle.

Etter intervjuene og analysen ble det klart at jeg også måtte søke på søkeord som ensomhet og aktivisering.

Jeg har valgt å fremme de funn som blir mest nærliggende min problemstilling. Dette innebærer to norske og to svenske forskningsrapporter som har tatt for seg intervju av eldre som bor hjemme og i omsorgsbolig.

Det finnes mange myter og fordommer om eldre generelt, og om de eldste spesielt, myter som må korrigeres gjennom forskning og ny kunnskap. I boka ”*Eldreårenes psykologi*”, lar Margareth Bondevik personer mellom 80 og 105 år selv fortelle hvordan de opplevde sin situasjon som sykehjemsbeboere eller hjemmeboende; hva de var fornøyde med og hva de kunne ønsket seg annerledes, og hvilke refleksjoner de gjorde seg om livet og fremtiden. Ingen vet bedre hvordan de eldste gamle har det, enn de eldste gamle selv. For å finne ut av dette, har Bondevik hatt personlige samtaler med 221 personer mellom 80 og 105 år. Av disse var 111 sykehjemsbeboere og 110 aleneboende i eget husvære, registrert som hjelpetrequende.

Mer enn halvparten av sykehjemsbeboerne i studien ønsket ikke noe annerledes. Noen syntes de hadde det så godt som de kunne ha det. Andre spurte forundret tilbake om hva som kunne vært annerledes, og noen mente at de måtte innrette seg etter forholdene og at det ikke nyttet å ønske at noe kunne vært annerledes. Andre sa at de savnet noen å snakke med og diskutere med, gjerne yngre mennesker – og med noen som hørte; konversasjon ble ofte hemmet av dårlig hørsel hos begge parter. Enkelte sa at de savnet noen å gråte med. Noen ønsket at de hadde hatt bedre funksjonsevne, bl.a. at de hadde kunnet se bedre så de kunne lese, eller at hendene var bedre så de kunne gjøre håndarbeid. Det som preget deltakerne i undersøkelsen var en høy grad av realisme: *”En får være glad for det som er. Mange har det verre”*.

Ønsker om endringer var så beskjedne at de burde kunne etterkommes; ønske om at sengen stod annerledes, få hjelp til å komme litt mer ut, plass til flere bøker, at pleiepersonalet hadde hatt tid til å hente ting som var blitt liggende i kofferten på lageret osv. For de som bodde hjemme utgjorde mindre enn halvparten uttrykk for spesielle ønsker. De syntes de hadde det bra. En ting gikk igjen; svært mange ønsket at de fortsatt fikk være så bra som de var nå, slik at de fortsatt kunne greie å bo alene. Følgende utsagn er representativt: *”Jeg håper jeg får den hjelpen jeg trenger i fremtiden, slik at jeg fortsatt kan få bo hjemme”*. Et godt forhold til familien var det de fleste trakk fram som mest positivt, og mange ønsket at familien hadde bodd nærmere og at de hadde fått se dem oftere (Bondevik, 2001).

Et annet forskningsprosjekt som inneholder en intervjuundersøkelse av eldre i omsorgsbolig, heter: *”Du har fått en bolig- men omsorgen må du ha med deg sjøl” Eldres forventninger til og erfaringer med å bo i omsorgsbolig*. Prosjektet ble gjennomført av Brodtkorb og Wahlstrøm i forbindelse med et forskningsprosjekt i regi av Sosialhøgskolen på Diakonhjemmets Høgskolesenter i Oslo i 1999. Prosjektet tar for seg både intervju av de som stod på venteliste til omsorgsbolig, og de som hadde bodd i omsorgsbolig i ca ett år, samt intervju av administrativt personale og politisk valgte. Rapportens hovedpunkter var: Hva er eldres forventninger til det å flytte inn i en omsorgsbolig, hvilke erfaringer har eldre med det å bo i en omsorgsbolig, hva vet politikere og administrativt ansatte i kommunen om omsorgsbolig og eldres holdninger til denne boformen, og til slutt hvilke juridiske konsekvenser det har å flytte til en omsorgsbolig i stedet for sykehjem eller bli boende i eget hjem (Brodtkorb & Wahlstrøm, 1999).

Jeg vil her kun nevne de funn de fant i forhold til hvilke erfaringer eldre har med det å bo i en omsorgsbolig, da det er dette som blir relevant for min oppgave. Rapporten er bygd på 29 intervju.

De fleste eldre som ble intervjuet syntes at boligen som hjem fungerte bra. Det var lite innvendinger på boformen som sådan. Når det gjaldt det sosiale, fant man at de som fra før var sosialt aktive, fortsatte med det etter at de flyttet inn i omsorgsbolig, og de som ikke var sosialt aktive ble heller ikke mer sosialt aktive etter innflytting. Trygghetsfølelsen var betegnet som et svært viktig moment for de aller fleste eldre. Trygghetsfølelsen hadde sammenheng med hvor nært boligen var hjemmesykepleiens kontor og andre institusjoner. Likevel hersket det en del forvirring omkring hvordan tjenestene var organisert. Ofte var det ikke samarbeid mellom hjemmetjenesten og sykehjemmene når det gjaldt omsorgsboligbrukere. Nesten alle mente at de fikk mindre omsorg enn de hadde forventet. Ordet omsorgsbolig stiller noen forventninger som vanskelig kan oppfylles med de knappe ressurser hjemmetjenesten har. Omsorgen ligger i ordningene rundt boligen, og mange savnet muligheten til å være i et sosialt fellesskap (Brodtkorb & Wahlstrøm, 1999).

En annen studie fra Sverige med tittelen: ”*Eldrely Persons`Reflections on Relocating to Living at Sheltered Housing*” viste at flere eldre som flyttet til tilpassede boliger følte seg som en byrde fordi de ble avhengige av andres hjelp. Bare det å flytte fra hjemmet ble en traumatisk opplevelse fordi man mistet deler av sitt gamle liv, både sosialt og i forhold til egenverdet. Men studien av 59 eldre viste også at de negative følelsene omkring det å måtte flytte ble svakere med tiden, og at de fleste følte trygghet ved å bo i tilpassede boliger med mulighet for døgkontinuerlig hjelp. De var takknemlige for den omsorgen og hjelpen de fikk. Den positive siden var også knyttet til de gode relasjonene til pleierne, samt at det var flere arrangementer og aktiviteter å være med på. Av det som følte negativt var avstand til familie og venner, og en følelse av å være utestengt. Studien viste også at de fleste eldre ikke ønsket å være sammen med så mange andre eldre, og at de trivdes godt i eget selskap. Enkelte følte det trist og urovekkende å være sammen med andre som var syke og forvirrede. De som var aktive før fortsatte med det, og andre ble mer sosiale og aktive etter å ha flyttet til slike tilpassede boliger (Svidèn, Wickstrøm & Hjortsjø-Norberg, 2002).

Til slutt vil jeg referere til en studie fra Sverige som viste et svært negativt resultat. Artikkelen har tittelen: ”*Experiences of Self-Determination By Older Persons Living in Sheltered Housing*”. Denne studien bygger på intervju av 11 eldre som bodde i tilpassende boliger i sør Sverige. Flesteparten av deltakerne her fortalte om en hverdag som føltes svært uforutsigbart i forhold til når man fikk hjelp. For eksempel kunne det variere på hvilken ukedag man fikk hjelp til å dusje, og det uten at man fikk noe form for informasjon på forhånd. Følelsen av å være deltakende i forhold til å kunne bestemme hvordan man vil ha det var det de færreste som følte at de hadde. Det var lite tid blant de ansatte til i det hele tatt å kunne sette seg ned å prate. De eldre gav skylden for den dårlige tiden på politikerne som hadde foretatt innskrenkninger. Mangel på informasjon gjorde at enkelte ikke følte de ble tatt på alvor, og noen påstod at de følte seg som et nummer i rekka i stedet for en person. De trakk også fram at det å kunne få gå seg en tur ut var en menneskerett, som til og med fangene har, og at de her ikke fikk denne muligheten. Pårørende og andre frivillige ble påstått å være de som hjalp til med slike aktiviteter. De fleste ville likevel ikke klage direkte til pleierne da de mente problemene ikke kunne belastes dem. Noen påstod likevel at enkelte pleiere kunne være vanskelige, og følte det som en straff hvis de måtte vente lenge på hjelp. Andre resignerte i stedet for å si i fra. De mente å ha liten innvirkning på sitt eget liv. De fleste ønsket mer respekt fra ansatte og ledelse, de ønsket tid til å kunne snakke med dem om hvordan de ville ha det, og de ønsket mer utdannede pleiere. Studien viste klart behovet for mer selvbestemmelse og følelsen av å være verd noe (Hellström & Sarvimäki, 2007).

3.0 TEORETISK PERSPEKTIV

Utgangspunktet for de fleste eldre er at de ønsker å kunne bo i sin opprinnelige bolig, de ønsker å føle trygghet, og de vil ikke være til bry for sine pårørende (Daatland, 1990).

Men slik er det ikke alltid, og flere må flytte til tilpassede boliger på grunn av funksjonssvikt. Slike omsorgsboliger må være lettstelte og lette å bevege seg i. Mange må også bruke hjelpemidler, noe som krever at boligen er tilrettelagt i forhold til dørstokker og lignende.

Selv om omsorgsboligen er funksjonell og bra, viser det seg dessverre at mange føler seg ensomme. Dette har nok mye å gjøre med at man har mistet sin ektefelle, venner og slekt. Man har flyttet fra hjemmet og over til en omsorgsbolig, og kommer bort fra vante omgivelser, naboer og venner. Den sosiale kretsen blir endret og man må tilpasse seg nye naboer, nye omgivelser og nye vaner. Dette kan være en vanskelig tilpasning for den enkelte.

I forhold til brukernes utsagn har jeg kommet frem til at det spesielt er to tema som går igjen. Det ene er ensomhet, og det andre er mangel på tilbud om aktivisering. Jeg velger videre å se nærmere på innholdet i disse to begrepene.

3.1 Ensomhet

Ensomhet er et merkverdig ord. Det finnes ikke noe annet ord som betyr det samme, og det finns heller ikke noe ord som betyr det motsatte. Opprinnelsen til ordet er oldnorsk og viser til noe som står alene, helt for seg selv. Det skriver Knut Halvorsen, dr. philos og professor ved Høgskolen i Oslo, i sin bok: *”Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid”*. Han skriver videre at ensomhet er en følelse, en sinnstilstand. På norsk forbindes det oftest med noe trist, ordet har ikke et positivt motstykke. Engelsk har ordet *solitude* (en positiv dimensjon ved det å være alene), mens det japanske språket har hele 50 ord for ensomhet. Det finnes altså mange slags ensomhet, men felles er at de refererer seg til grenser for fellesskap. Derfor er det kanskje mer fruktbart å snakke om grader av ensomhet – ut fra ensomhetsfølelsens styrke og varighet. Vi lever alle i spenningsforholdet mellom behovet for fellesskap – og behovet for å ha tid for oss selv. Tapsopplevelser øker risikoen for den vanskelige og såre ensomhetsfølelsen. Det kan gjelde tap av en nærstående person ved skilsmisse eller død – eller tap av helse og førlighet (Halvorsen, 2005).

Halvorsen refererer til Karnick 2005 og skriver:

”Begrepet inkluderer både den sosiale formen for ensomhet som oppstår som følge av fravær av eller mangelfulle sosiale relasjoner (loneliness of social isolation), og tristhet som ved tanken på at en er alene, eller følelsesmessig ensomhet (emotional loneliness) – i betydning følelsen av å være alene selv når en er omgitt av mange andre som en selv ikke har noen betydning for. I nær tilknytning til dette er følelsen av å ikke høre til. En er seg selv alene, men føler seg ensom. Det reflekterer den avstand en føler mellom seg og andre” (Halvorsen, 2005. s.19).

Ensomhet finnes i mange situasjoner og former. Opplevelsen av ensomhet er noe annet enn ”å være alene”. Den som bor alene med få kontakter kan være tilfreds med det, mens den med mange venner kan være umettelig. Ensomhet er en kompleks tilstand, den kan være sterk eller svak i intensiteten, samtidig som det er forbundet svært mange følelser knyttet til ensomhetsopplevelsen (Thorsen, 1990).

Stipendiat H. Gjertsen har skrevet om Eldres ensomhet i artikkelen: *”Å miste sin livspartner på eldre dager”*. Hun skriver at tapet av ektefellen oppleves ulikt, og noen av symptomene er fortvilelse, mismot og pessimisme når det gjelder fremtiden. I undersøkelsen fant hun at sorgen og bekymringen for fremtiden hadde mest med gjenlevende ektefelles helse å gjøre. Det så ut til å være verre å miste ektefellen når man var blitt skrøpelig og ikke lenger klarte seg alene og derfor lett følte seg hjelpeløs og isolert – enn om man fremdeles var sprek og greide å være sosial (2006).

Tre av de fire jeg intervjuet hadde mistet sin ektefelle. Men man skal ikke av den grunn anta at alle eldre som har mistet sin livspartner er ensomme. Som Kisten Thorsen sier i et intervju:

Eldre er ikke mer ensomme enn andre på tross av at det finnes så mange enker og enkemenn blant dem. Vi må huske på at alenehet oppleves forskjellig avhengig av hvor i livet vi befinner oss. Det ser ut til at eldre er *”flinkere”* til å ta sosiale tap og gjøre det beste ut av det i forhold til hva yngre aldersgrupper klarer. De er jo i en alder der mange blir alene, og det er på en måte *”forventet og normalt”*. Flere andre i samme aldersgrupper er i samme situasjon, og da kan aleneheten bli lettere å bære. Den lettes også av at eldre selv- i likhet med andre grupper tror at mange eldre føler seg ensomme. *”Det er mange grupper som er mer ensomme enn jeg”*, sier de. Og finner en slags lindring ved det (Fuggeli, 2003.)

Det kan være forskjellige årsaker knyttet til ensomhet, en av dem kan være mangel på aktiviteter som gjør dagene lange og ensomme. De daglige aktiviteter i et hjem er viktige for alle, og kanskje ikke minst for de som er blitt alene i huset. Jeg skal se videre på dette begrepet.

3.2 Aktivitet

Hva er så aktiviteter? Aktiviteter kan for eksempel beskrives som inne-aktiviteter, ute-aktiviteter, hverdagslige aktiviteter, fritids-aktiviteter som trim og besøk, aktiviteter utført etter årstider osv.

Aktivitetsnivået endres som regel med årene, og dersom man blir avhengig av hjelp for å kunne utføre aktiviteter vil dette kunne medføre problemer for enkelte. Lokalmiljøet, pårørende, venner, tilbud fra kommunene, m.m. er alle viktige momenter som påvirker den eldre aktivitetsnivå. I tillegg spiller det inn hvilke ønsker den eldre selv har, og den enkeltes ressurser til å være med på aktiviteter.

Husbanken skriver at trivsel, motivasjon og følelse av å ha kontroll med eget liv er viktig. Når man har en varig nedsatt funksjon, er det viktig å dyrke de friske sidene. Planleggingen med tanke på å kunne delta i dagliglivets gjøremål er derfor sentral. Det bør legges til rette for at de kan følge med i og helst delta i aktiviteter sammen med personalet. Funksjoner som skaper aktivitet må trekkes fram, som for eksempel kjøkkenfunksjonen (Husbanken, 2003).

Kari Brøndbo viser til sin kvalitative undersøkelse om eldre opplevelse av alderdommen i sin avhandling levert for graden doctor rerum politicarum, Universitetet i Tromsø i 2007, at aktiviteter har forskjellig betydning for eldre. Det var også vanskelig i enkelte tilfeller å se hvilken betydning aktiviteter egentlig hadde. Det at aktivitetene opplevdes som gode var viktig for den eldre. Mange historier hun fikk gikk på aktiviteter som var ”gamle”, men det virket som om det å kunne fortelle om sine gamle aktiviteter var viktig for dem (2007).

I en annen masterstudie beskrives aktiviteter blant annet som rutiner: *”Rutiner og aktiviteter er så hverdagslige og selvfølgelige at det er sjeldent vi forholder oss til dem. Vi utfører dem, men har et ureflektert forhold til dem”* (Elvebakk, 2008, s. 40).

Som tidligere nevnt under kapittel 2.4 har Regjeringen nå gått ut med en forskrift om aktiv omsorg. I Stortingsmelding nr 50 står det klart at personer med behov for omsorgstjenester har rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig meningsfull og aktiv tilværelse i fellesskap med andre. *”Dette kan for eksempel være bistand for å kunne utnytte vanlige aktivitetstilbud, eller utforming av særlige aktivitetstilbud som en del av tjenestetilbudet”* (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007. s.19).

De presiserer videre kommunens ansvar for å etablere velferds – og aktivitetstiltak for eldre med nedsatt funksjonsevne, og andre som har behov.

Forskriften sier klart at det skal gis individuelle tilbud om aktiviteter til den enkelte bruker:

”Dette gjelder også muligheten til i så stor grad som mulig å ta del i hverdagslivets opplevelser og aktiviteter, opprettholde kontakt med familie og sosialt nettverk, være i fysisk aktivitet, holde seg orientert og være aktiv med utgangspunkt i egne engasjement og interesser. Tilbud om dagaktiviteter er derfor også en del av det kommunale omsorgstjenestetilbudet”(Helse- og omsorgsdepartementet, 2007, s.1.).

Utfordringen blir å kunne imøtekomme alle de forskjellige behovene, og å skape gode tilbud til de som trenger det.

4.0 METODE

Studien bygger på kvalitative intervjuer. Intervjuene har hatt en varighet på en til en og en halv time. Det har vært brukt en intervjuguide, og intervjuene har hatt preg av samtaler. Deretter er den analysert hermeneutisk.

Når jeg skulle tolke disse historiene, ble det viktig for meg å finne den bakenforliggende meningen. Som Paulgaard uttrykker det:

”Fra et tradisjonelt metodehermeneutisk perspektiv vil det å forstå et meningsbærende uttrykk innebære å få tilgang til det aktørene mener når de ytrer seg på bestemte måter. Det er meningen som ligger bak et uttrykk eller en handling, som utgjør den egentlige innsikten” (1997, s.72).

Jeg har benyttet Universitetsbiblioteket i forhold litteratur, og ellers supplert med egne og kollegaers erfaringer. Min veileder har vært til stor hjelp, og har gitt meg mange gode tips og forslag.

4.1 Forforståelse

Jeg er sykepleier, og har i 16 år arbeidet med eldre. Som nyutdannet sykepleier jobbet jeg i hjemmetjenesten i fire år. Etter den perioden har jeg vært avdelingsleder på et sykehjem. Det siste året har jeg vært avdelingsleder også for hjemmetjenesten, og har i den forbindelse igjen fått en del erfaring med hjemmeboende eldre.

Jeg er vant til å omgås eldre, og til å skape kontakt og tillit. Jeg mener å kunne gjenkjenne praktiske, pleiemessige og medisinske behov, og har mange års erfaring med tilrettelegging for eldre. Jeg anser meg derfor som en forsker i eget felt med stor forforståelse av eldres ønsker og behov. Jeg har forsøkt å være bevisst min rolle som forsker, og mener at min forforståelse kan gi meg en god oppfattelse av det informantene forteller meg under intervjuene. Likevel var det viktig at jeg var ”nøytral”, og ikke fortolket kun etter mine egne erfaringer.

Paulgaard skriver om dette: *”En som selv er innenfra, vil ha problemer med å se og artikulere det selvsagte og underforståtte, det som tas for gitt” (1997, s.73).*

Jeg var bevisst faren med å kunne ”*overse*” det underforståtte. Derfor brukte jeg god tid på å lese over de utskrevne tekstene fra intervjuene og høre på intervjuopptakene. På denne måten forsøkte jeg å fange opp underforliggende forhold som ikke direkte kom til uttrykk i form av ord. Den nonverbale informasjonen i forhold til pauser, latter, hosting osv, ble jeg mer oppmerksom på nå som jeg kunne gå gjennom intervjuene flere ganger.

Spørsmålene under intervjuene var av slik karakter at informantene kunne snakke og reflektere fritt. Som Dahlberg et.al. skriver:

”The question should be simply and clearly worded so that the interviewee feels invited to reflect and competent to begin describing her or his world” (2001, s.158).

Kunsten var å være lydhør, uten å avbryte, være tilstede der informanten var, og å være åpen og oppmuntrende. Jeg forsøkte å få informantene til å gå i dybden når de fortalte sine historier. Som Dahlberg et.al uttrykker:

“Meaningful reflection requires an interviewer to take nothing for granted, instead, persistently, questioning and responding in such way that facilitates and encourages the interviewee toward ever deepening layers of meaning “ (2001, s.157).

Det var likevel utfordrende å intervju for første gang, og jeg ser klart at jeg hadde lett for å avbryte informantene for å stille dem inn på mine spørsmål. Dette var noe som var uheldig fordi informantene ikke fikk komme til bunns i situasjonene som var viktige for dem.

Jeg hadde med meg en forestilling av hvordan det var å bo i omsorgsbolig, som ikke stemte helt med det jeg fant. Dette var en spennende oppdagelse. Denne studien har derfor skapt enda mer forståelse og erfaring for meg.

4.2 Utvalg /seleksjon

For å få et best mulig utgangspunkt for prosjektet har jeg foretatt kvalitative dybdeintervju med fire enslige brukere som bor i omsorgsbolig. Kriteriene for utvalg av informanter var:

- Fire brukere som bodde alene i omsorgsbolig på intervjutidspunktet
- Brukerne måtte ikke vise tegn til demens sykdom eller mental sykdom
- De burde ikke ha bodd i omsorgsbolig mer enn tre til fire år

- Brukerne måtte bo i frittstående omsorgsboliger uten fellesareal
- Alle brukerne skulle tilhøre samme kommune

Grunnen til at disse kriteriene var ønskelig, var at informantene skulle ha mest mulig sammenlignbare situasjoner. Det måtte ikke være personer med demens sykdom, eller mentalt ustabile pasienter som kunne vanskeliggjøre troverdigheten av deres utsagn. Brukerne burde være enslige da jeg ønsket å vite noe om hvor mye hver enkelt bruker fikk av hjelp fra familie og venner utenfor boligen i tillegg til det offentlige. Når det gjelder det tidsrommet de skulle ha bodd i omsorgsboligen, ble dette valgt for at informantene skulle huske tilbake så bra som mulig om hvordan det var når de bodde hjemme, samtidig som de skulle ha tilstrekkelig erfaring med det å bo i omsorgsbolig. Omsorgsboligene skulle være frittstående uten fellesareal. Dette ble viktig fordi det ikke skulle ses på som en institusjon, men som en bolig.

4.3 Kriterier for tildeling av omsorgsbolig i kommunen

Kommunen hvor mine informanter bodde hadde faste inntaksmøter der alle søknader på tjenester ble vurdert. I inntakskomiteen stilte leder for hjemmetjenesten, leder for omsorgsavdelinga, legen og en sekretær. Det var ikke helt fastsatte kriterier for å få tildelt omsorgsbolig. Ved flere ledige omsorgsboliger var kriteriene lavere enn ved færre plasser. Når de skulle prioritere mellom flere søkere var en helhetsvurdering avgjørende. Jeg fikk en liste fra hjemmetjenesten nord som sier noe om kriterier i forhold til leie av omsorgsbolig:

”FORSLAG TIL / KRITERIER FOR Å KUNNE FÅ LEIE HYBEL, OMSORGSBOLIG OG ELDREBOLIG I KOMMUNEN

Beboerens nye, private hjem!

Lista er ikke uttømmende, men bør heller ikke følges slavisk.

- Bor i uhensiktsmessig/lite funksjonell bolig ifht. nåværende funksjonsnivå.*
- Må kunne ordne seg sjøl med tørrmat og middager, evt. få treningsopplegg i fht til dette.*
- Ved behov for komfyrvakt vil dette bli installert av hjemmevaktmester.*
- Søke på tekniske hjelpemidler etter behov.*
- Søke på trygghetsalarm etter behov.*
- Hvis ønskelig kan middag kjøpes ved (navn på institusjoner). Maten må spises i egen bolig.*
- Mottar hjemmehjelp og hjemmesykepleie (hjemmetjenester) på lik linje med andre hjemmeboende brukere i kommunen og forventer ikke at det skal ytes mere hjelp enn om en hadde bodd hjemme fortsatt og mottatt hjemmetjenester.*
- Kunne ta medisiner fra ferdig i standgjort dosett, evt assistanse fra hjemmetjenesten.*

- Må kunne kle av og på seg selv.
- Må ikke ha vesentlige fysiske funksjonshemninger f.eks. må en kunne forflytte seg ved egen hjelp i boligen evt. m/rullestol. Unntak blinde og svaksynte.
- Kunne spise sjøl samt skaffe seg og innta drikke på egen hånd.
- Kunne klare seg på toalettet uten hjelp .Være kontinent for urin og avføring.
- Være i stand til å bruke trygghetsalarm samt reagere adekvat på brannalarm.
- Ha en positiv holdning til andre og være innstilt på å tre støttende til i forhold til bofellesskapet/naboene dersom nødvendig/spesielle situasjoner oppstår.
- Tilføre bofellesskapet noe positivt/ha en positiv holdning – nye og gamle naboer skal kunne profitere/ha fordeler av hverandre/ta hensyn til hverandre i hverdagslig omgang.
- Kunne utvise normal renslighet i boligen.
- Ikke opptre støyende overfor naboene.
- Kunne stryke eget rent tøy.
- Kunne sette opp handlelister/vurdere sjøl hva man trenger v/handling.
- Handle sjøl hvis man kan, ellers hjemmehjelp.
- Dersom boligen er utstyrt m/vedovn; kunne fyre forsvarlig.

(Kommune, 2009)

4.4 Gjennomføring

4.4.1 Hvordan få informanter

For å få informanter som kunne passe til kriteriene sendte jeg ut et informasjonsskriv til lederne i hjemmetjenesten i kommunen (vedlegg nr. 1). I det samme brevet lå det flere informasjonsskriv stilet til brukerne, i tillegg til samtykkeerklæring (vedlegg nr.2 og 3). Hjemmetjenesten delte ut disse til de som fylte kriteriene, og fire av brukerne sendte samtykkeerklæringene tilbake til meg i ferdigfrankert konvolutt. Jeg tok så kontakt med dem og avtalte tid for å gjennomføre intervjuet. Det tok ca. en uke å gjennomføre ett intervju med påfølgende transkripsjon.

Kvale skriver at man skal intervjuer så mange personer som er nødvendig for å finne ut det man vil vite noe om (1997). I denne studien var jeg ikke opptatt av å kunne generalisere, men å finne ut hvilke erfaringer og fortellinger noen få enslige, eldre hadde om det å bo i en omsorgsbolig. I forhold til tidsrammen på denne studien valgte jeg derfor ut alle de fire informantene som hadde meldt sin interesse.

4.4.2 Omsorgsboligenes fysiske omgivelser

Jeg var på besøk i tre forskjellige typer omsorgsboliger for intervju.

Den første informanten bodde i en gammel frittstående todelt omsorgsbolig fra 1970-80 tallet. Tidligere var disse boligene eldreboliger, omgjort til omsorgsboliger i begynnelsen av 1990 - tallet. Boligen lå ved siden av sykehjemmet, som var ca 50 meter unna. Det var ingen gangveier eller fellesarealer tilknyttet denne boligen. Fire slike todelte boliger lå samlet i samme område. Alle boligene kalles nå omsorgsboliger.

Den andre informanten bodde i et relativt nytt kompleks av seks omsorgsboliger bygd i to etasjer. Bygningen så ut som en institusjon, men hadde kun en felles hall ved inngangspartiet, og en korridor som førte til sykehjemmet.

De siste to informantene hadde bolig i en annen del av kommunen enn de to første. Dette var boliger som var bygd sammen med aldershjemmet der, og som hadde gangavstand innendørs til hjemmesykepleie og legekantor. Denne bygningen er fra 1990- tallet.

4.4.3 Informantene

Informant nr. 1 var en mann på 75 år. Han var sterkt handikappet på grunn av flere slagtilfeller med lammelser. Han kunne ikke gå og satt i rullestol. Han hadde forholdsvis mye hjelp fra hjemmesykepleien til personlig hygiene, medisiner og tilsyn. Han hadde også hjelp fra familien til å handle. Hjemmehjelp hadde han annen hver uke, og ved behov for mer hjelp til vask i huset fikk han fra familien, og noe klarte han selv også. Han fikk varm mat tre dager i uka fra hjemmetjenesten, de andre dagene laget han maten selv. Han hadde ikke trygghetsalarm, men brukte mobiltelefon som han hadde på seg hele tiden.

Informant nr. 2 var en dame på 72 år. Hun hadde ikke hjelp av hjemmetjenesten, men hadde mye hjelp av familien. Hun bodde i omsorgsbolig på grunn av svært dårlig lungefunksjon. Hun hadde lettstelt leilighet på en flate med vaktmestertjeneste, som var viktig for henne. Hun hadde ikke trygghetsalarm. Middag laget hun selv, men av og til fikk hun middag fra familien. Familien hjalp henne ellers med å handle, skifte på senga, og av og til også med husvask.

Informant nr. 3 var en dame på 93 år. Hun hadde hjelp fra hjemmesykepleien flere ganger daglig til personlig hygiene, medisiner og tilsyn. Hun hadde flere kroppslige plager, noe som gjorde at hun hadde behov for mye hjelp. Også på natta hadde hun tilsyn. Hun hadde også hjemmehjelp annen hver uke. I tillegg hadde hun en del hjelp fra familien til innkjøp, husvask og regningsbetalinger. Hun kjøpte store porsjoner middag tre ganger i uka fra hjemmetjenesten, og hadde på den måten så mye mat at hun varmet restene neste dag. Lørdag lagde hun seg grøt selv. Dersom hun ønsket det kunne hun spise middag oppe på eldresenteret hver søndag. Trygghetsalarmen hun hadde da hun bodde i eget hjem, ville hun ikke ha når hun kom til omsorgsbolig.

Informant nr. 4 var en dame på 96 år. Hun hadde kun hjemmehjelp annen hver uke, og sporadisk hjelp fra hjemmesykepleien dersom hun trengte hjelp til å organisere legebesøk, timer til sykehus osv. Hun bodde i omsorgsbolig fordi hun tidligere hadde flyttet dit sammen med sin mann som var svært pleietrengende. Han døde for ett år siden, men hun ønsket å bo der videre. Denne damen var den eneste som hadde trygghetsalarm, som var blitt videreført fra eget hjem. Hun var forholdsvis selvhjulpne, men spiste middag på aldershjemmet daglig.

4.4.4 Intervjuene

Jeg hadde forberedt en intervjuguide som jeg mente måtte være dekkende for å få besvart mine forskningsspørsmål (Vedlegg nr. 4). Jeg startet med å stille åpne spørsmål som: Hvordan har du det? Trives du her? Hvordan er det å bo her? Deretter supplerte jeg med spørsmål fra intervjuguiden.

Formålet med kvalitative intervju er å forstå intervjupersonens dagligliv fra den intervjuedes eget perspektiv (Kvale, 1997). Jeg var interessert i å få innsikt i informantenes hverdagsliv og hva som opptok dem.

Dette var mine første intervju, og det jeg ser i ettertid er at jeg ikke fikk spurt alle informantene om alle spørsmålene. Spesielt kunne jeg spurt de av informantene som hadde hjemmesykepleie om hvordan man så på hjemmet sitt i omsorgsbolig i forhold til det at helsepersonell kommer og går, ofte flere ganger i løpet av dagen. Jeg ser også at jeg kunne spurt mer om ensomhet og trivsel. I intervjuguiden står det også at man skal spørre om brukerne var kjent med hvilke vedtak de hadde på tjenestene, og hva som stod i disse vedtakene. Dette ble ikke alle spurt om.

En av brukerne hadde verken hjemmehjelp eller hjemmesykepleie, og ble av denne grunn ikke spurt om alt. Jeg ser også i ettertid at jeg kunne fulgt opp informantenes fortellinger med tilleggsspørsmål, for å komme mer i dybden på materialet.

Intervjuene ble foretatt i brukernes egne hjem. Hvert intervju tok ca 45-60 minutt. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd og senere transkribert.

4.4.5 Analyse

I analysearbeidet tok jeg for meg ett intervju av gangen. Intervjuene ble transkribert slik at jeg kunne ha en tekst og forholde meg til. Transkriberingen ble gjort ordrett, og alle utsagn fra informantene ble skrevet på dialekt. Pauser er notert som: (...), og er satt inn i teksten for å vise at informanten har hatt pauser akkurat der. Det er en subjektiv fortolkning av intervjuene, noe som kan føre til at de som leser ikke ser det samme i teksten som jeg har gjort.

Transkriberingsprosessen var tidkrevende, men lærerik.

Analyseprosessen ble gjort etter beskrivelser fra Graneheim og Lundman (2004), kalt innholdsanalyse. Her ble utdrag fra intervjuene med brukerne (meningsenheter) satt inn i et skjema som videre ble omformet til kondenserte meningsenheter, sub-tema og tema (vedlegg nr.5).

Meningsenhetene ble kategorisert under ulike tema. Dette ble det fire hovedtema av:

- Omsorgsbolig som hjem, felleskap og tilhørighet.
- Trivsel og trygghet.
- Aktivisering.
- Ensomhet.

Disse temaene blir brukt som overskrifter videre i neste kapittel om presentasjon og drøftinger av funn.

Det var en utfordring å velge ut hvilke sitater som skulle presenteres, og under hvilket tema de skulle stå. Mye av grunnen til dette var at det var flere sitater som hadde flere tema i seg, og passet derfor inn på flere steder. Jeg fant det også vanskelig å ”klippe” i sitatene, så flere av dem ble ganske lange.

Jeg var ute etter brukernes erfaringer og opplevelser av å bo i omsorgsbolig, og ønsket derfor å bruke en hermeneutisk, fenomenologisk tilnærming. Ved å benytte et fenomenologisk språk vil man beskrive fenomenet fra brukernes ståsted. Deres dagligdags språk vil derfor være av betydning. Som Beedholm skriver: *"Fenomenologiens sprog derimod er dagligdags, følsomt, stemt, fortrolig og udtrykker kompleksitet"* (2006, s.7). Når det gjelder den hermeneutiske tilnærmingen sier Thagaard: *"Hermeneutikken bygger på prinsippet om at mening bare kan forstås i lys av den sammenheng det vi studerer er en del av"* (2003, s.37). Hermeneutikk vil derfor være en tilnærming som belyser brukernes forståelse av situasjonen. Disse metode tilnærmingene utfyller hverandre, og brukes ofte sammen i forbindelse med kvalitative forskningsprosjekt.

Thagaard skriver om kvalitative studier:

"Kvalitative studier kan være rettet mot et ønske om å få innsikt i sosiale fenomener slik de forstås av de personene som forskeren studerer. Samtalen er et godt utgangspunkt for å få kunnskap om hvordan enkeltpersoner opplever og reflekterer valg om sin situasjon" (Thagaard, 2003, s. 11).

Det har vært mitt hovedfokus å få frem informantenes egne fortellinger og erfaringer. Det kan likevel være en mulighet for at jeg ikke har tolket ut av intervjuene det brukerne virkelig har ment å si. Min tolkning er bygget på min egen fortolkning og forforståelse av den informasjon som fremkom av intervjuene.

4.5 Etiske vurderinger

Den etiske siden av forskningen.

"Qualitative researchers are guests in the private spaces of the world. Their manners should be good and their code of ethics strict" (Stake, 1994, s.244).

Det er viktig å være seg bevisst den etiske siden i forskningsarbeidet. Jeg var, som beskrevet i sitatet over, en "gjest" som kom inn på andres arena. Det var en utfordring for meg å være lydhør og ydmyk slik at jeg ikke ble oppfattet som en "forstå-seg-påer".

De etiske retningslinjer som Kvale vektlegger er informert samtykke, konfidensialitet og de konsekvenser et intervju kan påføre informanten (1997).

Det første jeg gjorde var å motta skriftlig samtykke fra alle informantene

Da min studie vedrører pasienter som informanter måtte jeg få formelle godkjenninger før jeg kunne gå i gang. Prosjektet ble godkjent fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS etter noen mindre endringer (Vedlegg nr.6). Dette er lovpålagt, og sikrer at informantene får den trygghet de har krav på. Når det gjelder Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Nord-Norge, ble denne kontaktet, og svaret herfra ble at dette forskningsprosjektet ikke var registreringspliktig (Vedlegg nr.7).

Den informasjonen jeg innhentet ble forsvarlig oppbevart og konfidensielt behandlet. Både lydopptak og tekstmateriale var oppbevart separat og innelåst under hele prosjektperioden. Personidentifiserbare opplysninger som navn og alder ble fjernet for ikke å kunne spores tilbake til den enkelte informant. Men jeg regner med at den enkelte informant kan kjenne igjen sine egne uttalelser.

Alle sitater som er brukt er vurdert opp mot taushetsplikten og om de kunne gjenkjennes. Som Thagaard skriver: *"Forskeren har et etisk ansvar overfor informanten, og skal ikke offentliggjøre informasjon som kan bidra til at informanten blir gjenkjent"* (2003, s.19). Videre skriver hun at prinsippet om konfidensialitet står sterkt, forskeren må tilstrebe å beskytte alle deltakernes integritet gjennom hele forskningsprosessen, slik at ingen informanter tar noe som helst skade av å delta i forskningsprosjektet (2003, s. 27).

Jeg har lagt vekt på at dette kvalitative prosjektet, på lik linje med andre, bør være troverdig, bekreftbar og overførbar i mest mulig grad. Dette er etter Thagaard`s beskrivelser viktig for vurderingen av forskningens kvalitet (2003, s.169). Thagaard skriver om dette:

Troverdighet bygger på at man som forsker kan skille mellom egne og informantenes informasjon, og redegjørelse for relasjonen disse har. Når det gjelder bekreftbarhet skriver hun at tolkningene kan knyttes til andre studier som kan bekrefte hverandre. Til slutt er det overførbarheten, som er knyttet mot relevanser utover prosjektet. Herunder ligger også at overførbarhet kan vekke gjenklang hos lesere som har kjennskap til fenomenet som studeres (2003).

5.0 PRESENTASJON OG DRØFTINGER AV FUNN

Dette kapittelet har jeg valgt å dele inn i fire områder som belyser informantenes fortellinger og erfaringer som er knyttet til sentrale funn i empirien. Det vil også være endel egne erfaringer og refleksjoner omkring disse temaene.

Den første delen omfatter omsorgsboligen som hjem. I denne delen er det naturlig å ta med fellesskapet og tilhørigheten rundt boligen også. Det neste området tar for seg trivsel og trygghet i forhold til det å bo i omsorgsbolig. Så kommer en del om aktivisering, og til sist en del om ensomhet og det å være alene.

5.1 Omsorgsbolig som hjem, fellesskap og tilhørighet

Alle de fire informantene jeg besøkte hadde frivillig flyttet inn i omsorgsbolig. Den ene hadde ventet lenge på omsorgsbolig grunnet ”*dårlig helsetilstand*” før hun endelig fikk bolig. Det gamle huset hun bodde i ble for tungtvint. Trapper både inne og ute var ett av de områdene som gjorde at hun måtte søke seg annet husvære. Det med trapper var også et problem for flere av de andre informantene. Det var to av brukerne som ikke selv kunne komme seg ut dersom det var trapper i leilighetene. Ved å flytte til boliger uten trapper kunne de bevege seg både innendørs og utendørs uten hjelp.

Som en av informantene sa:

”Du veit æ hadde ei bratt ei trapp for å komme inn i huset, for at føten mine har nu vært lenge skrøpelig (...) og æ har måtte hatt en sånn stol å holdt mæ i for å (...) og det e nu blitt enda verre nu etter hvert som åran går (...).”

Et annet livsområde som ble vanskelig for enkelte, var å fyre med ved. Husene de bodde i før de kom til omsorgsboligene var gamle og hadde vedfyring. Dette ble for tungtvint for enkelte av mine informanter. Som en sa:

”Ja det e jo lettare, æ måtte jo fyre og bruke ved å sånn, (...) men på handel det må man jo her og, i begynnelsen va vi jo på handel her og (...) så det no, men det går jo bra, men æ træng jo ikkje så mykje for æ spis jo middag kver dag på hjemmet her oppe, (...) vi e fire i lag som spis sammen her”.

I tillegg ble husene for store. Det var soverom oppe og bad nede. Store rom og mye å holde både rent og varmt. Omsorgsboliger ble i disse tilfellene en god løsning i stedet for gamle og tungvinte hus. Hus på ett plan var viktig for alle mine informanter.

Da jeg spurte om de så på omsorgsboligen som sitt hjem nå, svarte en av informantene:

”Ja, det må æ jo gjøre for æ har jo ikkje nokke (...) æ har jo ikkje nokke (...) ikkje ønske æ å ha nokke heller, for æ e blitt så gammel at ikkje ønske æ å ha ansvaret for nokka heller. Æ trur det hadde blitt veldig tungt vis æ skulle hatt et hus å tenke på (...) å æ betale jo mine utgifte her og det greie æ jo sjøl å ordne med (...) så (...) man må jo betrakte det som (...) som (...) som et heim (...)

Dette utsagnet vitner om at det ikke er enkelt å flytte til en annen bolig, for så å gjøre dette om til ”hjemmet”. Som Danielsen (2008, s.35) skriver at ”Hjemlighet kan ikke skapes ved pålegg eller tvang”. Mange eldre mennesker bor ikke hjemme ”hos seg selv”. De bor et sted de ikke hører hjemme, som for eksempel i en omsorgsbolig eller på et sykehjem. Det å skulle omforme et rom fra noe det ikke er, til å bli et hjem kan være vanskelig i følge Danielsen (2008). Heap skriver også at det å måtte flytte kan representere et angrep på vår indre likevekt fordi de nye omgivelsene stiller ukjente krav til vår funksjonsdyktighet, samtidig som vi forlater det kjente hvor vår mestringsevne er utprøvd og bekreftet (2002).

Det kan nok også være forskjellig fra person til person om man klarer å gjøre sitt nye hjem ”hjemmekoselig”, og store individuelle forskjeller på hvordan man trives og finner roen i det nye hjemmet.

Slik jeg forstår det har også denne informanten behov for å slippe å tenke på ansvaret med en bolig. Når man bor i et hus man eier er det mange ting å ta hensyn til. Ansvar blant annet omkring forsikring, brensel, det å holde huset vedlike osv. I tillegg kommer ansvaret som ligger utenfor husets fire vegger med plenklipping og blomsterbed på sommeren, og snømåking på vinteren. De fleste eldre klarer ikke slikt arbeid like godt som da de var yngre. Ansvaret for hus og heim blir da, som denne informanten uttrykker, en lettelse å slippe.

Der man bor permanent er ens hjem, slik jeg har oppfattet det. Likevel er det slik at man også har sine ”tidligere hjem” sterkt i minne, og ofte refererer til et av de tidligere hjemmene som ”hjem”.

Den ene av mine informanter kom til omsorgsbolig fordi hun hadde en pleietrengende mann som trengte betydelig hjelp. Etter hans bortgang for ca ett års tid siden hadde hun mulighet til å flytte hjem igjen. Svaret hun gav på mitt spørsmål om dette var:

”Æ kunne ikkje ha tenkt mæ å bodd heime nu (...) så (...) de e jo død i grunn de som (...) og det e nu (...) folk som vi va mykje sammen med (...) men de døde nu (...). Æ trur det e bare æ som e igjen ut av de som kom da vi kom (...) Men det e jo de som fløtta (...).

Æ har jo to søskenbarn som bor og her (...), så vi e tre søskenbarn som bor her (...). Ei bor oppe, og ei bor i ei leilighet der, så det e jo folk som man kjenner (...), så vi møtes jo (...). Men vi går jo ikkje på besøk tel kverandre (...), det e jo lite det."

Her kommer det tydelig fram at informanten savner naboene og de menneskene hun før tilbrakte tid med. Nå er mange av disse naboene og tidligere vennene flyttet eller er døde, og betydningen av å bo hjemme var ikke så viktig lengre. Her var det ikke husets minner som ble trukket fram, men det sosiale rundt boligen som savnes mest. Dette bekreftes av Balteskard (2008) og Gullestad (1989) som skriver at omgivelsene og det sosiale livet rundt boligen blir viktige momenter i forhold til hjemmets betydning.

Alle fire jeg besøkte hadde tilhørighet til kommunen de nå bodde i, og alle hadde familie i rimelig nærhet. Tilhørigheten til naboene varierte, og to av informantene hadde ikke kontakt med de andre som bodde i omsorgsboliger ved siden av. De to som bodde i omsorgsboliger som hadde direkte tilknytning til aldershjemmet kjente sine naboer best. De fleste savnet det å kunne besøke naboer som de tidligere hadde gjort da de bodde hjemme.

En av brukerne hadde vært på et korttidsopphold på en eldreinstitusjon før hun flyttet til omsorgsbolig, og ga følgende uttrykk for hvordan hun opplevde det:

"Og der fikk æ plass for en måned, (...) og det va lurt det (...) for da fikk æ oppleve og se (...) for æ kjente at æ ikkje klarte å være heime lenger (...) og æ oppdaga det då at æ hadde ikkje løst tel å gå inn på detta (...) gamlehjemmet (...) det va likså æ følte mæ ikkje heime der (...) i lamme de (...)".

Dette utsagnet sier meg at selv om man blir eldre føler man seg ikke "gammel". Det å sammenligne seg med andre eldre, og sette seg i samme situasjon som dem, virket ikke så lett. Flere eldre jeg har snakket med opp gjennom min praksis bekrefter nettopp dette, at de andre er jo så "gamle" og "syke" i forhold til dem selv. Selv kan de jo ikke flytte til sykehjem eller omsorgsbolig fordi de er da ikke "så" gammel og pleietrengende. Gjennom utsagnet fra min informant skinner denne oppfattelsen tydelig igjennom når hun sier: "i lamme de (...)".

Det å flytte til en institusjon kan være en skremmende tanke for de som alltid har klart seg i egen bolig, og har trivdes der og følt seg trygg. Hjemmebasert omsorg gir den pleietrengende større grad av kontroll og selvbestemmelse (Aas, 1999).

Det var kun en av informantene mine som gav uttrykk for at en sykehjemsplass nå kunne være på sin plass. Dette ble begrunnet i at hjelpebehovet nå var blitt større: "Ja, men no kan æ bo oppe på hjemmet, for nu må æ ha mye hjelp".

Denne brukeren hadde bodd i omsorgsbolig i ca fire år. Han var avhengig av rullestol for å komme seg imellom, spesielt hadde han problemer med å komme seg ut av leiligheten han bodde i. Leiligheten var ”omgjort” til omsorgsbolig fra å være eldrebolig tidligere. Han var mye avhengig av hjelp fra hjemmetjenesten, og hadde slik jeg forsto det, mange timer hver dag hvor han bare ventet på at noen skulle komme og hjelpe han. Han sa at han gjorde det han kunne selv, men at han nå innså at han trengte mer hjelp enn før.

Hvordan er det når hjemmet også blir en base for hjemmetjenesten? To av mine informanter hadde hjelp av hjemmesykepleien flere ganger daglig, og ingen av dem hadde noe negativt å si om pleierne som hjalp dem. Jeg spurte om de fikk den hjelpen de hadde behov for, og det mente begge som mottok hjemmesykepleie at de fikk. Graden av hjelp varierte en del, men begge hadde hjelp flere ganger daglig. På spørsmål om de fikk bestemme selv ”når” hjelpen skulle gis svarte den ene av informantene: *”Ja, det trur æ æ gjør (...) men æ føye mæ etter dem og (...) for de har jo ikkje bare mæ å tenke på (...)”*. Den andre informanten uttrykte: *”Ja, det kan æ bestemme sjøl, men æ gjør ikkje det”*. Ved nærmere beskrivelse av ”når” hjelpen kom, sa den samme informanten: *”Dem kommer sånn på morran i ti- halv elleve tida (...), da har æ vært oppe i fleire tima (...)”*.

Det å åpne sine hjem for hjemmetjenestene innebærer en form for offentliggjøring av eget liv. Med dette menes at grensene for privatlivets fred ikke lenger går ved boligens inngangsdør, og at ulike offentlig ansatte personer og personellgrupper gis tilgang til forhold som normalt regnes for private – og ofte intime – anliggender (Elster & Hegerstrøm, 1995).

De gamle klager sjelden på hjelpen i hjemmet, verken skriftlig eller muntlig. Hjelpen kan komme innenfor vide tidsrammer, når som helst og av hvem som helst. Jo sykere den eldre er, desto mer blir den eldre styrt av andres rutiner. Samtidig er det denne hjelpen som gjør det mulig for den eldre å bli boende lenger i sitt eget hjem (Dahle & Thorsen, 2004).

Erfaringer fra pleiere i min kommune er at de eldre sjelden klager på den hjelpen de får, verken på lengden av besøkene eller antall besøk. Dette kan være grunnet i en redsel for å bli fratatt hjelp (”straffet”) hvis de klager. Våre erfaringer viser også at denne generasjonen eldre forlanger lite, og føler seg prisgitt den pleie og hjelp de får. I tillegg mener jeg at denne generasjonen eldre vet lite om hvordan helse og omsorgstjenesten fungerer, og stiller av denne grunn ingen krav til hjemmetjenesten. Vi skal huske på at det har skjedd store endringer i helse og omsorgstjenestene de siste to ti-årene.

Som det står skrevet i Stortingsmelding nr.50:

”....Det aller meste av veksten har imidlertid sammenheng med en reell styrking av hjemmetjenestene. De siste årene er det blitt færre institusjonsplasser sett i forhold til antall eldre over 79 år, mens antall årsverk pr. plass er økt. Denne utviklingen har sammenheng med at de minst pleietrengende har kunnet bo hjemme som følge av utbyggingen av de hjemmebaserte tjenestene” (Helse- og omsorgsdepartementet, 1997, s. 26-27).

Alsvåg og Tanche-Nilssen skriver at de eldre ofte definerer sin egen situasjon som bedre i forhold til hvordan de hadde det før i tiden. De sier: *”Hvordan hadde de det før i tiden? Da hadde de ingen ting”*. På tross av at mange sliter med ensomhet og sosial isolasjon beskriver mange sin situasjon som relativt bra: *”Har aldri i mitt liv hatt det bedre. Stortrives her”* (1999, s. 75).

Likevel viser det seg at enkelte er usikre på sin egen framtid. En av informantene uttrykte: *”Æ veit ikkje korsen det hadde vært hvis æ hadde trengt meir hjelp (...)”*. Et annet utsagn var: *”Æ tenke nu ikkje så langt fremover (...) æ tar bare en dag av gangen... ”*

Jeg mener at dette kan være et uttrykk for at den eldre vet for lite om hvilke tjenester denne kommunen kan tilby. Mye informasjon om tjenester ligger på kommunenes nettsider og mange eldre har ikke tilgang til Internett. Usikkerhet omkring hvor mye hjelp hjemmetjenesten har mulighet for å gi kan gjøre at man ikke vurderer å bli boende hjemme, til fordel for institusjon.

Dette viser at informasjon er veldig viktig for eldre hjemmeboende. Redsel for fremtiden og for at hjelpen ikke strekker til kan reduseres med kommunikasjon og informasjon. Som Heap skriver:

”Kommunikasjon er en helt sentral prosess i alt vårt samvær og er helt avgjørende for utfallet av våre møter med hverandre. Vi kommuniserer for å utføre mange vesentlige funksjoner, bl.a. å

- *gi og søke informasjon og instruksjon*
- *formidle opplevelser og reaksjoner*
- *gi respons og klargjøre meddelelser til og fra hverandre*
- *gi uttrykk for holdninger og meninger*
- *påvirke hverandre”* (2002, s.43).

Eldreomsorgen er preget av samspillet mellom praktisk problemløsning og de eldres ressurser. Hver gang vi yter hjelp på en måte som støtter opp under den eldres selvaktelse, bidrar vi til å ivareta brukernes evne til fremtidig problemløsning (Heap, 2002).

I Stortingsmelding nr. 31. står det at omsorgstjenestene må organiseres slik at den som mottar tjenester så langt som mulig kan ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2002).

Hva må til for at de eldre kan bo lengst mulig hjemme? Det er avgjørende at den eldre har hjelp fra andre, og at den hjelpetrequende samtidig ser sine egne begrensninger og muligheter slik Alsvåg og Tanche-Nilssen skriver:

”Mestringssystemene som dannes rundt de hjelpetrequende består av sosialt nettverk og det offentlige hjelpeapparat, foruten de selv. Hva de selv gjør påvirkes av hva andre gjør og hva en forventer at andre skal gjøre. De handler innenfor de rammer som er gitt. Disse rammene gir muligheter og begrensninger. Samtidig er de selv med å skape og bygge opp de sosiale hjelpesystemene. Foreldrene og de gamle tar kontakt og etablerer hjelpeordninger med nettverket rundt” (1999, s.39).

Nettverket rundt de eldre er ofte pleierne. Tre av mine informanter hadde kontakt med helsepersonell i varierende grad. Og som Alsvåg og Tanche-Nilssen skriver er et *omsorgssamarbeid* bygd på det omsorgsarbeidet pleierne gir sammen med mestringsarbeidet som også den eldre og dennes nettverk består av. De skriver videre at omsorg er nødvendig for å mestre livet, og at omsorgsarbeid er nødvendig for å mestre problemer i livet (1999). Kari Martinsen (1990) skriver at: *”Omsorg er å være konkret og nærværende tilstede i et forhold”* (s. 60). Eller som Henriksen og Vetlesen skriver: *”Generelt gjelder det at omsorgen må finne det riktige balansepunktet mellom avhengighetsaspektet og uavhengighetsaspektet ved mottakerens situasjon eller tilstand”* (2000, s. 34).

Slik jeg ser det er omsorg noe alle rundt brukerne gir, og kanskje er det denne omsorgen som gjør at de eldre klarer å mobilisere egne krefter for å klare hverdagen? Man kan heller ikke si at nå har man *”gitt”* omsorg til noen. Slik jeg oppfatter det er omsorg noe man selv må erfare og oppleve å ha fått. Det er kun brukeren selv som kan definere hva omsorg er for akkurat han eller henne.

For å finne ut hvordan vi best kan hjelpe brukerne er det som tidligere beskrevet viktig med god kommunikasjon. Sammen kan man kartlegge hvilke behov brukeren har, og hvilke tiltak vi kan sette inn. Brukermedvirkning er en sentral føring i *”Lov om sosiale tjenester”*, og tjenesteyter har plikt til å rådføre seg med klienten.

Tjenestetilbudet skal så langt det er mulig utformes i samarbeid med klienten, og det skal tas hensyn til den enkeltes spesielle behov og ønsker (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Jeg spurte om noen hadde noe de trengte hjelp til som de ikke fikk. Alle fire hadde forskjellige behov. Noen ønsket hjelp til å komme seg mer ut, mens andre igjen ønsket mer hjelp til å bli tilsett og undersøkt av lege. Som en av informantene uttrykte:

”Æ synes doktorene tar gamle folk lite høytidelig. Alle følelser i kroppen betyr ikkje at man bare er gammel (...) får lite råd for det (...) derfor så må man prøve sjølv når man finn noe som kan prøves. Min lege er her anna kvar tirsdag, men han har jo ikkje bare mæ (...).”

Her er det tydelig at den eldre ikke følte seg tatt på alvor. Problemstillinger hun har tatt opp med legen ble ikke mottatt slik hun ønsket. Hun sa at hun ikke fikk noen råd for problemene, og at hun måtte prøve å finne ut av dette selv. Under intervjuet sa hun at hun hadde gått til innkjøp av flere naturpreparater som hun prøvde ut for forskjellige plager. Hun påstod at enkelte av preparatene hadde hjulpet henne, mens andre var for nylig tatt i bruk slik at hun ikke kunne bekrefte noen virkning enda. Dette synes jeg var en svært uheldig situasjon, feks i forhold til at naturpreparater kan ha innvirkning på andre medikamenter som hun brukte. Eldre mennesker bør få nok hjelp og informasjon fra legene, slik at de føler seg ivaretatt og respektert.

For de fleste allmennleger er arbeidet i hjemmetjenesten bare en av flere arbeids- og samarbeidsoppgaver. Det er en utfordring for legene å prioritere tilstrekkelig tid og tanke til dette arbeidet. (Thorsen, 1995). Videre skriver Thorsen at legene har ansvar for at de som trenger det får tilbud om diagnostikk, behandling og kontroll, og skal om nødvendig henvise til annen behandling, som for eksempel spesialisthelsetjenesten.

Hjemmesykepleien kan også være et bindeledd mellom de eldre og legen. Ofte har hjemmesykepleien mulighet til å snakke med legen for brukerne. For å kunne gjøre dette må hjemmesykepleien tilnærme seg brukerne og skape et tillitsforhold som gjør at brukerne vil dele problemstillingene med pleierne, slik at de kan bringe dette videre til legen.

Det viser seg dessverre at geriatri ikke er et spennende felt for enkelte leger. Det virker som de gamle har liten ”status”, spesielt blant de yngre legene. Jeg har selv også opplevd som ansvarlig sykepleier i kommunehelsetjenesten at enkelte leger ofte skylder på alderdomssvakhet på forskjellige symptomer som blir presentert, og av den grunn utelot videre utredning.

I Stortingsmelding nr. 25 står det følgende:

”Undersøkelser viser at det er svakheter i helsetjenestetilbudet og den medisinske oppfølgingen av brukere av omsorgstjenesten. Dette gjelder både pasienter i sykehjem og brukere av de hjemmebaserte tjenestene, herunder beboere i omsorgsboliger” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s.41).

KS varsler i et skriv at det er startet et arbeid med en ny helsereform: Behov for en kraftfull og likeverdig kommunehelsetjeneste. Denne reformen skal utligne forskjellen i spesialisthelsetjenesten kontra kommunehelsetjenesten. Grunnen er at man skal ha fokus på løsninger der kompetansen i sterkere grad følger pasienten. I denne sammenheng skriver KS at helseministeren blant annet har varslet en styrking av fastlegeordningen, og at hver lege skal bruke mer tid per pasient. Inntil 40 % av hjemlene skal brukes til offentlig, allmennyttig arbeid (2009). Jeg gleder meg allerede på vegne av alle de eldre brukerne av hjemmetjenesten til denne helsereformen kommer.

5.2 Trivsel og trygghet

Når det gjelder trivsel, ser jeg at dette henger mye sammen med hvor sosiale brukerne er, og hvor frisk og funksjonsdyktig man føler seg. De som hadde mye besøk av sine pårørende, og som selv var mobile nok til å kunne gå ut, virket mest fornøyd. På spørsmål om de trivdes svarte en informant: *«Ja, æ veit ikkje ka æ ska sei, æ kan ikkje sei at æ vantrives heller, men det e no litt rart (...)»*. Dette svaret vitner om at det å beskrive trivsel kan være vanskelig. En annen beskrev det slik:

”Ja, det e trivelig (...) og (...) æ tenke på at det ett år sia æ fløtta heimana, så (...) synes æ at æ har hatt det godt detta året. Æ hadde det jo bra heime aleina, men æ følte at at æ ikkje hadde krefter tel verken å legge i ovnen eller stå opp å koke mæ middag og sånn (...) gå på butikk (...) og alle sånne ting så (...). Æ fikk jo hjelp selv om æ va heime, da va de jo med middag tel mæ, men dessuten så va æ jo aleina. Nu har æ folk omkring mæ her, og så synes æ at æ har en trivelig plass her (...) i boligen”.

For denne informanten er det tydelig at trivsel var å kunne være sammen med andre, å ha andre rundt seg, og det å kunne få hjelp til dagligdagse aktiviteter som handling og lage middag.

For denne brukeren var det viktig at man kunne slappe av og ikke ha så mange plikter som før. Kreftene var ikke lenger som før, og tida man hadde til rådighet måtte brukes på en annen måte.

Fjørtoft skriver at trivselen har også en sammenheng med livskvalitet og livsmot. Det å føle at man har det bra med seg selv og sitt liv. Livsmot handler om å oppleve at livet har mening, og at livet er verdt å leve. Det gir håp og mening. Som helsearbeidere kan vi bety mye for brukernes livsmot. Gode møter med brukeren kan bidra til å styrke den eldres mestring av hverdagen. Og som en erfaren sykepleier sa: *”For meg er det et mål at brukeren skal ha det bedre når jeg går, enn før jeg kom”* (2006, s. 126).

Trivsel og trygghet hører ofte sammen. Vi skal også være klar over at individuelle forskjeller blant eldre kan spille inn. Noen blir aldri tilfreds, mens andre er fornøyd med lite. De kan være vant med lite, eller ytre forhold kan spille en mindre rolle for deres trivsel (Smedbye & Karoliussen, 1985).

Tiltak for å trives kan være så mangt. Slik jeg tolker det ut fra mine informanter er det ønskelig med et tilbud om et sted å kunne være på dagtid, der man kan være sammen med og snakke med andre. Gjerne også spise sammen. Det er viktig at man har mulighet til å velge.

Dagsenter er et tilbud som mange eldre brukere som bor hjemme benytter. Dessverre er det slik at de minste kommunene ofte ikke har slike tilbud, og andre slik som Askim kommune, har måttet redusere på sitt tilbud om dagsenterplass. For mine brukere var det ikke tilbud om dagsenter. I en rapport om eldreomsorgen i Askim sier en av informantene: *”Jeg synes at det med dagsenter er et godt virkemiddel til å få de eldre til å kunne bo hjemme lenger. At det skjer noe på dagen”* (Paulsen, 2007, s. 38).

Jeg kommer selv fra en liten kommune som ikke har et dagsentertilbud. Det er lite tilbud på aktiviteter for de som bor i omsorgsbolig generelt. Likevel er dette avhengig av hvor omsorgsboligene er plassert, da de som er tilknyttet omsorgssenteret oftere er integrert sammen med brukere fra sykehjemmet i forhold til aktiviteter der. I min kommune har man noe som heter *”møteplassen.”* Her kan de som bor hjemme møtes en gang hver uke for fellesskap, bingo og middag. Dette er i regi av kommunen, men det er ofte frivillige som stiller opp i tillegg for å få dette tilbudet til å gå rundt. I tillegg kan brukere av omsorgsboliger som ligger i nærheten av omsorgssenteret komme inn til senteret på kaffe-besøk både på formiddagen og på ettermiddagen.

For to av mine informanter var det en privat tilstelning på eldresenteret en gang i uka. De som ville kunne komme dit og få seg kaffe. Her er et utrag fra intervjuet fra den ene informanten:

”Men så har vi aktivitet der borte (et rom ved siden av hjemmesykepleiekontoret) kvær tirsdag..”

”Tilhører dette rommet hjemmesykepleien?”

”Nei det e nokka som tilhører (stillhet / tenker), vi driv det nu sjøl på en måte, for vi har jo ordna sjøl..”

”Hvem er ”vi”?”

”Ja det e nu vi som har holdt på med denna aktiviteten (...) først va vi på (navn på et sted i kommunen), så blei detta huset (eldresenteret) bygd (...) så fekk vi et rom..”

”E det ei form for forening?”

”Nei, det e i grunn ikkje ei forening heller, for vi kan gå kem som vil (...) på tirsdag, og da e legen her (...) og folk kjem inn og får sæ kaffe, vi koka kaffe og så bruka vi å ha utlodning og sånn (...). De som e aktivtøra bruka vel å få litt betaling, men det e utenom, det går visst ikkje ut av kommunen (...), æ veit ikkje korsen det e(...). Og så selge vi vara å sånn som vi kjøpe inn, det går nu mest ut på strikking og sånn. Så har vi sånn utlodning en eller to gang før året, så selg de nu hvis det e nån som kjøpe og sånn. Så det har vi hadd sia i åtti eller i toogåtti eller nåkka sånt (...), så det e nu nesten 30 år sia vi begynte med det (...). Og det e en gång i vekka (...), så bruke vi nu å ha en tur om våren for å kjøpe blomster å sånn..”

”Så det e dokker som arrangerer det?”

”Ja, så kjøpe vi oss kaffe og sånn, men det e ikkje ei forening akkurat, men det e nu et styre og sånn, i hvert fall har det nu vorre det (...).”

Denne private foreningen holdt ”hus” på eldresenteret, og alle de som bodde i omsorgsboliger der hadde god tilgjengelighet til denne tilstelningen. Begge mine informanter som bodde tilknyttet dette eldresenteret benyttet seg av dette aktivitetstilbudet. Dette opplevdes, slik jeg oppfattet det, helt klart som et trivselsmoment i deres hverdag.

For å trives er et av kravene at vi også er trygg. Som Fjørtoft skriver: *”For at hjemmet skal være et godt alternativ, må det oppleves trygt”* (2006, s. 67). Videre skriver hun at eldre har ofte mange og sammensatte helseproblemer som det er viktig blir fulgt opp. Faglig tilsyn og oppfølging blir viktig, og omsorgen og ansvaret bør ikke overlates til ufaglærte. Dette er et sentralt ansvar som sykepleierne og legene har, men det er ikke alltid denne omsorgen prioriteres. Vi skal også være klar over at de eldre er særlig utsatt for helsesvikt, og forbyggende tiltak betyr derfor mye for tryggheten (2006).

Jeg har erfart, og erfarer stadig, at det i hjemmetjenesten er mange ufaglærte i pleien. Dette skyldes både at det er vanskelig å finne faglærte vikarer, og at det er mange vakante stillinger i perioder man ikke finner kvalifisert personale til. Jeg ser klart at dette ikke er heldig for brukerne. En ufaglært har ikke den samme kompetansen til å se hele sammenhengen hjemme hos en bruker slik en med utdanning og erfaring har. Selvfølgelig vil en ufaglært som har lang fartstid kunne opparbeide seg tilnærmet slik kompetanse, men jeg mener likevel at det er en fordel at det er sykepleiere som har ansvaret for oppfølging av den enkelte bruker. For eksempel kan man som ufaglært unngå å se / forstå om en bruker er overmedisinert, underernært, alvorlig syk eller deprimert. En sykepleier har kunnskaper om dette gjennom sin utdanning og praksis.

Det var ingen av mine informanter som uttrykte utrygghet i forhold til pleierne. Det er nok heller som Alsvåg og Tanche-Nilssen skriver: *”Hjemmehjelp og hjemmesykepleier bidrar til trygghet og sosial kontakt. De gamle utvikler gode relasjoner til mange av personene i hjelpeapparatet, og de ser med forventning fram til besøkene”* (1999, s. 74).

I Stortingsmelding nr. 25 står det at kompetanseløftet 2015 har som mål å skaffe tilstrekkelig personell og nødvendig fagkompetanse, og at det i den første fireårsperioden vil bli vektlagt å etablere tilstrekkelig med lære plasser i kommunene, samt bidra med å gi god rekruttering til helsefagarbeiderutdanningen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

På spørsmål om de følte seg trygge fortalte en av brukerne: *”Ja, på en måte så føle æ mæ trygg, (...) æ veit ikkje (...) sånn som æ e no så (...) sku man jo føle sæ trygg (...) for det e jo folk her både natt og dag (...).”*

Natt-tjeneste er et tiltak som kan benyttes slik at den enkelte bruker kan bo hjemme så lenge som mulig. I tidligere nevnte rapport fra Askim kommune skriver Paulsen: *”Manglende natt-tjenester fører til utrygghet noe som kan være avgjørende for om en kan bo hjemme eller ikke”* (2007, s. 56).

Som Brodtkorb (1999) beskrev, er dette med å være tilknyttet en omsorgsbasis viktig. Dette viser seg også å gjelde for en av mine informanter som hadde bolig tilknyttet en eldreinstitusjon: *”Jada, absolutt. Æ kan godt legge mæ uten å låse noe. Her e det en rolig plass..”*. Også den av informantene mine, som bodde i en frittstående omsorgsbolig, uten noen sammenheng med institusjon, følte seg trygg.

På tross av at brukerne følte seg trygge, kan det være lurt å låse døra. En av brukerne hadde hatt to tilfeller av ufrivillig besøk av pasienter med demenssykdom fordi døra ikke var låst. Dette opplevde hun som svært ubehagelig. I det siste tilfellet fikk hun selv fulgt pasienten tilbake til demensavdelinga. Her er hennes fortelling av disse hendelsene:

”Og like her, plutselig så va det her (...) æ venta jo ho (kvinnenavn) som skulle komme (...) og døra sto åpen (...) og plutselig (...) æ tenkte de bare fleipa med mæ, hørte noen som pusta, men æ satt no der og leste (...) og så ser æ en mann som skal inn på badet. Da sa æ at nu trur æ du har gått feil (...), og så sa han :(...) Å har æ det (...) det va ikkje nokka. Han va meir aggressiv han der (den første). Æ synes så synd på han (...) så æ sa kom så skal vi gå å se om vi ikkje finn noen (...). Da skjønnte æ kor han hadde kommet (...) man kan jo bare gå her (...) og så kan du gå heilt inn (...) og æ tok han i armen, og så gikk vi sakte bortover og prata (...). Så det like æ ikkje (...) å ha døra åpen”.

Trygghetsalarm kan gi en trygghet i hverdagen for de som bor alene. Vissheten om at hjelpen er der når man trenger det er viktig for tryggheten. Det var bare en av mine informanter som hadde trygghetsalarm. De andre tre brukte telefon eller mobiltelefon for å få kontakt med pårørende eller pleiere. På spørsmål omkring dette fikk jeg forskjellige svar. Udrag fra ett av intervjuene:

”Kan du ringe på hvis du sku bli dårlig om natta”?

”Nei, her har æ ikkje nokka ringeklokke anna så at æ kan ringe på telefonen. Æ har jo nummeret demmes oppe (på aldershjemmet). Heime der hadde æ alarm. Men da æ kom ned hit då sa æ opp alarmen for det va så nært her”.

”Men du kan ha alarmen her og”?

”Ja æ kan hvis æ vil, men den ble jo dyrar og dyrar den alarmen (latter) (...). Æ synes æ kunne spare de kronan”.

Et info skriv om trygghetsalarm, hvordan det fungerer og priser kan være til hjelp for brukere av omsorgsboliger og hjemme. Det er ikke alle som bor hjemme eller i omsorgsbolig som vet at man kan søke på trygghetsalarm, og hvordan den fungerer. Trygghetsalarm stod også nevnt på nettstedet fra våre informanters kommune, som et tilbud brukerne kunne få (se kap. 2.3).

Trygghet er også å vite. Det å vite hvilken hjelp man kan få og hvordan man søker på de forskjellige tjenestene. Forutsigbarhet i forhold til når man får hjelp, og hvordan hjelpen gis er viktig. Min erfaring tilsier at de fleste eldre vi møter i hjemmesykepleien ikke er klar over hvilke tjenester kommunen kan tilby, og hvilke rettigheter den enkelte bruker har. Den informasjonen de eldre besitter, har de ofte fått fra andre eldre eller pårørende. I tillegg erfarer man ofte at de eldre er svært opptatt av kostnader knyttet til hjelpen, og at det råder usikkerhet og misforståelser hos enkelte brukere om dette. Som Paulsen (2007) skriver: Det er ulikt hvor godt den enkelte bruker er orientert om hvilke tilbud som finnes. De fleste kjenner til sykehjem og søker derfor dit. Når de blir fortalt hvilke tilbud som finnes i hjemmetjenesten, endrer de ofte oppfatning omkring det å kunne bo hjemme og i omsorgsbolig lengre enn de først hadde antatt. Det er derfor en viktig oppgave for helsepersonellet å informere brukerne om hvilke tilbud kommunene har.

Informasjonen bør i tillegg til den muntlige være skriftlig. Mange eldre får ikke med seg alt som sies dersom det er mye informasjon på en gang. Det sikrer også at brukeren senere kan lese gjennom tilbudene i ro og mak, gjerne også sammen med pårørende.

Flere kommuner har serviceerklæringer² som beskriver hvilke tjenester de har.

I ”Rundskriv om kvalitet i pleie og omsorgstjenesten”, § 3 står det følgende:

”Et tjenestetilbud som i størst mulig grad gir brukeren trygghet og er forutsigbar. For at brukere og pårørende skal oppleve trygghet i forhold til den kommunale pleie- og omsorgstjenesten, er det viktig at de vet hvor og til hvem de skal henvende seg. De bør få regelmessig informasjon om tjenestetilbudene, og hvilke muligheter og begrensninger som ligger i disse (Sosial- og helsedirektoratet, 2004 s.13).

Videre skriver de at det bør være et system for informasjon til alle husstander om hvilke tilbud som er etablert (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Et forslag til bedre informasjon kan være å sende ut en enkel informasjonsbrosjyre til alle husstander i kommunen der det bor mennesker som nærmer seg pensjonistalder. Eller man kan gjøre slik det står i fagtidsskriftet ”Sykepleien”. Der står det i en artikkel av Spilling som heter: ”Et tryggere møte” at man ved det første hjemmebesøket tar med seg en mappe med

² Ett eksempel på en service-erklæring finnes i veiledningsheftet om ”Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene” (Sosial- og helsedirektoratet, 2004, s. 39).

ulike brosjyrer som gir informasjon om alle tilgjengelige tjenester denne kommunen kan tilby (2008, s. 81).

I dag skal også de fleste tjenester dokumenteres i enkeltvedtak. Disse vedtakene skal beskrive hvilke tjenester brukeren har, og i noen tilfeller også tidsfeste dette.

To av brukerne ble spurt om de hadde sett vedtaket på tjenestene. den ene svarte: *"Ja, men det veit æ ikkje kor e"*. Den andre svarte: *"Nei, de kjæm tre ganga daglig"*.

Sosial- og helsedirektoratet skriver at det stilles krav til kommunene om å utarbeide skriftlige nedfelte prosedyrer. Prosedyrer som sikrer at brukerne får ivare tatt sine grunnleggende behov (2004). De fleste kommuner har i dag datasystemer som for eksempel Profil. Dette dataverktøyet innehar egne vedtaksmaler som fylles ut for hver tjeneste den enkelte bruker har. Dette vedtaket skal også brukerne ha, og det kan påklages til fylkesmannen dersom man mener tilbudet ikke er tilfredsstillende. Dette er en viktig rettsikkerhet for brukerne. Vi som pleiere har plikt til å hjelpe den enkelte med å informere om tjenester, søke om tjenester, samt eventuelt klage på tjenester.

Alle kommuner skal også ha utarbeidet omsorgsplaner. Det vektlegges at det i kommunene skal etableres et system av prosedyrer for å sikre at tjenestene er samordnet, helhetlige og fleksible, samt at de skal gis til rett tid. Dette krever skrevne, fleksible prosedyrer som nødvendiggjør et nært samarbeid innad i kommunene (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

For å skape trygghet i forhold til hjelpa som gis kan man, som i min kommune, ha en hjemmejournal der alle som har et samarbeid med bruker skriver i. Dette kan være hva som er utført, hva som skal huskes på videre, når neste besøk er, endringer i medisiner, time hos legen osv. Pårørende oppfordres også til å skrive i journalen, som selvfølgelig er tilgjengelig for brukeren.

Trivsel og trygghet tror jeg blir viktig i forhold til å kunne fungere både alene og sammen med andre. Noen trives best alene, mens andre må ha et sosialt fellesskap for å trives. Har man godt syn og god hørsel kan man lese og høre på TV og radio. Dette vil klart være trivselsfaktorer. Har man nedsatte funksjoner som gjør at man er avhengig av hjelp til det meste, er det naturlig at dette er en situasjon som ikke fremmer trivsel. Likevel er dette svært individuelt, og som tidligere nevnt kan vi som pleiere gjøre dagene lysere og triveligere for brukerne.

5.3 Aktivisering

En av mine informanter sa: *”Vi høre jo alle sammen at hvis man har nokka å gjøre så går nu tida fort (...)”*.

Aktivisering er viktig for alle. Spesielt er det viktig for de eldre som ikke lengre er yrkesaktive, og med mindre daglig nettverk enn mange yngre har. Når man i tillegg har flyttet fra sitt hjem til omsorgsbolig, vil aktivisering være nødvendig for å opprettholde den fysiske og psykiske balansen. Mange eldre har i tillegg ulike funksjonshemminger som gjør at de har vanskeligere for å komme seg imellom. Ofte har de mistet sine ektefeller som de før kunne være sosiale med, samt gjøre aktiviteter sammen med.

”Erfaring viser at aktivitet (fysisk, psykisk og sosialt) er nøkkelen til en god alderdom”
(Smebye & Karoliussen, 1985, s. 113).

En aktiv hverdag kan hjelpe de eldre til å trives mer, og til å få dagene til å bli mer fargerike og glade. De fleste av oss ønsker å være i en tilhørighet sammen med andre. Som gammel har man ofte mistet mange av sine venner og slektninger. Dagene blir ofte lange, og uten innhold, foruten de daglige rutiner vi alle har. Hjemmetjenesten har ofte ikke tid til å hjelpe de eldre med å gjøre aktiviteter som f.eks handling, spaserturer, handarbeid, trim, besøk osv. De har et program som de følger, der de yter hjelp etter behov og gjeldende vedtak.

”Gruppeaktiviteter i form av trivsels- og sosial kontakt er på et tidlig tidspunkt et bra forebyggende tiltak mot ensomhet og isolasjon (...)” (Elster & Hegerstrøm, 1995, s. 119).

Tidligere møttes man oftere hjemme hos hverandre, og kaltes i noen tilfeller *”syforeninger”*. Som en av brukerne sa: *”Ja, æ måtte nu sei det, det e ikkje som før i tida (...) da for vi på besøk med strikking å sånn (...) tida har forandra sæ så mykje”*

Det var mer aktiviteter på sykehjemmene tidligere. Da hadde man tilsatt egne aktivitører. I dag er det nesten ingen aktivitetstilbud for verken sykehjem, aldershjem, eller for de som bor i omsorgsboliger i kommunen hvor *”mine”* informanter kommer fra.

Da jeg spurte mine informanter om de hadde mulighet til å være med på noen aktiviteter, var det en av informantene som svarte:

”Ja det va ei aktivitetsforening (...) før hadde de det oppe (på eldresenteret), men nu e ikkje det meir, de har ingen som lede det, og de som bor der e blitt så gammel og skrøpelig at de vinn ikkje å arbeide meir (...). Æ trur de e nu blitt så dårlig, de kan ikkje gå eller gjøre handarbeide lenger (...)”

En av de andre informantene sa: *”Ikkje sånn som det va (...). Da va vi jo på hjemmet kvær tirsdag (...), men så, kommunen har ikkje penga (...)”*.

En av informantene visste heller ikke om det var aktivitetstilbud, da hun ikke hadde hørt noe om det: *”Det e det sikkert (...), æ e ikkje med på noen ting (...)*.

Det siste sitatet kommer fra en informant som ikke hadde hjelp fra hjemmetjenesten.

Brodtkorp og Wahlstrøm (1999) hevder at mange beboere som bor i omsorgsboliger lider av mangel på omsorg og mulighet til fellesskap, og at mange blir sittende alene uten at noen tar ansvar. Er kravene og forventningene til omsorgsboliger ikke gode nok? Dette kan nok være en årsak til at Helse- og omsorgsdepartementet (2007) har innført aktiv omsorg. Dette vil det bli spennende å følge videre med på. Som Helse- og omsorgsdepartementet skriver:

”Regjeringen understreker samtidig kommunenes plikt til å bidra til at mennesker som ikke kan dra omsorg for seg selv eller som er helt avhengig av praktisk eller personlig hjelp også får mulighet til å leve og bo selvstendig og til å ha en aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre, i tråd med formålsbestemmelsen i sosialtjenestelovens § 1-1. Dette gjelder tilsvarende for de som er innlagt i sykehjem eller boform med heldøgns omsorgs og pleie etter kommunehelsetjenesteloven” (2007 s.1)

Bratland skriver at det er foretatt SINTEF undersøkelser som viser at sosial kontakt og aktivitet er mangelvare i dagens omsorgstjeneste, og at både brukere, pårørende og ansatte vurderte akkurat dette som dårligst (2005).

En annen side som også kan diskuteres er hvorvidt det offentlige skal ta ansvar for alle deler av livet. Som Vetlesen skriver:

”Omsorgen utføres i økende grad av profesjonelle terapeuter i institusjoner, og i stadig mindre grad av nær slekt, naboer og sosiale nettverk. Moralske forpliktelser er således mer offentlige enn noensinne. Myndighetene er i hittil ukjent grad involvert i struktureringen av både forpliktelser overfor fjerne andre og forpliktelser overfor de nærmeste. I stedet for at familien og sivile, uformelle relasjoner beskytter og formidler en opplevelse av ansvar for andres velferd, som staten så setter ut i livet som en siste utvei, altså når all uformell innsats kommer til kort, så blir staten – fra start til slutt – den primære moralske aktør i samfunnet” (2001, s.286).

Men det står jo klart at man også har plikt til seg å sikre beboernes grunnleggende behov som:

*-sosiale behov som mulighet for samvær, sosial kontakt, fellesskap og aktivitet
-tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter ”*

(Helse og omsorgsdepartementet, 2003a. s.1-2).

Det skal i tillegg utarbeides skriftlige rutiner for hvordan man sikrer disse rettighetene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2003a).

Hvor går grensen for pleiernes oppgaver når det gjelder å legge til rette for aktiviteter, og hvilke aktiviteter er det snakk om?

For å klargjøre dette må kommunen tydeliggjøre overfor befolkningen hva det offentlige hjelpetilbudet skal romme. Det må bevisstgjøres hva som er realistisk å forvente seg av offentlig omsorg. Det må også gis klare signaler om hva hjelpen skal omfatte, og hvilket kvalitetsnivå den skal ligge på. (Dahle & Thorsen, 2004).

I Aldreomsorgsforskning i Norden: ”*En kunnskapsöversikt*” skriver Szebehely at de nordiske landene skiller seg fra Europa fordi de gir mesteparten av tjenestene i eldreomsorgen gjennom det offentlige (2005, s. 146).

Frivillighetssentralen er en av de private aktørene vi har i Norge. Denne var kun nevnt av to av mine informanter. De så på denne tjenesten som noe som ikke angikk dem personlig. Kan det være at hjemmeboende brukere ikke får god nok informasjon om slike private tilbud? Det bør også nevnes at det ikke er alle kommuner som har frivillighetssentral.

Slik jeg oppfatter det er frivillighetssentralen nettopp for de som bor hjemme og trenger hjelp. Hvordan frivillighetssentraler drives er nok forskjellig fra sted til sted, men hovedhensikten er å hjelpe folk som bor hjemme med praktiske og sosiale ting.

Noen frivillighetssentraler har i tillegg til forskjellige aktiviteter på dagtid også tilbud om besøksordninger. Det betyr at den eldre kan få besøk i hjemmet sitt uten å være nødt til å gå ut selv.

Også andre frivillige organisasjoner kan ha ulike tilbud, som for eksempel saniteten, Røde Kors og Frelsesarmeen. Ingen av disse organisasjonene var nevnt av informantene. For å hjelpe de enkelte brukere kan man som helsepersonell finne ut hvilke tilbud som finnes fra frivillige organisasjoner i den kommunen man bor i, og gi denne informasjonen videre til de som bor hjemme. Frivillighetssentralen hadde nærliggende kontorer for to av mine informanter. Det ble avholdt kafè en dag i uken her for alle interesserte. Jeg vet ikke om andre private aktører hadde tilbud for brukere i denne kommunen.

I Stortingsmelding nr.25 står det at regjeringen anbefaler kommunene å samarbeide med brukerorganisasjoner og frivillige organisasjoner. Kultur- og kirkedepartementet tar sikte på å fortsette opptrapping av frivillighetssentraler, eldrecentra, dagtilbud og andre forebyggende tiltak som utløser frivillig innsats (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

I min kommune har vi en forening som kaller seg støtteforening. De samler inn penger til formål for både sykehjemmet og hjemmetjenesten sine brukere. Støtteforeningen kjøper inn aktivitetsting som foreksempel trimutstyr, bingoutstyr, spill, filmer, m.m. I tillegg arrangerer de turer hvert år for brukere av hjemmetjenesten og av sykehjemmet. Dette er et svært populært tiltak, og mange av de eldre enslige brukerne av omsorgsboliger er med på alle arrangementer som arrangeres. Kafèer og sangstunder i regi av støtteforeningen er også besøkt av hjemmeboende enslige som ikke er brukere av hjemmetjenesten. Slike arrangementer er annonsert og er åpen for alle. De holdes på sykehjemmet.

De av informantene som hadde et uformelt nettverk av naboer, nære pårørende, venner osv virket mest fornøyd med sitt sosiale liv. De fleste snakket svært varmt om sine nærmeste pårørende, og flere av dem mente at hadde det ikke vært for han eller henne, så hadde det ikke vært så greit for dem å bo alene i en omsorgsbolig. Den ene informanten uttrykte det slik:

”Så æ har nu mange gang tenkt at hadde det ikkje vært for ho (kvinnenavn), så veit æ ikkje (...). Da trur æ kanskje at det hadde vært best å være på et av dessa romman (på aldershjemmet) (...) men ho hjelpe mæ her (...) og ordna opp å (...) så æ rota nu vel godt i løpet av fjorten dagan (latter), så det e nu godt at ho hjelpe mæ (...).”

En av tre over 67 år trenger hjelp til daglige gjøremål (Daatland & Solem, 2000). Det er en rolleendring når man går fra å være selvstendig til å bli avhengig av andre.

En av mine informanter uttrykte: *"Du veit, man får jo litt dårlig samvittighet, de går nu i full jobb, og de e ikkje nokka ungdomma lengre (...), og de har hus og heim og (...)"*.

Likevel synes den støtten de får av pårørende å virke kjærkommen. Som en av informantene sa: *"Ja (...) det e jo det æ si, de har jo vært et unikum (...) æ kan ikkje få rost de nok (...) de har vært kjæmpeflink og støtta mæ (...)"*.

Det var delte meninger om hvorvidt man hadde nok besøk eller ikke. En av informantene sa: *"Nei, æ har nu ikkje mykje besøk (...) det skal æ nu sei dæ (...)"* og: *" (...) men det e jo ikkje alle som bryr sæ om å komme å se (...)"*.

For de som hadde nær familie, var det flere av dem som følte at de fikk mye hjelp og besøk av dem: *"Æ har (navn på svigerdatter) sine fire, og de e innom kvær einaste dag"*.

En annen sa: *" (...) Og så har æ ei så gjev ei datter så (...). Har ikkje ho vorre så har det ikkje vært så lett å vorre, for æ klare jo ikkje å gå på butikken (...)"*.

Familiens omsorg for eldre blir ofte kalt *"skjult"* omsorg, fordi det er ulønnet omsorgsarbeid. Selv om de pårørende ikke har noen juridisk plikt til å hjelpe, føler de et moralsk ansvar samtidig som de følelsesmessig er knyttet til sine eldre familiemedlemmer. De fleste ønsker å hjelpe, og gjør derfor det de kan. Samtidig er den offentlige hjelpen ofte avhengig av familien for god omsorgseffekt. Den offentlige hjelpen kan også være en avgjørende forutsetning for at pårørende makter å påta seg ansvar (Smedbye & Karoliussen, 1985).

Regjeringen skal utforme en håndbok for pårørende / familie, som beskriver hvilke rettigheter og plikter tjenestemottaker har etter helse- og sosiallovgivningen. Samtidig skal den inneholde praktiske anvisninger om hvordan man kan forholde seg til søknader, vedtak og klagebehandling. Til sist skal den gi informasjon om de viktigste tjenestetilbud den kommunale omsorgstjenesten kan tilby (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006). Dette vil nok være av stor betydning for pårørende som er usikre på rettigheter, og som ønsker å hjelpe sin mor eller far og finne fram til aktuelle tilbud.

En av informantene hadde ikke nære pårørende, og heller ikke barn, men hun hadde likevel kontakt med mannens familie. Som hun sa: *”Men det blir hennes familie som bor i nærheten, men ho (...) hjelpe mæ når æ treng det (...) og æ vil ikkje plage noen (...). Og e det nu nokke som feila mæ, så kan æ nu renge, og æ får nu hjelp av dem oppe (på aldershjemmet)”*.

Men, ikke alle mine informanter følte at dagene ble lange. En av informantene ønsket ikke selv å dra ut for å være med på det som rørte seg av aktivitetstilbud. På spørsmål om hun deltok, sa hun: *”Jau, æ kan gå hvis æ vil, men etter at æ tok den brøstoperasjonen, har æ ikkje vært herre før å gådd, men æ kan være med noen (...) og de e nu å besøke mæ når de e her hver tirsdag”*.

Hva gjør de så om dagene? De daglige aktivitetene dreier seg i hovedsak om huslige sysler som å stelle i huset, gjøre håndarbeide, se på TV, høre på radio, samt lesing. Mange eldre ser også fram til å få den daglige posten, avisen og ukeblader.

Å spise middag er et område som de fleste eldre ser på som en viktig aktivitet i hverdagen. To av mine informanter kjøpte ferdig, varm middag gjennom hjemmesykepleien. En av brukerne fikk tilbud om å spise middag på eldresenteret alle dagene, mens den siste ikke ønsket tilbud om kjøp av middag.

De som fikk varm mat fra hjemmetjenesten fikk dette tre dager i uka. Det var ingen av de som var forespurt om de ville ha mat hver dag. Da jeg spurte om de fikk mulighet til å få varm mat hver dag, svarte en av informantene: *”Alle har tre daga i uka som bor her”*.

Den ene av mine informanter som ikke kjøpte middag, laget denne selv. Hun brukte av og til å ha familien til middag hjemme hos seg: *”Æ bruke å ha de her til middag (...), men de e så mange, at æ må dele de opp (...), ta en familie i slengen”*.

Middagsombringing til hjemmeboende er forholdsvis utbredt, i hvert fall i de kommunene jeg kjenner til her i området.

Jeg spurte informantene som fikk anledning til å kjøpe varm middag tre ganger i uka, hva de gjorde de dagene de ikke fikk middag. Den ene svarte da:

”Ja, det kan du spørre (...). Hvis æ ikkje hadde vært så småspist som æ e så hadde æ måtta laga middag de dagan, men nu spis bærre æ halvparten av det æ får, så gjømme æ resten til andre dagen, så varme æ den i mikrobølgeovnen (...), så ut av tre middager så har æ seks middager”.

Da jeg spurte om hvordan hun gjorde det i helgene, var svaret:

”Fredagsmiddagen varme æ til søndagen, og lørdagen så koka æ mæ grøt (...). Æ e så gla i grøt (latter) (...) og det gjør æ sjøl. Men æ kan gå opp å spise hvis æ vil (...). Søndagen kan æ gå opp i den stua (aldershemmet), og der har æ med kvert vært oppe å spist (...), men æ synes at når æ får nokka igjen om fredagen, så synes æ ikkje at æ kan hive den middagen. Æ kan jo ta den om lørdagen (...) men da får æ så løst på grøt (latter)”.

Enkelte eldre tenker nok også sparing ved å dele opp maten. De fleste eldre av i dag er vant til å spare og ikke ødsle med penger. Akkurat som med den informanten som ikke tok seg råd til å beholde trygghetsalarmen etter å ha flyttet til omsorgsbolig.

Den andre brukeren som også fikk varm mat tre ganger i uka lagde seg mat selv de andre dagene. Og som han sa: *”Før æ blei sjuk så laga æ all maten sjøl”.*

For den siste av informantene som fikk mulighet til å spise alle middagene på eldresenteret etter at mannen hennes døde, forklarte dette slik:

”Men så blei æ spurt om æ ikkje ville gå opp å spise(...) de va fleire sånn (...) og da kunne æ få middag kvar dag (...). Ja, så det tok æ gjerna imot for at det synes æ e trivelig (...)”.

Gode matrutiner generelt i hjemmetjenesten er viktig. Underernæring forekommer blant eldre fordi de kan ha problemer med å ordne seg mat, med å spise eller at de har dårlig appetitt. Det har vist seg at hjelp til ernæring har ført til mindre behov for pleie- og omsorgstjenester. Forskning viser også at det å gi brukere hjelp til riktig ernæring har ført til bedre helse, som igjen gir mindre behov for pleie- og omsorgstjenester (Paulsen, 2004).

Fjørtoft påpeker også viktigheten av å forebygge feil- og underernæring. Hun skriver at dehydrering blant eldre er et kjent problem som kan ha mange årsaker (2006). Vi som pleiere bør tenke på dette viktige forebyggende arbeidet for å forhindre at brukere blir underernært og dehydrert, og hjelpe de eldre til å spise riktig og sammensatte matprodukter. Vi kan passe på at brukerne får handlet inn den maten de trenger, og tilby hjelp til å tilberede dersom det er nødvendig. Fjørtoft skriver videre at dehydrering blant annet kan medføre mental forvirring, slapphet, apati, paranoide eller depressive tanker, hodepine, irritabilitet og dårlig matlyst (2006).

Måltidene er viktige, og for de fleste har dette sammenheng med sosialt liv. Måltidene kan gi anledning til samhandling og kommunikasjon, og har ofte en symbolsk verdi.

For eldre enslige, kan måltidene miste noe av sin betydning fordi man sitter i ensomhet og spiser (Smebye & Karoliussen, 1985).

”For de fleste mennesker er måltidene en sentral begivenhet i hverdagslivet” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006, s. 20). Videre skriver de at regjeringen vil ta initiativ til forskning og brukerundersøkelser som kan fremme bedre løsninger i forhold til tilberedning, ombringing og servering av mat i omsorgstjenesten. Det skal settes fokus på kostholdets og måltidets sosiale, kulturelle og ernæringsmessige betydning (2006).

Jeg har erfart at de fleste eldre liker å spise sammen med andre, og kanskje kan hjemmesykepleien tilby seg å sitte sammen med de brukerne som trenger å få litt ekstra oppfølging?

Flere av brukerne mente at det å komme seg ut var vanskelig, og lite tilrettelagt. Det å få lov til å gjøre det man er vant til fra før er viktig for de som flytter fra sine hjem og over til omsorgsbolig. Den ene av informantene mine hadde en elektrisk rullestol som han tidligere ofte brukte ute. I det siste hadde han blitt dårligere, og var engstelig med å ta turen ut alene slik som før. Han sa: *”Før kjørte æ sjøl når æ va ute (...), men no har æ ikkje vært ute med bilen sida i fjor sommar (...)”* (det er nå over ett år siden). Da jeg spør om hva som videre skjer med den saken, sier han: *”men no får æ ny rullestol (...) ja, som kan tas med ut, og så tar æ bil (...) for å legge rullestolen i bilen”*.

En av informantene er glad i gå ute i naturen, og mener at det var lite tilrettelagt for turgåing i nærheten av hennes omsorgsbolig. Hun forteller:

”Æ va vant med (...) du vet no (...). Der va nu slett, æ gikk jo ut kvar einaste dag, men æ va nu øngre (...). Æ va nu fem seks og åtti år da æ fløtta (...), og æ brukte nu å ta mæ en tur (...) der va jo slett (...). Vi bodde tett ved brua, så æ gikk nu kvær dag en tur ut, ut ved brua og utover en tur etter veien, men her e jo sånn..det e ikkje godt å gå her (...) for når du går utover her så e det bratt oppover her, og så e det bila så kjøre til stadighet oppover den veien der Det e jo en privatvei som går bortover (...) de sei jo at man bare skal gå (...) for å se ut over havet og sånn (...) for vi som bor i leiligheten her nede (...) vi ser jo veldig lite (...) og æ va jo vant til å se (...), der va det jo utsikt (...). Og spesielt om våren savne æ å følge med båten og sånn (...) og det som skjedde om våren (...)

Dette utsagnet bærer med seg flere aspekt. Slik jeg ser det savnet hun å kunne være ute slik hun gjorde før. I sitt nye hjem er det dårligere utsikt, og utetterrenget er bratt og med mye trafikk. I tillegg sa hun at man må godta at man blir gammel og ikke kan bo hjemme lenger.

Begge disse utsagnene tolker jeg som et savn av sitt tidligere hjem og de fridluftsarealene hun disponerte da. Informanten sa også at man ikke skal tenke på at man skal vantrives.

Og det med å vantrives kan man gjøre uavhengig av hvor man bor i følge Halvorsen. I dette tilfelle vet man heller ikke om det er savnet av hjemmet som gjør at hun vantrives, eller om det er andre personlige årsaker til det. Som Halvorsen skriver kan det være tapsopplevelser, der man mister for eksempel ektefelle, at slike ensomhetsfølelser dukker opp (2005).³

Det å få hjelp til å ivareta / dyrke sine interesser tror jeg vil øke både trivsel og livskvalitet. De eldre bør oppmuntres til å være mest mulig aktive, og det fysiske miljøet rundt brukerne bør være tilrettelagt slik at den eldre i størst mulig grad kan komme seg rundt ved egen hjelp.

Fysisk aktivitet demper angst og uro, og undersøkelser viser at eldre som mosjonerer er mindre plaget av angst og uro enn de som fikk medisin for disse symptomene. En spasertur på ca 15 minutter daglig kan være nok til å gi en beroligende effekt som kan vare minst en time. I tillegg bedres blodsirkulasjonen, man får en dypere respirasjon og bedre gassutveksling, fordøyelsen blir bedre og man kan få en naturlig tretthet som fører til bedre søvn (Smebye & Karoliussen, 1985).

Aktiviteter på sykehjem eller omsorgssentra bør også gjelde brukere av omsorgsboliger som har beliggenhet i nærheten. Samarbeid mellom pleiere på sykehjem og hjemmetjenesten vil kunne gjøre slike samkjørte tilbud mulig. Ansvar for aktivitetene kan da deles av personalet hvis ønskelig. I min kommune kan alle som bor i omsorgsboliger tilknyttet omsorgssenteret komme dit så ofte de ønsker det. Pr. i dag har omsorgssenteret forskjellige aktiviteter to dager i uka, og tilbudet er ofte besøkt av brukere fra de nærliggende omsorgsboligene.

Den ene av informantene uttrykte: ” *Vi e nu så mange som bor i leiligheten at vi kunne nu ha møttes å hatt det koselig...* ”

Viktigheten av et sted å være sammen med andre kan ikke undervurderes. Dersom kommunene kan få til en slik tjeneste til de som bor hjemme tror jeg at de tidlig vil se gevinst i dette.

³) Denne informanten hadde mistet mannen sin for ca ett år siden, og valgte å bo videre i omsorgsboligen de hadde sammen de siste årene av hans liv

Dette er også i tråd med *”Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.”* der det blant annet står at man skal sikre den enkelte bruker tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

Dette poengteres også fra Helse- og omsorgsdepartementets forslag om aktiv omsorg. I tillegg har Regjeringen bevilget 10 millioner kroner til det de kaller for *”den kulturelle spaserstokken”*. Dette er et bredt og profesjonelt kulturtilbud for eldre, og skal øke samarbeidet mellom kultursektoren og omsorgssektoren lokalt for eldre. I Stortingsmelding nr. 25 følges dette temaet videre opp, og presiserer det kommunale ansvaret i forhold til å gi personer med behov for omsorgstjenester rett på sosiale tiltak som bidrar til en mest mulig aktiv og meningsfylt tilværelse i fellesskap med andre (Helse- og omsorgsdepartementet, 2006).

Vi skal ikke glemme at det er en del andre frivillige organisasjoner som også driver med forskjellige aktiviteter. Vi som pleiepersonell kan informere om slike tilbud, og hjelpe til med å få de eldre som ønsker det i dialog med disse foreningene. Som Helse- og omsorgsdepartementet skriver:

”Regjeringen vil understreke den viktige forebyggende betydning fritidsklubber, eldresentra og lignende tiltak har i nærmiljøet som arena for sosial kontakt og bygging av sosiale nettverk. Hvilke forebyggende aktiviserings- og velferdstiltak en kommune skal tilby vil variere ut fra lokale behov og forutsetninger. En kommune kan selv velge å drive slike tiltak, eller tilby tiltak i samarbeid med andre, gjerne lokale frivillige organisasjoner” (2007, s. 2).

Jeg mener at vi som helsepersonell har ansvar for å legge til rette, og å hjelpe den enkelte bruker, slik at aktiviteter og sosiale møter finner sted. Et slikt ansvar kan bli lettere dersom man har et godt samarbeid med organisasjoner og den enkelte brukers pårørende. Det er viktig for de pårørende at de ikke blir satt på sidelinja, men at de blir inkludert i hva deres nærmeste har av tilbud / aktiviteter.

Eksempelvis kan man invitere pårørende til aktivitetsstund sammen med brukerne, og ikke minst er det som Fjørtoft skriver: *”For at vi skal kunne gi et godt sykepleietilbud er det viktig å ha kjennskap til hva de eldre selv legger vekt på for å ha det godt”* (2006, s.66).

5.4 Ensomhet

Når jeg spurte mine informanter om de var ensomme, fikk jeg ikke direkte svar, men hvis man tolker enkelte utsagn er det ikke vanskelig å forstå at ensomhetsfølelsen er tilstede:

”Æ har nu bodd snart seks år i huset så man venns nu tel det (...) det kunne nu mange ganga være ensomt heime og (...).”

Informanten over uttrykte at det hadde vært ensomt ”*heime*” også mange ganger. Dette tolker jeg som at følelsen av å være ensom ikke er knyttet til heimen i seg selv, men er en situasjon man befinner seg i, eller en slags stemning man er i. Årsaken til dette kan være mange, og som Halvorsen (2005) skriver, kan tap av ektefelle eller andre nærstående venner gi økt risiko for å føle seg ensom. I tillegg skriver han at: *”Flytting kan også bidra til å forsterke ensomhetsfølelsen”* (s. 45). Det er personer som i forbindelse med flytting opplever et tap av hjemsted, og selv om man etablerer et nytt sosialt nettverk på tilflyttingsstedet, vil det kunne oppstå en følelse av ensomhet knyttet til tapet av alt det man forbinder med hjemstedet (Halvorsen, 2005).

”Ensomhet og sosial isolasjon forbindes gjerne med alderdommen” (Halvorsen, 2005. s.130). Men dette stemmer ikke helt med undersøkelser som er gjort. Halvorsen viser til levekårsundersøkelsen fra 1995 der eldre over 65 år ble spurt om de har opplevd ensomhet. Hele 58 % av de spurte hadde *aldri opplevd ensomhet*. Ni prosent svarte at de hadde ofte opplevd ensomhet, mens 20 % svarte at de av og til opplevde ensomhet, mens de siste 13 % svarte at de en sjelden gang opplevde ensomhet (2005).

Når det gjelder gamle og syke som bor alene, går det et klart skille mellom de som mestrer hjemmesituasjonen og de som ikke gjør det. De som mestrer å bo alene ser selv hvilke problem og behov de har og tar kontakt med hjelpeapparatet for å gjøre det beste ut av situasjonen.

De som ikke mestrer hjemmesituasjonen klarer ikke selv å definere sin egen situasjon og behov. De unndrar seg ofte hjelp fra andre, og er ikke i stand til å sette igang tiltak (Alsgård & Tanche-Nilssen, 1999).

Kanskje ensomhet oppleves forskjellig når man flytter til ukjente omgivelser, i forhold til det å være ensom i et kjent miljø, med alle kjente ting rundt seg?

Slik jeg ser det er ensomhet ikke nødvendigvis grunnet i det å få et nytt bosted, men det kan være en årsak til at enkelte føler seg ensomme i omsorgsboliger. Hvor mye av det sosiale nettverket man har bevart etter flyttingen vil også være av betydning i forhold til hvor ensom man blir.

Kan man venne seg til ensomhet som informantene over sa? Hun mente at hun ble vant til ensomhet, og at hun hadde opplevd ensomhet også tidligere, der hun bodde før.

Halvorsen mener at man med alderen har reduserte forventninger til sosial kontakt, og at man ikke lenger er så opptatt av det sosiale fellesskapet som tidligere år (Halvorsen, 2005). Jeg tror at de fleste eldre er like mye, og kanskje mer oppatt av sosial kontakt enn de yngre. Min erfaring er at mange eldre ringer på alarm eller over telefon ofte uten en spesiell grunn. De sier ikke rett ut at de er ensomme, men behovet for kontakt skinner ofte igjennom da det som spørres om ofte er småting som godt kunne ventet til neste avtalte besøk. Men jeg har også opplevd i min praksis at enkelte brukere spør oss direkte om vi kan ta oss tid til å sitte ned. De sa da som også mine informanter i denne studien sa, at dagene blir lange.

Den ene informantene var spesielt ensom i den mørkeste årstiden. Hun syntes dagene ble lange: *”Det e nu denna mørketida, æ reagere på høsten og frem til jul (...) æ synes nu det har vore ei tung tid...”*. Dette bekreftes fra Halvorsen som skriver at ensomhetsfølelsen kan veksle med årstiden. Noen føler seg mest ensomme i den mørke årstiden og på kveldene, mens andre føler det mest på sommeren da det sosiale samværet og utelivet synes å være mest intenst. Noen synes også høytider som for eksempel 17. mai og jula er tunge å komme gjennom (2005). De lange mørke kveldene ble også nevnt av en av brukerne: *”Det einaste æ syns e at det e langsamt (...) især om kveldan...”*

Videre sa hun: *”Man må bare akseptere at man har blitt gammel å treng litt hjelp sånn (...) hvis det høve at (...) så man må jo ikkje tenke på at man skal vantrives..”*

Tap av helse eller førlighet vil også kunne bevirke ensomhetsfølelse. Sykdom eller skade begrenser livsutfoldelsen, og påvirker relasjonen til andre mennesker (Halvorsen, 2005).

To av mine fire informanter hadde nedsatt hørsel, og brukte høreapparat. Dette gjorde at kommunikasjon med andre kunne være slitsomt. Nedsatt syn var også et problem for to av mine informanter. Slike nedsatte sanseintrykk er med på å redusere den sosiale kontakten. Som den ene sa: *”Det at æ høre så dårlig (...) så æ synes ordentlig at det va ei pina å dukke*

opp der i lamme folk". For de som bruker høreapparat er det nettopp flere stemmer samtidig som blir forstyrrende. Dette kan virke som støy, og da ødelegges gleden med å kommunisere.

En av de andre brukerne hadde dårlig syn. Hennes hverdag ble begrenset på grunn av dette.

Utdrag fra intervjuet:

"Det e nu synet så e det værste, men æ har nu stava og sånn (...) det e jo ikkje så brei en vei, og bilan de kjøre nu fort.."

"Så du har en del hjelpemidler?"

"Ja æ har nu lys og lupe, vi har nu ei som hjelpe oss med alt av hjelpemidler"

"Når man begynner å se dårlig så (...) ja så har æ fått sånne lupebrilla og sånn (...) men det e nu litt vanskelig når man strekka (...). Bruke ja, æ har nu ikkje brukt det der så mykje, men æ har nu prøvd.."

Det å ha en redusert funksjonsevne er økende med alderen. De fleste eldre får fysiske og psykiske endringer, og noen av disse gjør at aktiviteter kan bli vanskelig. For de som ikke har pårørende eller andre som besøker dem, kan tilværelsen bli trist og ensomt. Vi skal også være klar over, som Smebye og Karoliussen skriver, at det kan være vanskelig for den eldre å innrømme overfor en fremmed at man ikke har det bra (1985).

En av de andre informantene svarte dette på om de følte seg ensom i omsorgsboligen:

"Nei, æ synes det er godt å kvile mæ når det er ro. Når det er mykje folk, blir æ sliten. Æ hører svært dårlig, derfor like æ mæ ikkje så mykje sosialt med mange folk (...). Det blir så mye "skjorr" (...) og folk som prata over hodet på dæ hele tida (...). Æ prøvde først høreapparat, men det virka ikkje så bra, derfor har æ denna forsterkeren her, den er bedre".

Informanten svarte ikke direkte på mitt spørsmål, men slik jeg forstår det på svaret hun gav, hadde ikke denne informanten så stort behov for kontakt med mange mennesker. En av grunnene som hun sa var at hun hørte dårlig og måtte bruke forsterker, og at dette medførte forstyrrelser når flere pratet samtidig. Hun sa også at hun ble sliten av mye folk.

Det å bli sliten kan skyldes den nedsatte hørselen, men det kan også være relatert til andre sykdommer eller medisiner som gjør at kroppen blir sliten og trøtt ved anstrengelser.

I forhold til kontakt med naboene sa de fleste at de ikke gikk på besøk til hverandre. Den ene som hadde forsøkt seg på å gå besøk til naboene sa:

”Ho som bor ved siden av får æ ikkje heilt kontakt med (...). Æ kommer ikkje tel ordet (...). Ho prata og svare sjøl (...), og ho andre her i etasjen har æ invitert på kaffe to ganga, men ho sitt så ytterst på stolen i tilfelle ho får besøk (...), og ho nede, æ prøvde å prate tel ho, men ho hørte ikkje ka æ sa (...), så der ga æ også opp (...). Så e det en som bor nede (...) som bruka av og tel om morran å ringe på når vi e ute å henta avisen (...), men det e ikkje nokka omgang (...), det e det ikkje”.

Vi er alle avhengige av hverandre. Martinsen (2005) siterer fra Løgstrup: *”At menneskers liv er forviklet med hverandre, der af udspringer fordringen om at ta vare på hverandre ”* (s.137).

Vi trenger alle kontakt og samhandling med andre mennesker. Særlig vil jeg tro at eldre, enslige mennesker trenger kontakt med andre likesinnede eldre i hverdagen. Alle mine informanter bodde alene og hadde forskjellige former for kontakt med andre. Som informanten over sa forsøkte hun å etablere kontakt med naboene, uten å være særlig heldig med det. Hvorfor prøver man å få kontakt? Er det som Løgstrup sier en fordring om å ta vare på hverandre? Eller er det et ønske fra en selv om å møte andre for å være sammen? Det kan være vanskelig å vite hva som ligger bak den enkeltes ønske om kontakt med andre, men det er en kjensgjerning at alle trenger vi å ha et sosialt nettverk. Halvorsen skriver at: Sosiale nettverk har betydning for den enkelte ved at de gir tilgang til viktige ressurser (sosial kapital), som har betydning for ens muligheter til et godt liv. Man kan gjøre nytte av sosiale nettverk, de kan bidra til å realisere ens interesser. Blant annet kan sosiale nettverk mobiliseres dersom man trenger hjelp fra andre til å komme over en vanskelig livssituasjon (2005).

Bratland skriver at nettverket av folk som inngår i den enkelte pasientens omsorgssystem ofte er mye videre enn det man i første omgang tenker på. Foruten den nære familien, legen og hjemmetjenesten har man naboen som kommer med avisa, postmannen som varsler dersom posten hoper seg opp, drosjesjåføren som kjører pasienten til sykehuset, de frivillige som lager hyggestund på lokalet osv (2005).

Som Bratland skriver:

”I praksis vil vi se at omsorgssystemet kan favne vidt og omfatte både betalte og ubetalte aktører som står i direkte og indirekte forhold til pasienten. I noen tilfeller ser vi også at selv om vi har frivillige aktiviteter i en kommune, er disse subsidiert av kommunen på ulike vis. Grensene mellom det kommunale omsorgssystemet og det private kan dermed være vanskelig å trekke” (2005, s.98).

Takket være flere ”hjelpere” fungerer hverdagen for de fleste. Likevel skal man ikke glemme at enkelte eldre sitter alene store deler av tiden.

En av de andre informantene sa:

”Ja, veit du det blir nu ensomt (...), men så vess æ ikkje hadde hatt strekkinga, da (...) og så ser æ jo å lese hvis æ har hjelpemidler (...). Æ har jo sånn så at æ ser nu både blad og bøker å sånn og tv og (...) men æ synes no den her mørketida, ho e tung (...) det kan nu være før alle det, men æ synes nu det blir langsomt (...) lange daga”.

Lange dager og ensomhet preger denne informanten, spesielt i mørketida. Hun hadde ingen egne barn, og mannens familie var ikke innom så ofte. Likevel hadde hun inne-aktiviteter som gjorde at hun klarte å få tiden til å gå.

Bedre tid til den enkelte er et ønske fra de fleste. Som en av informantene mine sa: *”De har jo ikkje bare mæ...”*

I de senere årene er presset på hjemmesykepleien økt. Det er mindre tid til rådighet til hver pasient, noe som oppleves lite tilfredsstillende. Det er mange ensomme eldre, og besøket fra hjemmetjenesten er ofte de eneste menneskene pasientene ser. Når hjemmesykepleien er presset og får dårlig tid, kan enkelte pasienter reagere på det ved å bruke trygghetsalarmen sin oftere. Det kan virke som om de blir mer utrygge. Knapphet på tid på hjemmebesøkene kan føre til at hjelpen de får ikke blir bra nok (Paulsen, 2007).

Her er et utdrag fra ett av intervjuene:

”Kan du si nokka om kor mye hjelp du træng, og kor mye du får og?”

”Ja, æ har stell på morran og kvelden, så pleie æ å gjøre resten sjøl”

”Kommer dæm til faste tider, eller?”

”Ja, sånn nokken lunde, dem kommer sånn på morran i ti-halv elleve, da har æ vært oppe i fleire tima...”

”Ja, dokker e morrafugler...”

”Æ står opp klokka ni, æ e våken i tre-fire tida på morran, men klokka ni står æ opp, går på badet og gjør det æ kan gjøre sjøl, mest mulig.”

”Mens du vente da, ordne du frokosten sjøl eller?”

”Ja, æ laga frokost og alt sjøl..”

Hvis den enkelte pleier hadde mer tid til de brukerne som trengte det, tror jeg man kunne unngå utrygghet og ensomhet blant enkelte enslige brukere. Det å ha god tid tror jeg vil virke forebyggende på helsa fordi man får snakket sammen på en annen måte enn om en pleier kommer inn og har det travelt. Det å kunne sette seg ned og kanskje ta en kaffekopp sammen signaliserer at man tar seg tid til den enkelte. Det at den eldre føler seg ”sett” og ”hørt” mener jeg er viktig. Det å gjøre seg kjent med brukerne og skape tillitt, vil være viktig for å kunne hjelpe brukerne til en bedre og tryggere hverdag.

Jeg tror også det er viktig at man som helsepersonell har god kontakt med brukerens nærmeste pårørende. Denne kontakten kan også forebygge utrygghet og ensomhet fordi man kan planlegge en bedre oppfølging av brukeren sammen. For eksempel kan man gjøre avtaler om forskjellige dager man besøker den eldre, og hvilke aktiviteter man kan ta brukeren med på osv. Samarbeid med pårørende er viktig.

”Erfaringene er at mange pårørende gjør en stor innsats, at de er en ressurs. Hvor mye kontakt hjemmesykepleien har med pårørende varierer” (Paulsen, 2007, s. 40).

I helse-, sosial- og omsorgstjenesten er det mye oppmerksomhet på økt brukermedvirkning. Det har derimot vært mindre oppmerksomhet knyttet til pårørendes behov.

De utfører en vesentlig del av omsorgen til hjemmeboende som trenger assistanse. Disse pårørende trenger hjelp og støtte i en ofte krevende hverdag (Sosial- og helsedirektoratet, 2004).

De fleste hadde mye hjelp fra sine nærmeste. Handling, støvsuging, hjelp til å betale regninger, matlaging osv var nevnt av flere. Jeg hadde likevel inntrykk av at de fleste ikke ønsket å plage sine pårørende mer enn høyst nødvendig.

Dette stemmer godt med hva Nygård og Vist skriver i ”*Framtidens omsorgstjenester*”: ”*Det er grundig dokumentert at når det gjelder de tunge og forpliktende omsorgsoppgavene, foretrekker den store majoritet at hjelpen kommer fra den (offentlige) organiserte tjenesten. Det er et sterkt ønske om ikke å være avhengig av familien og legge store byrder på ens nærmeste*” (2006, s.10).

God kommunikasjon og samarbeid er viktig i alle sammenhenger når man har med andre mennesker å gjøre. Intervjupersonene fra ”*Eldreomsorgen i Askim kommune*” presiserte at det

var viktig å ha god kommunikasjon og å skape forutsigbarhet. Som den ene brukeren fra denne undersøkelsen sa: *”Det er noe med den menneskelige kontakten.”* (Paulsen, 2007. s. 41). God kommunikasjon mellom brukere, pårørende og pleiere er nødvendig for å kunne få til et godt samarbeid og gjensidig respekt.

God informasjon til pårørende kan også forhindre at forventninger ikke blir innfridd, og at de får en god forståelse for hvordan hjemmesykepleien arbeider.

Den ene av mine informanter slet med psyken i mørketida. Som hun sa: *”For det e nu sånn på vinteren (...) man får jo sånn der (...) ja at man bli dårligar og sånn der, når sola e borte”*.

Psykiatrisk sykepleier kan være et tilbud til eldre hjemmeboende som føler seg ensomme og deprimerte. Psykiatrisk sykepleier er den enkelte kommune forpliktet til å ha. Hvordan tjenesten er bygd opp varierer fra kommune til kommune.

I rapporten fra Askim skriver Paulsen at det blir flere og flere eldre med psykiske problemer som trenger hjelp fra hjemmesykepleien. Det psykiske helseteamet i kommunene har ikke anledning til å følge opp pasientene daglig, og ønsker mer ressurser. Disse ressursene ønskes brukt blant annet til samtaler (2007).

Min erfaring er at hjemmehjelperne hadde bedre tid før. Nå går det meste på tidsfaktor, og det gjør at den sosiale biten blir borte. Vedtak på hjemmehjelp fattes på timer, og det er mange som får svært liten tid til rådighet for noe annet enn rengjøring. Alle de tre informantene mine som hadde hjemmehjelp hadde en og en halv time hjelp annen hver uke. To av mine informanter som hadde hjemmehjelp trengte ofte tilleggshjelp fra sine pårørende. Som den ene sa: *”Men ho hjelpe mæ her (...) .og ordna opp å (...) så æ rota nu vel godt i løpet av fjorten dagen (latter) så det e nu godt at ho hjelpe mæ”* .

Utrag fra den andre brukerens intervju:

”Enn å vaske da?”

”Nei det, e kommunen”

”Kommunen ja, hjemmehjelp? Kor ofte får du hjelp til det? ”

”Kvær fjortende dag”

”Kvær fjortende dag ja”

”Og e det før jævlig så gjør æ det sjøl.”

Hjemmehjelperne hadde tidligere en mer sosial rolle i forhold til nå, og i dag ser vi at denne tjenesten reduseres mer og mer. Dahle og Thorsen skriver at den huslige hjelpen til eldre er redusert eller stagnert, og den pleiemessige har økt. Dette er i pakt med at brukerne har blitt eldre og mer hjelpetrengende, og at terskelen for å få hjelp har økt (2004).

Dahle og Torsen skriver videre: *"Hjemmehjelperne sier: -før hadde vi en rubrikk for sosialt samvær. Husker dere den? Den er borte, helt borte. Det var fint, for da behøvde de ikke betale for det. Det er kroner og øre, det er det det dreier seg om"* (2004, s.180).

Opplevelsen av stramme tidsrammer overfor stadig mer krevende brukere gjør at den knappe tiden effektivt kontrollerer hjelperne. I tillegg er ofte ikke tidens rammer og hjelpens omfang i tid spesifisert (Dahle & Torsen, 2004). Dette er utfordrende i forhold til alle de krav og regler vi som omsorgsytere plikter å følge.

Thyra Frank er forstander ved Lotte sykehjem i København i Danmark. Hun har hatt forelesning på høgskolen i Harstad, og fortalte følgende til en lokal avis i Harstad:

"Eldre mennesker vil ha selskap og omsorg. Det er faktisk veldig få mennesker som velger å leve som eremitter. Vi som ennå har føttene i behold kan gå dit vi vil. De gamle sitter hjelpeløse og ensomme i sine omsorgsboliger og er helt avhengig av nærvær og omsorg fra pleiere og pårørende" (Ingebrigtsen, s. 4)

6.0 REFLEKSJONER / OPPSUMMERING

Jeg ser tydelig i etterkant at det er mange flere spørsmål jeg kunne spurt om. Det er ikke lett å se dette når man sitter der og skal intervjuer for første gang. Jeg valgte også, ved noen anledninger, å avbryte informantene for å spørre om det som var relevant for oppgaven min. Dette trengte ikke å være brukerens fokus, og jeg ser nå at deres fokus var noe annet enn det jeg hadde forestilt meg. For eksempel var den ene brukeren mest opptatt av sykdommen sin, og ønsket å fortelle mye om den. En annen var opptatt av at legen burde hjelpe henne med å bli frisk, mens den tredje var mest opptatt av å ha besøk. Felles for alle var at de ønsket å fortelle om seg selv til meg. Dette bidro i stor grad positivt til at jeg fikk gjennomført gode samtaler med informantene. Jeg følte at jeg fikk tillitt i forhold til den undersøkelsen som skulle gjennomføres.

Elster og Hegerstrøm skriver at hjemmetjenestene / det offentlige har som mål å gi den enkelte et verdig liv i egen bolig. Hva som er et verdig liv er et spørsmål som må besvares individuelt. Et verdig liv vil for mange bety å opprettholde tilvant livsstil, men at man fra hjemmetjenestens side ikke har nok kapasitet og kunnskap til å imøtekomme disse fullt ut. Av denne grunn kan brukernes forventninger overstige tjenestenes ressurser, og man vil vanskelig kunne oppleve et verdig liv avgrenset til egen bolig (1995).

Min magefølelse i etterkant ligger hovedsakelig i at brukerne følte seg trygg og ivaretatt i omsorgsboligene. Likevel ser jeg klart at det blir lange dager med lite innhold. Aktivitetstilbud er mangelvare, flere er ensomme og har lite besøk. Noen trives likevel i eget selskap. Vi er jo forskjellige som mennesker fra vi blir født. Hvis man trives alene vil nok dette følge en gjennom alderdommen også.

Jeg synes å merke at de fleste var svært åpne omkring sine liv, sine sykdommer og hjelpebehov. Dette gjør meg trygg på at også helsepersonellet rundt brukerne får historier og ønsker dersom de tar seg tid til å lytte og være tilstede. Fremtidens aktiv omsorg har jeg forventninger til, og håper denne snart blir å se på dagsordenen for omsorgsboligbrukere.

Avslutningsvis ønsker jeg å referere til Løgstrup, da jeg synes disse ordene er viktig å ha i minne, spesielt for alle oss som har med andre mennesker å gjøre.

”Gjennom vår holdning til hverandre er vi med på å gi hverandres verden dens form. Gjennom min holdning til den andre er jeg med på å bestemme hvilken vidde og farge hans verden får. Jeg er med på å gjøre den rommelig eller trang, lys eller mørk, mangfoldig eller kjedelig – og ikke minst er jeg med på å gjøre den truende eller trygg. Ikke gjennom teorier eller anskuelser, men ganske enkelt gjennom min holdning. Derfor er det en uutalt, en så å si anonym fordring til oss om å ta vare på det livet som tilliten legger i våre hender” (Løgstrup, 2000, s.39-40).

7.0 REFERANSER

Aas, I. (1999). *Det komplekse omsorgsarbeidet. Omsorgsprosesser i et sykehjem.*

Hovedoppgave i sosialantropologi. Oslo: Universitetet i Oslo..

Alsvåg, H. & Tanche-Nilssen, A. (1999). *Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et*

hjemmebasert hjelpeapparat. Tano Aschehoug.

Balteskard, B. (2008). Hjem, tilhørighet og sted: den gamle, syke pasientens livsbetingelser.

I: S. Hauge & Jacobsen (red.) *Hjem: eldre og hjemlighet.* (1.utgave). Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Beedholm, K. (2006) Den nødvendige omskrivning – om Kari Martinsens tenkning og dens

transformation. *Klinisk sykepleie* nr.4: 4-13.

Bondevik, M. (2001). de eldste gamle- hvordan har de det? I: G. Fossan & K. Raaheim (red.)

Eldreårenes psykologi, 221-238. Bergen: Fagbokforlaget.

Bratland, R. C. (2005). *Kommunehelsetjenestens organisering og utvikling.* Oslo:

Universitetsforlaget.

Brodtkorb, E. & Whalstrøm, M. (1999). *Du har fått deg bolig – men omsorgen må du ha med*

deg sjøl. Eldres forventninger til og erfaringer med å bo i en omsorgsbolig – en intervjuundersøkelse. Oslo: Diakonhjemmets høgskolesenter, Litteraturtjenesten.

Brøndbo, K. (2007). *Forskjellige opplevelser av alderdom.* Avhandling (dr.polit). Tromsø:

Universitetet i Tromsø, Det samfunnsvitenskapelige fakultetet, institutt for sosiologi.

Daatland, S.O. (1990). *Søkelys på eldreomsorgen: tilgang til tjenester og bruk av ressurser før, nå og framover*. Rapport nr.4. Oslo: Norsk gerontologisk institutt.

Daatland, S.O., & Solem, P.E.(2000). *Aldring og samfunn: en innføring i sosialgerontologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dahlberg, K., Drew, N. & Nyström, N. (2001). *Reflecting Lifeworld Research*. Lund: Studentlitteratur.

Dahle, R. & Thorsen, K. (2004). *Velferdstjenester i endring: når politikk blir praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Danielsen, K. (2008). Hjem og hjemlighet gjennom livsløpet.I: S. Hauge & F. Jacobsen (red.) *Hjem, eldre og hjemlighet*. Oslo: Cappelen akademiske forlag.

Elster, E. & Hegerstrøm, T. (red.) (1995). *Kommunale hjemmetjenester, mangfold og muligheter*. Oslo: TANO A/S.

Elvebakk, T. (2008). *Det skulle bygges i markan, for markafolket skulle være i lag*. Om å få bo der man hører til. Hverdagsliv i omsorgsbolig- om å kjenne seg hjemme. Mastergradsoppgave i helsefag. Universitetet i Tromsø.

Fjørtoft, A-K. (2006). *Hjemmesykepleie. Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Fuggelig, T. (2005). *Sinnets helse, 22-25*. Oslo: Nasjonalforeningen for Folkehelsen. .

Gjertsen, H. (2006). *Tap av ektefelle i eldre år: sorg og mestring: En sosiologisk analyse*. Senter for aldersforskning i Tromsø sin skriftserie 1. Universitetet i Tromsø.

- Graneheim, U.H. & Lundemann, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research's: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24. 105-112.
- Gullestad, M. (1989). *Kultur og hverdagsliv: På sporet av det moderne Norge*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halvorsen, K. (2005). *Ensomhet og sosial isolasjon i vår tid*. (1.utgave). Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag. AS.
- Hamran, T. (2007). Å skape et hjem- kvinners plass i den tidlige institusjonsbyggingen. Nordnorge før 1940. *Sosiologi i dag* 37 (2) ,71-89.
- Heap, K. (2002). *Samtalen i eldreomsorgen. Kommunikasjon- minner- kriser- sorg*. (3.utgave). Oslo: Kommuneforlaget AS,
- Hellström, U.W. & Sarvimäki, A. (2007). *Experiences of Self-Determination by Older Persons Living in Sheltered Housing*. Tbc and Nordic School of Public Health, Gothenburg, Sweden and Age Institute, Helsinki, Finland: SAGE Publications.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1982). Lov om helsetjenesten i kommunene.
- Helse- og omsorgsdepartementet (1991). Lov om sosiale tjenester mv.(sosialtjenesteloven av 13.des. nr. 81).
- Helse- og omsorgsdepartementet (1997). Stortingsmelding nr. 50. (1996-1997). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet – respekt – kvalitet..*
- Helse- og omsorgsdepartementet (2002). Stortingsmelding nr. 31. (2001-2002).

Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen. «Fra hus til hender».

Helse- og omsorgsdepartementet (2003a). *Ny forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*. Rundskriv U-7.

Helse- og omsorgsdepartementet (2003b). Stortingsmelding nr. 45. (2002-2003).

Betre kvalitet i dei kommunale pleie- og omsorgstjenestene.

Helse- og omsorgsdepartementet (2006). stortingsmelding nr. 25. (2005-2006).

Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer.

Helse- og omsorgsdepartementet (2007). *Aktiv omsorg- sentral del av et helhetlig omsorgstilbud*. Rundskriv I-5.

Henriksen, J-O., & Vetlesen, A.J. (2000). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Husbanken. (2003). *Nye eksempler på omsorgsboliger og sykehjem*.

Husbanken.(1998). *Omsorgsboliger og sykehjem. En veileder for lokalisering, organisering og utforming*. HB 7 E17.

Ingebrigtsen, T. (2009). Kast pillene, ta heller en likør. Harstad: *Harstad Tidende* 08.05.09, 4.

Kommunenes sentralforbund. 15.04.2009. *KS`arbeid med ny helsereform*.

<http://www.ks.no/tema/Samfunnsansvar/Velferd/KS-arbeid-med-ny-helsereform/>

Sist nedlastet: 12.05.09

- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal forlag.
- Liljeström, R.(2009). *Rom for trygghet og omsorg: veileder for utforming av omsorgsboliger og sykehjem*. Drammen: Husbanken HB 8.F.7.
- Lindeborg, B.(2003). *Lyckliga gatan. All sang boka. Kjente og kjære sanger og viser*. Rotanor bokproduksjon AS, Skien: Orion forlag AS.
- Løkstrup, K.E. (2000). *Den etiske fordring*. (oversatt av Bodil Engen). Oslo: Cappelen forlag.
- Martinsen, K. (1990). *Moralsk praksis og dokumentasjon i sykepleie*. I: T. K. Jensen, L.U. Jensen & W.C.Kim (red.) *Sykepleiens grunnlagsproblemer: etikk, vitenskapsteori, ledelse og samfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Martinsen, K. (2005). *Samtale, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe,.
- Nygård, L & Vist, O. (2006). *Framtidens omsorgstjeneste. Et debattopplegg om verdivalg, kvalitet og effektivitet i kommunale pleie – og omsorgstjenester*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Paulgaard, G. (1997). *Feltarbeid i egen kultur- innenfra, utenfra eller begge deler?* I: E. Fossåskaret, O.L. Fuglestad & T.H.Aase (red.). *Metodisk feltarbeid. Produksjon og tolkning av kvalitative data (70-93)*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Paulsen, K.M. (2007). *Eldreomsorg i Askim kommune*. Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport nr.2. Halden.
- Regjeringen. (2002). *Pressemelding nr.18*. 2000 flere sykehjemsplasser og omsorgsboliger. 15.05.02. Dokumentarkiv.

- Regjeringen. (2007). *Pressemelding nr. 82. 25 millioner til kultur for eldre.*
- Vetlesen, A.J. (2001). *Dydens gjenkomst og omsorgens grunnlag. I: K.W. Ruyter & A.J.Vetlesen (red.) Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis.* Oslo: Gyldendal Akademiske forlag.
- Smebye, K. & Karoliussen, M. (1986). *Eldre aldring og sykepleie.* (2.opplag). Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Sosial og helsedirektoratet. (2004). *Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene.* Nr.11/2004
- Sosial- og helsedepartementet og Kommunal- og arbeidsdepartementet. (1997). Rundskriv nr.1. 29/97 *Omsorgsbolig – En veileder.* Oslo.
- Spilling, T. (2008). Et tryggere møte. *Fagtidsskriftet Sykepleien*, nr.18, 85.
- Stake, R.E. (1994). Case studies. I: N.K. Denzin, & Y.S. Lincoln (red.) *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks, California: Sage..
- Svidèn, G. & Wikström, B. & Hjortsjö-Norberg, M. (2002). *Elderly persons`Reflections on Relocation to Living at Sheltered Housing.* Jönköping, Sweden: University College of Health Sciences.
- Szebehely, M. (2005). *Åldreomsorgsforskning i Norden: en kunnskapsöversikt.* København: Nordisk ministerråd.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode.* (2.utgave). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thorsen, K. (1995). *Aldring i et livsløpsperspektiv 4.* Oslo: Norsk gerontologisk institutt.

Thorsen, K. (1990). *Alene og ensom, sammen og lykkelig?* : ensomhet i ulike aldersgrupper 2.

Oslo: Norsk gerontologisk institutt.

Ytrehus, S. & Dyb. E. & Solheim, L. J. (2004). *Sosialt perspektiv på bolig*. Oslo: Abstrakt

forlag.

Waale Nilsen, M. 16.06.08. Hvilken liten bit mangler?. *Harstad Tidende*, 18.

Wangensteen, B (red.) (2005). Bokmålsordboka: *Definjsjons – og rettskrivningsordbok*..

(3.utgave, 2. opplag) Oslo: Kunnskapsforlaget.

8.0 VEDLEGG

Vedlegg nr.1.

Til Leder for Hjemmesykepleien i kommune.

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.

Jeg er en sykepleier fra Tjeldsund kommune som går mastergrad-studiet i helsefag på Universitetet i Tromsø.

Fra høsten skal jeg skrive en mastergradsoppgave som har tittelen:

Hvordan svarer omsorgs- og pleietilbudet i omsorgsboligene på de behov som den eldre faktisk opplever å ha?

Jeg skal skrive om de eldres erfaringer og opplevelser med å bo i omsorgsboliger.

Da jeg ikke ønsker å forske i egen kommune ser jeg for meg at deres kommune vil være aktuell.

Forskningen innebærer intervju av fire eldre, enslige brukere av omsorgsboliger.

De jeg ønsker å intervju skal bo i omsorgsboliger som er frittstående (omsorgsboliger uten fellesarealer). De andre kriteriene er at informantene må bo alene, de må ikke ha demenssykdom eller ha andre mentale sykdommer, og at de maksimum må ha bodd i omsorgsboligen i tre år.

Intervjuet vil foregå i september / oktober -08, og tar ca. en time. Intervjuet vil bli tatt opp på bånd, og alle data vil etter avsluttet eksamen bli slettet.

I forkant av denne studien har jeg fått godkjenning av Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, samt fra Personvernombudet for forskning ved Norsk

samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Alle data vil anonymiseres og slettes etter avsluttet eksamen.

Dersom dere finner at studien kan gjennomføres i deres kommune ber jeg om at informasjonsskriv med samtykkeerklæring snarest blir overlevert til aktuelle personer jamfør kriteriene overfor.

Dersom studien ikke kan gjennomføres i deres kommune ber jeg om tilbakemelding om dette snarest mulig.

På forhånd takk for hjelpen.

Med hilsen sykepleier og Mastergradstudent

Elisabeth Horn

9441 Fjelldal

97522073

elis-hor@online.no

Vedlegg nr. 2.

Informasjon til eldre enslige som bor i omsorgsbolig.

Jeg er en kvinnelig sykepleier som går på mastergradstudiet i helsefag på Universitetet i Tromsø, der jeg skal skrive en mastergradsoppgave.

Temaet mitt er: Hvordan svarer omsorgs- og pleietilbudet i omsorgsboligene på de behov som den eldre faktisk opplever å ha?

Jeg er opptatt av dine opplevelser og erfaringer som kan fortelle noe om hvordan det oppleves å bo og få hjelp i omsorgsbolig.

Denne studien skal skrives fra høsten 2008, og i løpet av september eller oktober 2008 ønsker jeg å gjennomføre mine intervju. Det vi snakker om vil bli tatt opp på bånd. Samtalen tar ca. en time.

I forkant av denne studien har jeg fått godkjenning av Regional komitè for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, samt fra Personvernombudet for forskning ved Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste. Alle data vil anonymiseres og slettes etter avsluttet eksamen. Det vil ikke være mulig for andre å kunne identifisere dine utsagn. Heller vil ikke din kommunes navn nevnes i studien.

Deltakelse i intervjuet er frivillig, og det er mulig å trekke seg fra studien uten å oppgi noen grunn for dette. Dersom du velger å trekke deg under veis, vil all informasjon som vedrører deg bli slettet umiddelbart. Prosjektet gjennomføres med tillatelse fra lederen for hjemmetjenesten i din kommune. Førsteamanuensis Ketil Normann fra Universitet i Tromsø vil være min veileder.

Dersom du er interessert i å være med i denne studien, vær vennlig å signere samtykkeerklæringen som følger vedlagt, og returner denne til meg i vedlagte svarkonvolutt som er ferdig påskrevet og frankert.

Jeg vil ta kontakt med deg så snart jeg eventuelt har mottatt din samtykkeerklæring, for å avtale tidspunkt for intervju. Om du ønsker det kan intervjuet gjennomføres hjemme hos deg.

Om du velger å ikke delta i studien, eller om du trekker deg fra studien etter å ha gitt ditt samtykke til å delta, vil dette ikke få noen negative konsekvenser for det omsorgs- og pleietilbudet du har i dag.

Hvis du ikke har lyst til å delta i prosjektet, kan du bare se bort fra denne henvendelsen.

På forhånd takk!

Med hilsen Sykepleier og Mastergradstudent Elisabeth Horn

Universitetet i Tromsø

Vedlegg nr.3.

Samtykkeerklæring

Jeg (fornavn og etternavn):.....

har lest informasjonen om prosjektet og samtykker i å delta. Jeg godkjenner at samtalen kan tas opp på bånd og at det som fremkommer kan benyttes i prosjektet. Samtykket gis under forutsetning av at ingen opplysninger i ettertid kan spores tilbake til meg.

Jeg kan trekke meg fra studien når jeg måtte ønske det, uten at dette vil få noen negative konsekvenser for mitt omsorgs- og pleietilbud i omsorgsboligen.

Sted:.....Dato:.....Tlf.nr:.....

Underskrift:.....

Vedlegg nr.4.

Intervjuguide:

Jeg vil starte med å stille et åpent spørsmål som:

Kan du fortelle om hvordan det er å bo i en omsorgsbolig?

Flere spørsmål som kan stilles underveis etter behov:

Omsorgsbolig som hjem:

- Trives du her?
- Synes du det er lettere å bo her enn hjemme?
- Hvorfor søkte du omsorgsbolig?
- Hvilke forventninger hadde du til å bo i omsorgsbolig før du flyttet inn?
- Hvilken informasjon fikk du i forkant av din innflytting? Hva lurte du på?
- Føler du at du bestemmer selv hvordan du vil ha det her?
- Er det bedre sosialt sett å bo her?
- Hvordan får du handlet?
- Får du tilbud om å kjøpe varm middag hver dag?

Omsorgsbolig som helsetilbud:

- Får du den hjelpa du trenger, eller er det hjelp du ikke får som du mener du trenger?
- Hva klarer du selv?
- Har du vedtak som sier noe om hva du skal ha hjelp til? Vet du i så fall hva som står der?
- Føler du at du må legge om dine egne vaner og rutiner for å få hjelp fra kommunen?
- Har du hjemmehjelp?

- Hvordan får du hjelp på natta hvis du trenger det?
- Hvordan kontakter du hjelpa ellers? Kommer hjelpa til faste dager og tider?
- Kan du si noe om livet ditt før og nå, i forhold til det å få hjelp og tilsyn?
- Får du hjelp fra noen andre enn den offentlige hjelpa? Pårørende, naboer osv? I så fall hvor mye hjelp får du av de? Og til hva?
- Får du hjelp til å bli tilsett av lege? Og tannlege?
- Får du tilbud om å være med på noen aktiviteter?
- Er du ensom, eller synes du at du har det greit?
- Føler du deg trygg her?
- Er det noe mer du synes jeg bør vite om som jeg ikke har spurt om?
- Til slutt; hva er dine ønsker for å gjøre din hverdag bedre?

Vedlegg nr. 5.

Eksempel på innholdsanalyse av Graneheim og Lundemann (2004).

MENINGSENHET	KONDENSERING/ BESKRIVELSE NÆRT TIL TEKSTEN	FORTOLKNING AV DEN UNDERLIGGENDE MENINGEN	SUB- TEMA	TEMA
--------------	---	---	--------------	------

”vi høre jo alle sammen at hvis man har nokka å gjøre så går nu tida fort...”	Tiden går fortere når man har noe å gjøre	Ønske om at tida går fortere	Lite aktivitets tilbud	Ensomhet
”..æ har nu bodd snart seks år i huset så man vennes nu tel det...det kunne nu mange ganga være ensomt heime og...”	Man venner seg til ensomhet	Ensomhet kommer og går i livet	Mer ensom som gammel?	Ensomhet

Vedlegg nr. 6.

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1047 Blindern
N-0316 Oslo
Telefon: 022 55 52 11
Telefax: 022 55 52 10
E-post: nsd@iuh.uio.no
Web: www.iuh.uio.no

Hans Kåre Normann
Avdeling for sykepleie og helsefag
Institutt for klinisk medisin
Universitetet i Tromsø
MIL-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 04.09.2008

Vår ref: 19715/2008

Deres ref:

Deres ref:

TILRÅDING AV BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 13.08.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

19715	<i>Hvordan svarer emner/boliger på de behov som den eldre faktiske opplever å ha?</i>
Helsevitenskapelig	<i>Universitetet i Tromsø, ved helsevitenskapens avdeling</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hans Kåre Normann</i>
Stednavn	<i>Elisabeth Horn</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-21 i personopplysningslova. Personvernombudet slår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilrådning forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i melde skjemaet, kontraktutkastet med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningslova/-bekreftelsesloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det sjøres og bemerkes på at det skal gis en tydelig og letselvstendig beskrivelse i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Bedre opplysninger gis vis er eget skjema http://www.nsd.uib.no/foersok/sonvern/foersk_groed/et/et.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, www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikten.jsp.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.05.2009, sende en henvendelse angående status for avslutningen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henriksen

Kjersti Håvardstad

Kontaktperson: Kjersti Håvardstad tlf. 55 54 29 53
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Elisabeth Horn, Bjelkeli, 9411 BJELKELI

Ansvarlig: NSD/080808

NSD - Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste AS
TROMSØ: NSD, Postboks 1047 Blindern, N-0316 Oslo, Tlf. 022 55 52 11, nsd@iuh.uio.no
TROMSØ: NSD, Postboks 1047 Blindern, N-9037 Tromsø, Tlf. 022 55 52 10, nsd@iuh.uio.no
TROMSØ: NSD, Postboks 1047 Blindern, N-9037 Tromsø, Tlf. 022 55 52 11, nsd@iuh.uio.no

Vedlegg nr. 7.

Vi viser til din e-post av 19.08.20008.

Forespørsel er vurdert av komiteens leder. Prosjektet vurderes ikke å være framleggingspliktig.

Med vennlig hilsen

May Britt Rossvoll
sekretariatsleder/rådgiver
Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk Nord-Norge (REK Nord)
Det medisinske fakultet, Universitetet i Tromsø, 9037 TROMSØ
rek-nord@fagmed.uit.no
telefon 776 20757
www.etikkom.no