

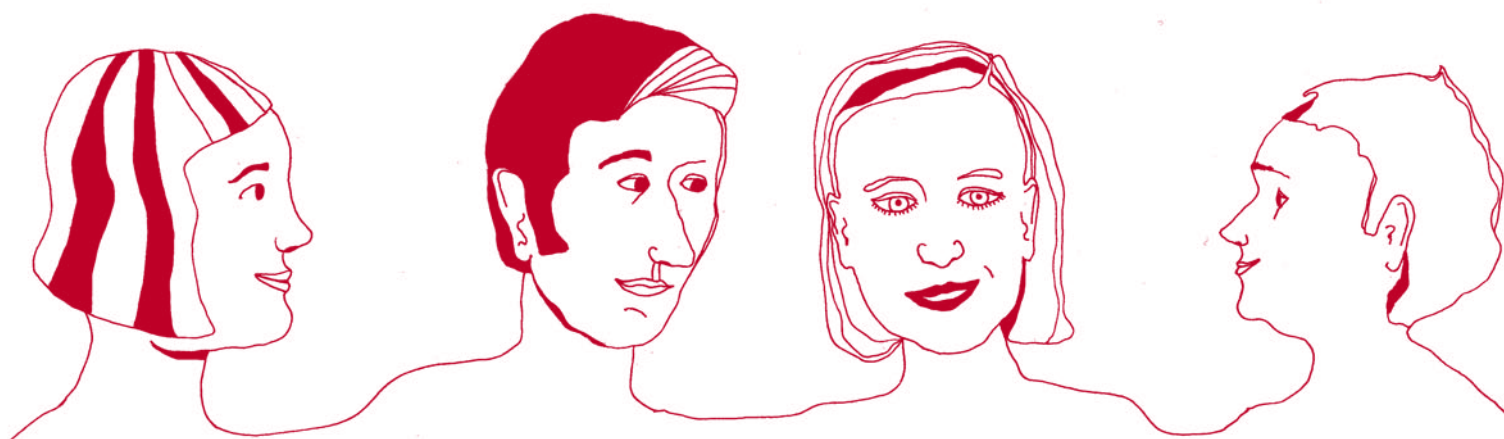
Eldres opplevelse av eget hjelpebehov

Audhild Arnesen

Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap

Master of Public Health

MPH 2005:23



Eldres opplevelse av eget hjelpenebehov

Audhild Arnesen

**Master of Public Health
Uppsats**

Master of Public Health

– Uppsats –

Uppsatsens titel och undertitel				
Eldres opplevelse av eget hjelpebehov				
Audhild Arnesen				
Författarens befattning och adress				
Rådgiver /sykepleier Fylkesmannen i Telemark, sosial-og helseavdeling 3708 Skien				
Datum då oppsatsen godkändes 31 augusti 2005			Handledare NHV/extern Helena Willèn, universitetslektor Mette Karoliussen, førstelektor	
Antal sider 63	Språk – oppsats Norsk	Språk – sammanfattning norsk/engelsk	ISSN-nummer 1104-5701	ISBN-nummer 91-7997-110-5
Sammanfattning				
<p>Utviklingstrekkene framover med en stadig økning av antall eldre, gjør utfordringene for pleie-og omsorgstjenestene store med hensyn til å utforme tjenester som samsvarer med brukernes behov og ressurser.</p> <p>Hensikten med studien er å beskrive og analysere de eldre opplevelse av eget hjelpebehov</p> <p>Det kvalitative forskningsintervju er valgt som datainnsamlingsmetode, og analysert ut fra metoden grounded theory. Ni hjemmeboende eldre, som var avhengig av hjelp flere ganger i døgnet av pleie-og omsorgstjenesten i kommunen, ble intervjuet.</p> <p>”En brukerrettet tjeneste” ble definert som overordnet kjernekategori. Videre framkom tre kategorier som var relatert til kjernekategorien; eldre ressurser og behov, hjelpenes møte med de eldre, og ytre rammer for tjenesten.</p> <p>Konklusjon: Hovedfunnet i studien peker på at de eldre opplever hjelpen de får som lite individuelt tilpasset, uforutsigbar og lite fleksibel. Tross dette, har de eldre vilje og ressurser til å mestre situasjonen, og de ønsker å bo hjemme.</p> <p>Resultatet av denne undersøkelsen kan muligens føre til at tjenestene ser nødvendigheten av en grundigere kartlegging av de eldre ressurser og mestringsevne før hjelpetiltak settes inn, og dermed rette fokus mer mot tiltak som tar hensyn til eldre opplevelse og forebygger ytterligere funksjonssvikt.</p>				
Nyckelord				
Eldre, grounded theory, empowerment, kvalitativ metode, forebygging				



Master of Public Health

– Essay –

Title and subtitle of the essay				
The elderly experience of their own needs of help				
Author				
Audhild Arnesen				
Author's position and address				
Adviser/ nurse County governor in Telemark, Section of Health and Social Welfare, 3708 Skien				
Date of approval			Supervisor NHV/External	
August 31, 2005			Helena Willèn, universitetslektor Mette Karoliussen, associate professor	
No of pages	Language – essay	Language – abstract	ISSN-no	ISBN-no
63	Norwegian	Norwegian/ English	1104-5701	91-7997-110-5
Abstract				
<p>Demographic development points to a significant increase in elderly people, creating challenges in how health care services are shaped in correspondence with user needs and resources. The aim of this study was to describe and analyse, how elderly people, experienced their own need for help. Qualitative research interviews were chosen as a method of collecting the material for this survey. Grounded theory was used for analysis of the gathered information. The interviews were based on the experience of nine elderly people living at home by themselves. All nine selected interviewees were dependent upon regularly daily help from the communal health care and home help services. “A user related service” was defined as a superior core category.</p> <p>Three categories were related to the core category: Resources and needs among the elderly people, the encounter with the “helper” and outer boundaries of the service provided.</p> <p>Conclusion: The major results of this study points to the lack of individual response, flexibility and predictability of the help provided.</p> <p>Despite of this the elderly seem to cope with their situation, and preferred to live in their own homes as long as possible. The results may lead to a closer look on the necessity of a more thorough survey related to the elderly population and their coping needs, before help and care services are provided.</p> <p>The focus has to be aimed on health assesment to prevent dysfunctional services from developing even further.</p>				
Key words				
Elderly, grounded theory, empowerment, qualitative method, prevention				

Innholdsfortegnelse

INTRODUKSJON	6
Bakgrunn	6
Eldreomsorg i et nordisk perspektiv	7
Folkehelseperspektivet	8
Forebyggende hjemmebesøk	9
Tjenestekvalitet	10
Rammebetingelser for tjenestene til eldre	10
TEORETISK REFERANSERAMME	11
Innledning	11
Empowerment	12
Mestringsstrategier	13
Kultur og helse	15
Livskvalitet	16
Mål og avgrensning av studiet	18
METODE	19
Det kvalitative forskningsintervju	19
Grounded Theory	20
Subjektiv opplevelse	21
Subjektiv opplevelse - forklaring av modellen	22
Utvalg og datainnsamling	23
Intervjusituasjonen	23
Analyse av materialet	24
Teoretisk metning	25
Etiske aspekter	25
Validitet og kvalitet i kvalitativ forskning	26
Kvaliteter i framstillinga i sin helhet	27
Kvaliteten i resultatene	27
Validitetskriterier	28

RESULTATER	28
En brukerretta teneste	28
Kategorier og underkategorier	30
Presentasjon av kategori 1: Eldres ressurser og behov	30
Presentasjon av kategori 2 : Hjelpenes møte med de eldre	33
Presentasjon av kategori 3: Ytre rammer for tenesten	38
DISKUSJON	42
Innledning	42
En brukerretta teneste	43
Eldres ressurser og behov	44
Hjelpenes møte med de eldre	48
Ytre rammer for tenesten	50
Forebyggende arbeid	51
Metodediskusjon	52
SAMMENDRAG	54
TAKKEORD	56
REFERANSER	57
VEDLEGG	61

Introduksjon

Bakgrunn

Utfordringene for pleie- og omsorgstjenestene er store med hensyn til å utforme nye tjenester som kan møte et økt ansvar for forskjellige mottakere i åra som kommer.

Antall eldre over 80 år øker i Norge som i de øvrige nordiske landene. I norske kommuner dreier dette seg om vekst på 7-25 % (St meld nr 50.1996-97). Bak disse tallene ligger det betydelige variasjoner. De eldre blir ikke bare flere og lever lenger, men de blir også friskere. Den amerikanske epidemiologen James Fries (1993) har lansert en optimistisk hypotese kalt "Compression of morbidity towards the end of life". Han tenker seg at menneskene har en genetisk bestemt maksimal levealder, som han anslår til 85 år. Når de eldre blir stadig friskere og lever lengre, kan en tenke seg at sykdom og omsorgsbyrden i pleie- og omsorgstjenesten blir kortere (Balthes & Balthes 1993).

Denne hypotesen har imidlertid svakheter. For det første er antall 100-åringer en voksende gruppe i Norge, i tillegg har vi iallfall ikke så langt, funnet effektive midler til å forebygge eller behandle alderssykdommer, eksempelvis aldersdemens. Derfor må vi regne med at presset på pleie- og omsorgstjenesten kan bli like stort i framtida. Ser vi dette i sammenheng med rekruttering av fagpersonell, som vi i dag har store problemer med, vil dette få betydelig konsekvenser for tjenestetilbudet til denne gruppa.

I Sosial- og helsedepartementets Handlingsplan for helse- og sosialpersonell (1998-2001), har vi i Norge regnet ut at hver 5. person i hvert ungdomskull må velge eldreomsorg som livslangt yrke, dersom eldreomsorgen i år 2030 skal ha samme kvalitet som i dag.

Økonomi, personell og organisering er viktige rammebetingelser for å kunne gi omsorg, men i tillegg påvirker verdier, holdninger og kulturer kvaliteten på arbeidet.

Det er en utfordring å skape tillit mellom hjelpeapparatet og befolkningen, tro på at hjelpen er der når den trengs, og at den har nødvendig kvalitet. Dette setter store krav til tjenesteorganisering og effektivitet, ledelse og bruk av kompetanse.

Det er nedfelt i St meld nr 28 (1999-2000) *Innhald og kvalitet i omsorgstjenestane* at det offentlige har det overordnet ansvaret for at menneske som trenger hjelp og omsorg får tilgang på tjenester de har krav på etter lovverket. Det er også et offentlig ansvar å informere om hva slags tjenester de er i stand til å gi, slik at hjelpemottaker er kjent med og får et realistisk inntrykk av hva hjelpeapparatet kan gjøre. Videre står det i samme meldingen at mottakeren av hjelp skal tas med på råd

når det gjelder valg, planlegging, utforming og forandring i tjenestetilbudet. Det er tre sentrale faktorer som skal prege organiseringen av tjenestene i årene framover, nemlig: Individuell utforming, helhetlig tjenester og mangfold. Individuell utforming innebærer at tjenestene så langt det er mulig skal ta hensyn til de spesielle behov som mottakeren har. Helhet vil si at de ulike tjenestene ikke framstår som fragmenterte eller oppdelte etter sektorer. Mangfold innebærer at det må åpnes for samarbeid med mange ulike aktører, som pårørende, frivillige organisasjoner eller andre. Dette er fine målsettinger for en kvalitativ god tjeneste, men hvordan er det i virkeligheten?

Motiveringen for denne oppgaven er at jeg i mitt tilsynsarbeid har registrert at saksbehandlingsregler ved tildeling av tjenester ikke blir fulgt. Det framgår ikke alltid i søknaden hva brukeren søker om av tjenester, og dermed vet vi ikke om den eldre får det det søkes om. Gjennom denne innsikten, har jeg reflektert over hvem det er som i utgangspunktet bestemmer hvilke tjenester brukeren skal få, og om helsearbeiderne er mer lojale overfor systemet enn overfor brukeren, og lar de økonomiske standpunkt diktere verdistandpunktene, slik at den etiske debatten blir ført på systemets premisser. Hvor går grensen for produktivitet, uten at det går ut over kvalitet og etiske hensyn? Dette var bakgrunnen som førte til dette arbeidet som nå foreligger.

Eldreomsorg i et nordisk perspektiv

Situasjonen i utvikling av antall eldre er noenlunde lik i alle de nordiske landene. Alle landene har en pleie- og omsorgstjeneste som er offentlig finansiert, og også delvis utført av offentlige instanser. Tjenestene skal være likeverdige for alle sosiale lag av befolkningen, og hjelpen skal gis i hjemmet snarere enn i institusjon (Szebehely 2003).

Danmark og Norge vil få en jevn stigning av antall eldre framover, og derved få en aldrende befolkning. Mens en i 1990 hadde 4 % som var over 80 år, vil en i 2030 ha mellom 6-10 % eldre over 80 år. Når det gjelder hjemmetjenestene i disse landene har både Sverige, Danmark og Finland en hjemmetjeneste som i vesentlig består av hjemmehjelpere, og disse utfører både personlig hygiene og rengjøring. Mens en i Norge benytter mer sykepleiere i hjemmetjenestene.

Danmark har den høyeste andel av befolkningen over 65 år som får hjemmehjelp (25 %), Norge har 16 %, Sverige 8 % og Finland 11 %. Ser en dette i sammenheng med antall timer i uken en hjemmehjelpsmottaker får, blir hjemmehjelpsmodellene noe ulike. Norge og Finland gir få timer hjelp til ganske mange, Sverige gir mye hjelp til få personer, mens Danmark gir både lite hjelp til mange og mye til få. I tillegg har Danmark en aktiv ambisjon om forebygging. En annen viktig forskjell på de nordiske landene er at hjemmehjelpen er gratis i Danmark, mens i de andre landene er preget av avgiftsøkninger (Szebehely 2003).

I Norge ble det i 1997 vedtatt en fire-årig handlingsplan for eldreomsorgen (St meld nr 50.1996-1997). Denne hadde som hovedmål å sette kommunens helse- og sosialtjeneste bedre i stand, både med hensyn til kapasitet og kvalitet, til å møte veksten i behovet for pleie- og omsorgstjenester som følge at det ble flere eldre. Planen er nå sluttført på driftssiden, men er noe utvidet til 2007 når det gjelder investeringssiden. Sosialdepartementet har imidlertid fulgt opp med en ny Stortingsmelding. Det er St meld nr 31 (2001-2002) *Fra hus til hender*, som sier noe om satsing på innhold i tjenesten.

Sett i sammenheng med at en av målsettingene i handlingsplanen var å bedre kvaliteten på tjenestene er det, sett fra skrøpelige Eldres ståsted, vanskelig å se at man har lyktes med denne delen av planen. Dette kan ha sammenheng med at denne gruppen kan ha fått et redusert tjenestetilbud. En undersøkelse utført av Universitetet i Bergen (Næss 2000), viser at pleie- og omsorgstjenestene, ut fra eldre brukeres egne vurderinger, ikke har blitt bedre, på tross av disse milliardbeløpene staten har skutt inn i forbindelse med handlingsplanen for eldreomsorgen. Dette viser kanskje at det ikke er bare økonomiske ressurser som trengs for å heve kvaliteten på tilbudet til eldre.

Folkehelseperspektivet

Livskvalitet i alderdommen (successfull aging) sett fra medisinsk eller folkehelsevitenskapelig synsvinkel innebærer å optimere livslengden samtidig som fysisk, psykisk og sosial uhelse minimeres i den siste delen av livet (Fries 1993). Livskvalitet i eldre år kan også være at individet opplever kontinuitet i sin livsstil og sitt livsmønster, og aksepterer sitt liv så som det ble (Øberg 1999).

Helse og livskvalitet kan altså ikke bare måles i fysisk velvære, men må også sees i en sosial og psykisk sammenheng. Ut fra et folkehelseperspektiv er det viktig å forsøke å forstå hvordan mennesker oppfatter sin livskvalitet, og ut fra dette finne ut hva som er viktig å støtte opp om i eldre år (Thorsen 1998).

Gjennom tiltak som er foreslått i St meld nr 16 (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*, vil den norske regjering gjøre sitt til at folk skal få flere leveår med god helse, og i tillegg redusere helseforskjeller i mellom sosiale lag, etniske grupper og kjønn. Det har vært drevet mye godt informasjonsarbeid for å forebygge risiko for sykdom i Norge, spesielt når det gjelder kosthold og tobakk. Utfordringen er å skreddersy informasjonstiltakene i folkehelsepolitikken slik at den i større grad reflekterer mangfoldet i befolkningen.

Den moderne epidemiologiske forskningen peker på noen faktorer som har stort innflytelse på helsetilstanden til de eldre (Holstein 1998). Det gjelder faktorer som sosial status, sosiale relasjoner og oppfattelsen av egen helse. Spørsmål som har fått stor oppmerksomhet er hvorvidt forskjellene i dødlighet mellom de forskjellige sosiale lag av befolkningen er i ferd med å øke, og at forskjellene prosentvis er større i land hvor dødligheten er lav, som i Norge. Eksempelvis har undersøkelser

vist at gode sosiale relasjoner bidrar til bedre helse og lavere dødelighet, mens sosial isolasjon kan bidra til helsesvikt og tidlig død. Denne forskjellen holder seg i alderdommen. Whitehall-undersøkelsene fra England har vist at til og med blant 70-89 åringer, som har vært pensjonerte lenge, er dødeligheten mer enn dobbelt så høy i de lavere sosiale lag (St meld nr 50.1996-1997).

Forebyggende hjemmebesøk

Helsetilstanden er knyttet til hvert enkelt menneskes ressurser, og den motstandskraft som vedkommende har mot fysisk og psykisk påkjenning. Videre henger mestring sammen med forholdet til de nærmeste, og om livet er forutsigbart, håndterlig og meningsfullt (Balthes & Balthes 1993). Sett i relasjon til dette, vil forebyggende arbeid på dette feltet være viktig for tjenestetilbudet framover både for den enkelte, men også for befolkningen i sin helhet. Slik kunnskap gjør det nødvendig å fokusere på tiltak for å holde folk i aktivitet, og dermed forebygge omfattende hjelpebehov (St meld nr 16. 2002-2003).

Forebyggende hjemmebesøk til eldre er en del av eldreomsorgen blant anna i Danmark, England og Australia (Byles 2000). Målet med disse tiltakene er å forebygge eller utsette funksjonssvikt, sykehjemsinnleggelse og redusere dødelighet.

I Danmark er hjemmebesøk til eldre over 75 år lovfestet. Det tilbys slike hjemmebesøk 2 ganger i året. Innholdet i et slikt besøk er å få en samlet vurdering av den eldres behov/ressurser gjennom strukturert samtale, og eventuelt tilby hjelp og oppfølging (Jensen 1997).

I Norge har en flere steder begynt med prøveprosjekter med slike tiltak. Sosial- og helsedirektoratet fikk i 2002 oppdrag å oppsummere kunnskapen på området med fokus på systematiske oversikter over effekten av ”forebyggende, oppsøkende hjemmebasert omsorg”. Tiltakene som skulle kartlegges hadde som målsetting å ha effekt på ett eller flere av følgende områder: Helse- og funksjon, sosialt nettverk, tilgjengelighet og sikkerhet mot ulykker, brann og skader, og opplevelse av trygghet.

Hovedkonklusjonene er at forebyggende hjemmebesøk synes å ha effekt på dødelighet og innleggelse på sykehus/syke- og aldershjem. Det forutsetter imidlertid at undersøkelsen er omfattende, oppfølgingsbesøkene mange og dersom programmet tilbys eldre mennesker som i utgangspunktet har relativ god funksjonsevne (Sosial- og helsedirektoratet 2002).

Denne undersøkelsen vil rette seg mot å vurdere om kommunen tilrettelegger for en individuell tjeneste, og om hjelpeapparatet stimulerer til forebygging. Ut fra bevisstheten om at forebygging blant eldre har lang latenstid. De eldre trenger at noen tar symptomene deres på alvor. Prøver å stille diagnose på bakgrunn av aldringsforandringer, den eldres sjukdommer og sosiale forhold, og ut fra en

individuell tilnærming gi behandling og støtte der det er svikt. Til dette trengs det tverrfaglig tilnærming.

Tjenestekvalitet

Kvalitet er uttrykk for i hvilken grad en tjenesteutøvelse og resultatet av denne samsvarer med de fastsatte krav/behov. Vurdering av kvalitet må ta utgangspunkt i perspektivene, behovene og problemer til de som tar imot tjenestene, og hva de etterspør og venter seg. Hverdagen til brukerne, deres vilkår og hva de får ut av møtet med tjenestene skal stå i fokus. En god kartlegging kan medvirke til at tilbudet i størst mulig grad blir individuelt tilpasset. Dette må være utgangspunktet når en fatter og setter i verk kommunale vedtak om å yte tjenester. Men mottakeren sine behov forandrer seg. Trygghet for at tjenesten blir tilpasset slike forandringer er derfor viktig. Det er derfor nødvendig å etablere rutiner for oppfølging, slik at behovet for tjenester blir kontinuerlig vurdert (St meld nr 28.1999-2000).

Rammebetingelser for tjenestene til eldre

I tillegg til Stortingets ulike handlingsplaner, foreligger det også klare myndighetskrav som skal sikre rettsikkerheten til befolkningen. Sentrale dokumenter som omhandler helsepersonellens føringer og plikter til å involvere brukerne er blant annet Lov om pasientrettigheter, nasjonal strategi for kvalitet i sosial-og helsetjenesten, og internkontrollforskriften.

Pasientrettighetsloven

Lov om pasientrettigheter trådte i kraft i Norge 1. januar 2001 (www.lovdatab.no) Formålet er å bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten. Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste og ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd. I tillegg til Norge er det bare Finland av de nordiske landene som har hjemlet slik rett i egen pasientrettighetslov.

Loven skal bidra til fordelingsrettferdighet, både ved å gi rettigheter og ved at disse sikres prosessuelt. Den skal ivareta pasienten i møtet med helsevesenet, med hensyn til tillit og respekt for liv, integritet og menneskeverd. De helsetjenestene som tilbys skal ha god kvalitet, både med hensyn til innhold og tidspunkt for tjenesten. Kravet om god kvalitet må ses i lys av kravet til forsvarlighet i tjenesten og for helsepersonellet. Kvalitetsvurderinger må foretas med utgangspunkt i pasientens ståsted. Helsevesenet er avhengig av et grunnleggende tillitsforhold mellom tjenesteyterne på den ene siden, og pasientene på den andre siden, for å fungere tilfredsstillende. Dette tillitsforholdet skal ivaretas både gjennom tildelingsbestemmelser og gjennom bestemmelser som gjelder formelle vedtak, for eksempel regler som gjelder journalinnsyn (SHD 2004).

Nasjonal strategi for kvalitet i sosial- og helsetjenesten

Alle innbyggerne i Norge har krav på offentlige sosial- og helsetjenester av høy kvalitet. Dette framgår av kvalitetsstrategien som er utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Statens helsetilsyn, som er kalt ”.....og bedre skal det bli”. Strategien skal bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres og at igangsatt kvalitetsarbeid på ulike områder innen sosial- og helsetjenesten samordnes og styrkes, men de representerer ikke myndighetskrav som kommunen er forpliktet til å etterleve. Strategien har hentet inspirasjon fra tilsvarende strategier i USA, England, Danmark og fra WHO. Strategien peker på utøvere og ledere på alle nivå som de viktige aktørene som avgjør kvaliteten i sosial- og helsetjenesten. Brukerne skal oppleve at tjenestene er faglig gode, samordnet og helhetlige og at de blir levert på en menneskelig sett god måte. De viktigste grepene som nevnes i strategien er å:

- fokusere på møte mellom bruker og utøver
- utpeke de tjenesteutøvere og ledere som er de viktigste aktørene
- konkretisere kvalitetsbegrepet for praksisfeltet
- styrke samhandling på tvers av tjenester og nivåer
- forbedre det faglige innholdet i tjenestene
- invitere til medvirkning fra brukere og utøvere i alle ledd
- evaluere og forbedre tjenestene kontinuerlig

For å sikre at kvalitetskrav fra myndighetene innfris, pålegges eier og driver av helse- og sosialtjenesten å sørge for at det opprettes et internkontrollsystem.

Internkontroll

Internkontrollsystem/kvalitetssystem er et verktøy som skal sikre at daglige arbeidsoppgaver blir utført, styrt og forbedret i henhold til lovens krav, altså bidra til å sikre at tjenestene holder god faglig standard og at brukerne er tilfreds med tilbudet. I praksis handler dette om ressursbruk, ressursfordeling, organisering og ansvarsfordeling, samt at utøverne yter faglig forsvarlig tjeneste (www.shdir.no).

Teoretisk referanseramme

Innledning

De eldre i denne studien karakteriseres ved at de har funksjonssvikt som medfører behov for pleie- og omsorgstjenester. Denne funksjonssvikten kan ha flere årsaker som sykdom, depresjon, fysisk inaktivitet, isolasjon med mer. Imidlertid er det ikke årsaker denne studien fokuserer på, men opplevelsen av det å være eldre og hjelpetrengende.

Omgivelsene, som eksempelvis er hjelpepersonell, influerer på pasientens livskvalitet. Det blir viktig at helsepersonellet reflekterer over de verdier som de eldre har, og hva som synes å være livskvalitet for den eldre. En viktig forutsetning for at hjelpepersonellet kan bidra overfor eldre, er at de har kunnskap om og forståelse av innholdet som legges i ulike begreper som: empowerment, mestring, kulturbegrepet, og livskvalitet. Derfor har jeg valgt en mer teoretisk beskrivelse av disse tema i følgende kapittel.

Empowerment

Empowerment er et begrep som har fått økende oppmerksomhet hos profesjonelle som arbeider med pasienter/klienter. Definisjonen som brukes mye i dag er utviklet i USA: Empowerment er en prosess hvor makt og myndiggjøring blir utviklet, eller stadfestet, i den hensikt at underprivilegerte personer eller grupper kan øke sine ressurser, styrke sitt selvbilde og bygge opp sin evne til å handle på egne vegne i psykologiske, sosiokulturelle, politiske og økonomiske områder (Andersen og Brok, 1998 s. 62). Paulo Freire regnes av mange som empowermentteoriens far i sin utvikling av håpets pedagogikk (Freire 1994). Det er gjort mye forskning vedrørende folks reaksjon på empowerment, både på de som bruker empowerment teorien i sin praksis og på pasienter og klienter som er mottakere av denne måten å tenke på. Det viser seg at prosessen i empowerment er mer kompleks enn først antatt, og påvirker individene høyst forskjellig, både når det gjelder måten teorien praktiseres på og på hvordan personene reagerer når de blir møtt på denne måten (Foster-Fishman et al 1998). Resultatene tilsier at empowerment strategien er hensiktsmessig for å hjelpe eldre til å mestre bedre i hjemmesituasjonen

En spesielt tiltalende forståelse av empowerment er at folk blir i stand til å finne sine egne problemer og sine egne løsninger. En slik forståelse krever en ny forståelse av ekspertens/den profesjonelles rolle i denne form for arbeid (NOU 1998).

Pasientens situasjon styres i stor grad av det systemet og de personene som er i hans nærhet. Makten ligger hos helsepersonellet, og oftest greier ikke den eldre å stå i mot en slik overmakt. Helsepersonellet ønsker prinsippielt ikke å utøve slik makt, og mange ganger er de heller ikke klar over hvor maktovergrepene deres handlinger kan være overfor pasienten. Systemer som er oppbygd i maktstrukturer slik som helsevesenet er, vil ofte ha iboende motstandsstrategier mot en persons/pasient mulighet til å treffe egne beslutninger og handle ut fra disse. Derfor kan det være viktig å få øye på sammenhengen mellom pasientens problemer og de institusjonelle maktrelasjonene.

Pasienten skal oppmuntres og hjelpes til å:

- å meddele sine behov og definere sine egne problemer
- uttrykke sine følelser og styrke sitt selvbilde
- beholde sine visjoner og sette sine egne mål

- øke sine ferdigheter og utvikle håp, mot og styrke
- ta aktive valg og utvikle sin kritiske tenkning

(Karoliussen 2002, s. 155)

Empowerment teorien tar for seg de kreftene som diskriminerer og undertrykker individer og grupper, og de problemene som oppstår når samfunnet ikke dekker individenes behov. Empowerment betyr at disse får tilgang til ressurser og kontroll over egen situasjon. Noe som vil føre til en opplevelse av egen mestring (Lee 2000).

Empowerment står i motsetning til hjelpeløshet og maktesløshet. Dette betinger at pasientens handlinger anerkjennes, og ikke bagatelliseres. Dette forutsettes at pasienten får tid til å mestre, heller enn at andre beslutter eller utfører tiltak for han. Men det betyr også at personen ikke skal ydmykes med å måtte gjøre det han ikke er i stand til, før han har fått mulighet for å lære og mestre det (Karoliussen 2002, s. 154-155).

Mestringsstrategier

Mestring kan sies å være en tendens til å reagere positivt for å bedre sin stiasjon når vi utsettes for en påkjenninger som livet gir, for eksempel sykdom (Miller 2000). Utviklingen av evnen til mestring skjer i spenningsfeltet mellom trygghet og fare, og skjer i samhandling med miljøet. Påkjenninger fører til at det stilles krav til oss, enten fra omgivelsene eller fra oss selv. Oppfattelsen og tolkningen av disse kravene vil holdes sammen med de mestringsmetodene personen til enhver tid kjenner til. Utvikling av mestringsstrategier er derfor avhengig av støtte fra omgivelsene slik at utfordringene ikke blir uoverkommelige (Lee 2000). Lazarus & Folkmann (1984) definerer mestring som konstant skiftende kognitive og adferdsmessige anstrengelser i forsøk på å klare spesifikke ytre og indre krav, ut fra tolkning og vurdering av om anstrengelsene vil overskride personens ressurser.

I mestringsteorien skiller en mellom de handlingsorienterte anstrengelsene og de intrapsykiske. I den handlingsorienterte mestringen foretar personen noe som retter seg mot omgivelsene. For eldre betyr det at de blant annet kan skaffe seg informasjon om hva de kan gjøre selv. Mange eldre handler proaktivt når det gjelder å mestre forventet endring. Det kan være å skaffe seg praktiske hjelpemidler, eller å be om ulike former for bistand/hjelp, enten fra deres eget nettverk eller fra det offentlige hjelpeapparatet.

På denne måten kan de eldre opprettholde en viss mengde kontroll og mestre hverdagen på tross av ulike tap. Også når det gjelder intrapsykiske anstrengelsene som retter seg innover mot personens egen psyke, kan eldre vise stor styrke. Her bearbeides tanker og følelser, og personen styrker seg selv i anstrengelsene for å imøtekomme de kravene som stilles, og tilpasser sine krav og ambisjoner etter dette.

Flere livsløpsstudier viser at god mestring kan knyttes til tre blokker av beskyttende mestrings-faktorer.

Den første er knyttet til selvbilde og selvtillit; om man har tro på egne ressurser og evner, er optimistisk og ikke er bekymringsfull.

Den andre faktoren knyttes til det familieklimaet man har vokst opp i og det familieklimaet man velger å føre videre i livet. En familie som fremmer mestring karakteriseres ved godt samhold, nærhet, god konfliktløsning og rom for positive og negative følelser.

Den tredje faktoren knyttes til det øvrige nettverket; om man har nære venner og et sosialt nettverk som man føler gir god støtte. Å ha mange venner hjelper nødvendigvis ikke, men heller det å ha et par nære fortrolige og at vennskapet preges av en viss gjensidighet (Solhaug 2004).

Når en person blir eldre, er det realistisk å innse at uungåelige overganger må aksepteres. Det er likevel viktig å aktivt forsøke å styre det som er mulig å påvirke. Begrepet av *opplevelse av sammenheng* synes å være fruktbart for en analyse av eldres situasjon, hvor den mentale reorienteringen ofte vil være en mestringsstrategi som anvendes.

Noen mestringsteoretikere legger vekt på det de kaller en opplevelse av sammenheng ("sense of coherence"), en vedvarende følelse av tillit hvor 1) omgivelsene er forutsigbare 2) ressurser er tilgjengelige 3) og de krav som stilles, oppleves som meningsfulle (Antonovsky 1987).

For de eldre blir disse sentrale elementene viktige. Forutsigbarhet i forhold til at informasjonen de mottar, framstår som ryddig, at den er av verdi, relevant, konsistent, strukturert og klar. Tillit til at ressurser er tilgjengelige, at situasjonen oppfattes som håndterbar, og at de eldre opplever å ha adekvate og tilstrekkelige ressurser for hånden til å mestre utfordringene en møter. Eldre må oppleve det meningsfullt å mobilisere sine ressurser.

Meningsfullhet representerer det motiverende forhold. Det som er viktig for de eldre, det som gir mening for dem emosjonelt, ikke bare i kognitiv forstand. Det siste punktet kan knyttes til et behov for kontroll. Følelsen av kontroll er både en årsak til og konsekvens av hvorledes personen reagerer på omgivelsene. Dette betyr at personen vil forsøke å finne mening også i det vonde som skjer, og forsøke å komme gjennom det med verdighet (Antonovsky, 1987, s. 16-19).

En vanlig strategi når kreftene minker, er å gi avkall på verdsatte aktiviteter med begrunnelse at de koster mer enn det smaker. Gjenværende aktiviteter som en makter, blir "oppgradert". Det gjelder å bevare en følelse av sammenheng på områder som er sentrale for en positiv selvoppfatning, for opplevelse av mening i tilværelsen. Å akseptere livet slik det har vært, at en føler at en mestrer ting, og ser framover, synes å være viktige aspekter, og en forutsetning for å ha en god

livskvalitet også i livets siste år. Det er viktig å ikke bli dyster og misfornøyd. Dersom den eldre opplever at livet har vært meningsfylt og givende, opplever en ego-integritet og føler seg vell. Dersom individet ikke når fram til denne følelsen, kjenner en seg fortvilet og frykter døden (Erikson 1950, Tornstram 1992).

Livet er stadig i forandring. Noe er selvvalgt, andre endringer utsettes en for, og må reagere på. Forskning viser at familie og venner er viktige for personers mestringsvalg (Egeland 2004). Eldre har i kraft av sin alder mistet mange, både venner og nær familie som foreldre og søsken. Hjelp til mestring må derfor ofte hentes fra yngre personer. Enten profesjonelle eller andre som ikke vet hvordan det er å bli gammel. Når kravet til mestringsevne og fortolkning av endring blir særlig stort kan eldre mangle den nødvendige hjelpen de trenger. Et forsøk på mestring vil være å finne årsaker og mening i hendelser som ikke kan endres. Ett eksempel på det er når det gjelder å gi mening til ektefelles død. ”Hun var så utafør at det var best hun fikk dø”. Dette skaper ikke kontinuitet i hendelsesrekken, men bruddet gjøres mindre gjennomgripende, og det blir lettere å gjenopprette likevekt i påkjenningen.

Kultur og helse

Kirsten Thorsen (1998) anvender kulturbegrepet i denne betydning av en delt symbolsk fortolknings- og meningskontekst, som gir føringer for individenes handlingsmønstre og deres oppfatninger. Når det gjelder de eldre, vil kulturen bidra til å forme både livsløpet og deres oppfatning av det. Aldringen er ikke tidløs, men en personlig versjon av de samfunnsmessige og kulturelle vilkår i en bestemt historisk epoke (Thorsen, 1998). Kulturen gir symbolske verktøy og referanser for vår forståelse, som gjerne er ureflekterte.

Kulturens ytringer og føringer viser seg således like gjerne i det usagte som i det sagte. Det uproblematisk og selvsagte i vår forståelse ligger innbakt som en premiss og føring for selvets utvikling, og kan eventuelt etterspørres som en ledetråd i beretningen om konkrete hendelser og handlinger som ikke behøver å være erkjent.

Kultur og helse er i ferd med å bli en bevegelse. Om en ikke alltid kan bevise at kultur gir helse, er kulturell deltakelse en opplest og vedtatt menneskerett, også for de mennesker som av ulike grunner ikke selv makter å komme over de tersklene som er bygget omkring enkelte kulturtilbud. For de eldre blir det viktig at en både skaper arenaer som er tilrettelagt for dem, men også lar de integreres i de etablerte kulturtilbudene. Bidrag i en slik retning fra hjelpernes side, bidrar også til forebyggende innsats for dem selv, nemlig mot utbrenthet. Mange i helsesektoren trenger å se sammenhenger og hjelp til å oppdage at de også er kreative mennesker.

Livskvalitet

Livskvalitet har de siste årene blitt et sentralt begrep, ikke bare i helse- og sosialsektoren, men også i den politiske debatt. Ordet knyttes definatorisk til enkeltpersoner, til individers opplevelser, dvs til indre tilstander og til nærvær av positive og fravær av negative opplevelser, dvs at livskvalitet knyttes til verdier. Videre knyttes livskvalitet definatorisk til individers positive og negative opplevelser av kognitiv eller affektiv art. Det dreier seg både om tanker og følelser og både om det positive og det negative (Mastekaasa mfl.1988).

Definisjon på livskvalitet: ”En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er positive, og lav i den grad personens bevisst kognitive og affektive opplevelser er negative” (Næss 2001).

Eller sagt på en annen måte:

”En person har det godt og har høy livskvalitet i den grad personen er aktiv, har samhørighet, har selvfølelse, har en grunnstemning av glede” (Næss 2001).

Sammenheng mellom helse og livskvalitet

Imidlertid synes det vanskelig å definere livskvalitet uten å relaterer begrepet til ”helserelatert livskvalitet”, dvs. de aspekter av livskvaliteten som påvirkes av helseforhold. Derfor oppfattes livskvalitet som et mer omfattende begrep enn helse.

Livskvalitet påvirkes av mange forhold, der medisinske faktorer bare utgjør en del. Vår helse påvirkes også av en lang rekke forhold utenfor det medisinske området. Verdens Helseorganisasjon (WHO) definisjon av Helse, fastslår at helse er noe langt mer enn fravær av sykdom. Helsebegrepet er mer forankret i en biologisk oppfatning av mennesket enn livskvalitetsbegrepet som tar tydeligere utgangspunkt i en psykologisk forståelsesramme. Slik livskvalitet vanligvis operasjonaliseres, gjenspeiler begrepet først og fremst personens psykologiske tilstand.

Mulige relasjoner mellom begrepene helse og livskvalitet er som følger:

- helse og livskvalitet kan være to adskilte fenomen
- de kan være identiske
- ett av begrepene kan være overordnet det andre, som på sin side blir et delaspekt av det første
- helse og livskvalitet kan være overlappende begreper med en felles kjerne, men med hver sin selvstendige del (Næss 2001).

Den mest naturlige modell må være å betrakte helse og livskvalitet som to likestilte begreper med en felles kjerne. Det er for eksempel ikke naturlig å inkludere i helsebegrepet aspekter ved tilværelsen som dreier seg om religiøse eller eksistensielle opplevelser, om kjærlighet og erotisk spenning, og om estetiske og sansemessige erfaringer, mens dette inngår i begrepet livskvalitet (Næss 2001).

Hvor stort fellesskapet er, vil selvfølgelig avhenge av ens utgangspunkt, men det er nok betydelig. En person kan godt ha en høy livskvalitet til tross for redusert helse. Utfra dette kan vi si at helse i høyere grad enn livskvalitet kan beskrives og evalueres ut fra "objektive" eller eksterne kriterier. Vurdering av livskvalitet vil tilsvarende basere seg mer på indre "subjektive" fornemmelser, der referanserammen er en personlig norm. Helse er mer knyttet til funksjon og prestasjon, mens livskvalitet i høyere grad reflekterer tilstand og opplevelse (Næss 2001).

Med en viss rett, kan en si at vurdering av helse følger en kvantitativ tradisjon, mens livskvalitet preges av mer kvalitativ evaluering.

Uansett så er det viktig å utnytte begge begrepenes styrke, ikke på bekostning av hverandre, men som gjensidig utfyllende uttrykk for en sammensatt helhet.

Helsebegrepet rommer både nåtid og framtid, ved at konsekvensene for framtidig helse og liv blir en uunngåelig del av vurderingen av nåværende helse. Helse innebærer et prognostisk element. Livskvalitet omfatter på sin side både fortid og nåtid ved at tidligere erfaringer blir en uunngåelig del av oppfatningen av livskvaliteten av i dag. Livskvalitet har altså et historisk element (Thorsen 1998).

Birren & Deutchman (1991) argumenterer i sin gjennomgang av flere livskvalitetsundersøkelser blant skrøpelige eldre, at dimensjonene i livskvalitetsbegrepet defineres ulikt blant profesjonelle, andre observatører og de som observeres. Bak det objektive ståsted ligger ofte antakelsen at den gamle selv mangler kompetanse til å vurdere sin livskvalitet, like mye som foreldreposisjonen "vi som vet best".

Operasjonalisering av begrepet livskvalitet

Som nevnt gjenspeiler begrepet livskvalitet først og fremst personens psykologiske tilstand "positiv mental helse". For å finne metoder som, eller operasjoner som gjør det mulig å slutte om visse opplevelser er tilstede eller ikke, kan en bruke kvalitetskriterier som Siri Næss legger til grunn for livskvalitet for gruppa eldre (Næss 2001).

Å være aktiv, dvs. være engasjert og interessert i noe utenfor seg selv som oppleves som meningsfylt; at en har energi og overskudd; at en har frihet til å velge; og at en er selvrealisert, og har fått utviklet og bruker sine evner og muligheter.

Ha samhørighet med andre, dvs. gode mellommenneskelige forhold; vennskapsfølelse; og tilhørighet i en gruppe.

Ha selvfølelse, dvs. selvsikkerhet; følelse av å mestre; være nyttig; at en aksepterer seg selv.

Ha en grunnstemning av glede, dvs. en vedvarende følelse av trygghet, harmoni, lyst og velvære; at livet er rikt og givende.

Hvordan er de eldres muligheter til å realisere målsettingen som innehar disse kriteriene?

Oppsummering – Eldre og livskvalitet

Vi kan se tendenser til en større individualisering av alderdommen med flere individuelle kombinasjoner av faser, mønstre og aktiviteter. Også eldre får flere anledninger til mangfold i alderdommen. Alderdommens innhold og mening blir mer opp til den enkelte. Dette fører også til at alderdommens risikoer for selvbilde blir større.

Livskvaliteten er ikke statisk. Den endres ved forandringer i livet. At dårlig helse reduserer livskvaliteten, er en rimelig antakelse. Men som sagt tidligere, er den subjektive oppfatningen av helsen som er utslagsgivende. Den subjektive oppfatningen bestemmes ikke bare av de objektive sykdomsskapende forholdene, men av et samspill mellom objektiv sykdom og mestringsevne, som igjen påvirkes av personlighetsegenskaper. Det er selvfølgelig store forskjeller på sykdommer, og forskjell på når de rammer oss og hvordan.

Mennesker har forskjellige behov og verdier. Det som gir en person høy livskvalitet, kan være uvesentlig for andre. Eldre mennesker legger vekt på andre forhold enn yngre mennesker, og eldre i India legger vekt på andre forhold enn eldre i Norge.

Dette betyr at skal en forstå eldres ønsker, behov og vurderinger, må en også kjenne deres liv. Da må en la de eldre fortelle om sitt liv (Livsløpsamtaler). Dette er et paradoks i dagens helse- og sosialtjeneste der en er kjent med at en i hjelpesituasjoner har så liten tid avsatt til hver enkelt bruker, at en ikke har tid til å høre på hva de eldre har å fortelle om sitt liv.

Utgangspunktet må være at en har et klart mål for hva som er livskvalitet for den enkelte, og forankrer sine verdier og valg på dette. Det blir derfor viktig at personen, til tross for perioder med ulike svikt, fysisk eller psykisk, har et mål, og at en klarer å opprettholde, eller får hjelp/støtte til å opprettholde det som er verdifullt for den enkelte til tross for redusert kapasitet.

Mål og avgrensning av studiet

Mye av den forskning som er gjort innen geriatrien er ut fra et anatomisk og patologisk perspektiv, selv om en også etter hvert har fått mer kunnskap om de eldres behov og ressurser. Hensikten med denne studien er å få vite mer om de eldres opplevelse av eget hjelpebehov.

Hypotesen min er at kartlegging av hjelpebehov ikke tar tilstrekkelig hensyn til kriterier som vektlegger pasientens egne ressurser og behov, og at hjelpeapparatet er lite rettet mot forebygging. Hensikten er ut fra brukerperspektivet å beskrive og analysere det hjelpebehovet de eldre selv opplever de har. En innsikt i hvordan de eldre opplever sitt hjelpebehov, vil kunne bidra til å oppnå et bedre beslutningsgrunnlag både administrativt og politisk. Det er også ønskelig for meg å få resultater som kan bidra til å øke forutsetningen for en rettferdig fordeling av ressursene innen pleie- og omsorgstjenesten.

Spørsmålene som jeg ønsker å få svar på er:

- Blir det gjort en grundig nok kartlegging av Eldres ressurser og behov før hjelp initieres?
- Hva opplever de eldre selv å ha behov for hjelp til?
- Hvordan oppleves hjelpen de får?
- Hvilken vektlegging har det forebyggende arbeidet i tjenesten?
- Hvilken påvirkninger har familien på hjelpen som ytes, og hvor stor grad bidrar de i omsorgen?
- Hvilke hjelpetiltak savnes?

Metode

Metode er den håndverksmessige siden av vitenskapelig virksomhet, eller læren om det verktøy en trenger for å samle inn informasjon. Vitenskap er en virksomhet som skal gi ny kunnskap og systematisere den på en slik måte at en kommer bak overflaten. Det er problemstillingen som styrer valg av metode for undersøkelsen (Halvorsen 1997).

En kvalitativ metode har som mål å beskrive et fenomenets kvaliteter (Enerothen 1992). Dette er en metode som egner seg godt til å gi ny kunnskap på områder en kjenner fra før (Glaser & Strauss 1967). I den kvalitative forskningstradisjonen tar en utgangspunkt i virkeligheten slik den framstår for hver enkelt. Den har til hensikt å finne ulike sider ved og vinne større forståelse for fenomenet, så som sosiale relasjoner, opplevelser, tanker, meninger, motiver og holdninger (Malterud 1996).

Av flere mulige kvalitative metoder ble grounded theory valgt fordi denne analysemetoden best kunne få fram det som var hensikten med studien, nemlig å fokusere på de hjemmeboende Eldres opplevelse av eget hjelpebehov.

Det kvalitative forskningsintervju

I denne studien er kvalitativt forskningsintervju benyttet ved innsamling av materiale, slik det blant annet beskrives av Kvale (Kvale 1997, Kvale 1996, Malterud 1996).

Kvalitativt forskningsintervju har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på kvalitativ tolkning av meninger med de fenomen som ble beskrevet (Kvale 1997). Han understreker at nøkkelbegrepene er beskrivelse, livsverden og tolkning av mening. Hensikten er en beskrivelse ”innenfra”, ikke en skildring ”utenfra”. Ønsket var gjennom de intervjuede å oppnå kunnskap og forståelse av eldres opplevelse av hjelpebehovet. Det var også ønskelig i studien å fange opp både intensitet og variasjonen i opplevelsene, derfor måtte jeg være forberedt på at intervjuene kunne omhandle følsomme opplysninger. Det var derfor viktig å understreke hensynet til konfidensialitet.

Intervuet skal fungere som en forskningsprosess uten påvirkning av intervjupersonen. Intervjupersonen besvarer ikke bare spørsmål som er forberedt av den som intervjuer, men formulerer selv sine egne oppfatninger av den verden de lever i, gjennom dialog med intervjueren (Kvale 1997). Intervjuet hadde som mål å innhente kvalitativ kunnskap, uttrykt med vanlig språk. I intervjusituasjonen forsøkte en å innhente åpne, nyanserte beskrivelser av de ulike sider ved det å være hjelpetrengende og motta hjelp. Hva den enkelte mente var viktig å legge vekt på ved tildeling og oppfølging av hjelpen, og hvilke hjelpetiltak de ønsket seg.

Det kvalitative intervjuet er ikke standardisert. Det utgår fra en antagelse om at man ikke fra begynnelsen kan vite hvilke spørsmål som er viktige og betydningsfulle (Starrin og Svenson 1996). Det vesentlige ved intervjuarbeidet var å forstå meningen med, og innholdet ved å tolke det som ble sagt og måten det ble uttrykt på, i tillegg til å registrere og tolke stemmeføring, mimikk og andre kroppslige uttrykk. Et viktig moment jeg straks opplevde, var at intervjusituasjonen er lite forutsigbar. Jeg måtte være åpen for nye og uventede antagelser under intervjuet. Som Kvale beskriver det: Forutsetningsløshet innebærer også en kritisk forutsetningsbevissthet (Kvale 1997).

Grounded Theory

I analyseprosessen er grounded theory benyttet. Grounded theory har sine røtter i den symbolske interaksjonisme tradisjonen innen psykologi og sosiologi, og ble først beskrevet av de to sosiologene Glaser og Strauss (1967) i boken ”The discovery of Grounded theory”. Senere ble metoden videreutviklet av Strauss og Corbin (1998) til en mer strukturert analyseprosess som beskrives i boken ”Basis of Qualitative Research”.

De vitenskapssyn som interaksjonismen bygger på innebærer at den sosiale verden og dens fenomener blir studert utfra aktørens perspektiv, og i det miljø der fenomenet forekommer, dvs. fra et innenfra-perspektiv (Hallberg 1998).

Grounded theory har som formål å skape teoretisk begrep fra data som kan forklare sosiale fenomen og prosesser, ikke å teste en teori. Ved denne teorien kan en ikke bestemme hvor stort utvalget skal være på forhånd. Kategoriens teoretiske metning

bestemmer når en skal slutte å samle data. Denne metningen bygger på forskerens egen subjektive bedømming av at samtlige kategorier har oppnådd metning eller at den framkomne teori er vel underbygd.

Grounded theory har en kvalitativ, holistisk tilnæringsmåte som tjener til å forstå og forklare menneskelig erfaring slik den oppleves for dem. Metoden har ikke til hensikt å finne noen almengyldig sannhet, men søker etter det som er sannhet for en bestemt person i en gitt situasjon, der utsagnene formes av personens tolkning og meninger (Glaser & Strauss 1967).

Teoretisk sensitivitet er viktig i grounded theory. Denne egenskapen sier noe om forskerens evne til å skille det viktige fra det mindre viktige i dataene. Eller forskerens evne til å finne mening i det verbale eller det non-verbale.

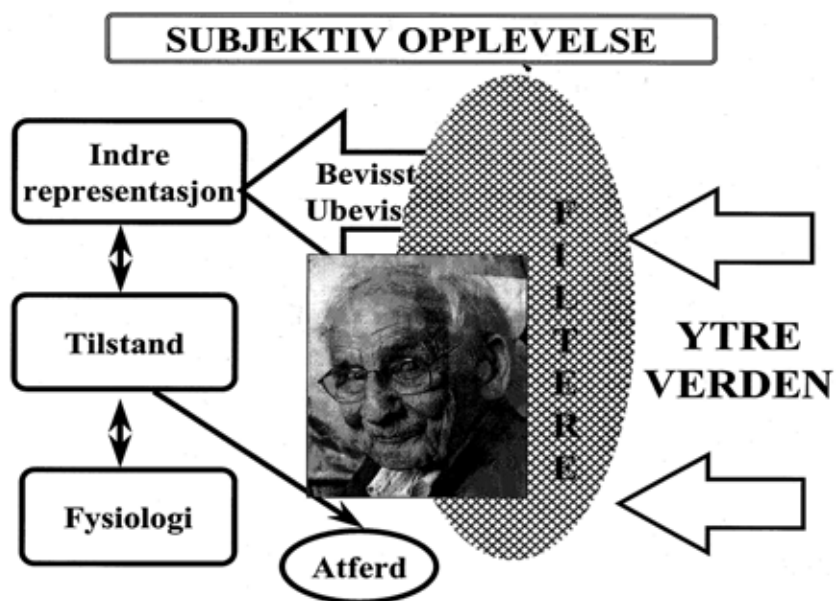
Forskerens personlige og profesjonelle erfaring spiller en viktig rolle. I grounded theory må forskeren være kreativ, kreativiteten viser seg ved at forskeren navngir kategorier, lager frie assosiasjoner som er nødvendig for stimulerende spørsmål, og for å ende opp med trådene som leder til oppdagelse. Balansen mellom det som er virkelighet og det som er skapt av forskeren opprettholdes ved å spørre hva som skjer her, være skeptisk til innbrakte eller oppståtte kategorier som verifiseres gjentatt ganger med dataene, følge datainnsamlings- og analyseprosedyrer som metoden skisserer (Strauss & Corbin 1998).

Subjektiv opplevelse

Fokuset i undersøkelsen er å få tak i de eldres subjektive opplevelse. Menneskers subjektive opplevelse er den måten vi oppfatter og tolker det som skjer i verden omkring oss. At den opplevelsen er unik, betyr at ingen oppfatter helt likt. Mange faktorer inngår i det vi kaller subjektiv opplevelse, og at det finnes personlige opplevelsesforskjeller i samme situasjon. For en sykepleier for eksempel, betyr dette at pasienten vil oppfatte budskap og tolke informasjonen ulikt. Forskjellene ligger i hvordan sanseinntrykk oppfattes og bearbeides bevisst og ubevisst gjennom våre filtre i hjernen (O'Connor og McDermott 1996). Informasjonen og budskapet vil derfor oppfattes både i forhold til nevrologiske faktorer, sosialisering og personlig erfaring, i tid og omstendighet.

I helsevesenet taper subjektiviteten ofte for troen på objektivitet, men når det gjelder helse, sykdom og syke mennesker blir subjektiviteten grunnleggende viktig. For at helsearbeideren skal forstå syke mennesker, og skille sin egen subjektiv opplevelse fra pasientens, er det nødvendig å forstå hva som inngår i en subjektiv opplevelse.

For å forstå hva som menes med subjektiv opplevelse, vil jeg benytte Karoliussens (2002) sin forklaringsmodell av subjektiv opplevelse.



Subjektiv opplevelse - forklaring av modellen

Den ytre verden omfatter alt som er utenfor personen selv. Informasjon fra den ytre verden oppfattes gjennom sansing og tolking. Sansingen og tolkningen utgjør et filter som "legger til" og "siler fra" informasjonen som påvirker oss. Denne prosessen skjer både bevisst og ubevisst. Filterets bestanddeler avgjør hvilke informasjon som tas inn. Gjennom generalisering, utvisking og forvrenging, endres informasjonen fra det som faktisk eksisterer i den ytre verden, til det som personen oppfatter gjennom sin egen filtreringsprosess.

Resultatet av dette blir personens indre representasjon av virkeligheten. Denne representasjonen er kun delvis den samme som faktisk er skjedd i ytre verden, nettopp fordi informasjonen har gått gjennom personens filter. Ofte feiloppfattes personens indre representasjon av ytre verden til å være den samme som den faktiske, fordi personen selv oftest ikke er klar over sitt eget filter. Det er ikke den ytre verden, men personens representasjon av virkeligheten som fører til personens tilstand. Tilstanden som er et resultat av tenkning og følelser påvirker hjernens biokjemi, som styrer kroppens fysiologi, atferd og handlinger. Kun handling og adferd er synlig for andre personer i ytre verden. Den indre prosessen er skjult. For sykepleiere vil pasientens representasjonssystem, det vil si hvordan pasienten sanser og tolker verden, være en viktig kilde til informasjonen som sykepleierhandlingen kan justeres etter.

Ingen erfaringer eller livshistorier er eksakt like, selv om vi kan finne mange likheter. Vårt personlige representasjonssystem vil inneha et sett av interesser, hva jeg liker/ikke liker, mine vaner, hva som setter opp reglene for min adferd, og alt

dette er spesielt personlig for meg. På denne måten blir mine briller ”på livet” bare mine.

Utvalg og datainnsamling

I henhold til grounded theory metoden ble uformelle personlige intervju benyttet til datainnsamlingen, for å belyse problemstillingen i denne undersøkelsen. Det kvalitative intervju synes å være et godt redskap for å innhente kvalitative beskrivelser om Eldres opplevelse av eget hjelpebehov.

Det ble tatt kontakt med ledelsen i kommunen for å informere om at en ville gjøre en undersøkelse i kommunen om Eldres egen opplevelse av hjelpebehov. Ledelsen oppfordret meg da til å ta direkte kontakt med de ulike avdelingslederne for at de skulle finne informanter. Inklusjonskriterier som ble lagt til grunn, var hjemmeboende eldre over 70 år, aleneboende som var avhengig av hjelp daglig, var mentalt friske, og hadde hatt hjelp av hjelpeapparatet i ca. 2 år. I tillegg ønsket jeg å ha noen som hadde familie boende i nærheten, og noen som ikke hadde dette. Om mulig ønsket jeg å intervju noen som var blitt alene i løpet av de siste månedene.

Et standardbrev ble utformet, og gitt til distriktslederne. Her framgikk det informasjon om prosjektet. Dette brevet sammen med en samtykkeerklæring tok da distriktslederne med seg til aktuelle personer. Tilbakemeldingen var at det ikke var så enkelt å finne personer som kom inn under de kriteriene som var satt. Totalt var det 9 eldre som sa seg villig til å bli intervjuet. Av disse var det ett ektepar der bare en av dem ble intervjuet, mens resten var aleneboende. Ingen av de eldre som sa seg villige til å delta i undersøkelsen var alvorlig syk, men hadde en fysisk funksjonssvikt som gjorde at de var helt avhengig av hjelp flere ganger i døgnet for å klare dagliglivets funksjoner. To av informantene bodde i tilrettelagt bolig, mens alle de andre bodde i eget hus /leilighet. Alle hadde hatt hjelp fra hjelpeapparatet en stund. De fikk hjelp til grunnleggende behov som dusjing, av- og påkledning, hjelp til handling, hjelp til å komme seg ut, hjelp til medisinhåndtering, og hjelp til rengjøring.

Tjenesten hadde nettopp vært gjennom en omorganisering som i korte trekk gikk ut på at det skulle være samme hjelpere som hjalp til med personlig hygiene som utførte praktisk arbeid i hjemmet. Denne forandringen påvirket nok de eldre som ble intervjuet.

Intervjusituasjonen

Intervjuene ble gjennomført i de Eldres egne hjem, og varte fra 1- 2½ time. Intervjuene kan benevnes som halvstrukturerte. Innledende spørsmål til samtalen, var: Hvordan har du det? Videre ble det spurt om hvor lenge de hadde hatt hjelp, og hvilke form for hjelp de fikk til hvilke tidspunkt, deres egen mening om hjelpebehovet, og om fastlegens rolle. Videre ble det fokus på hvordan hjelpen var

initiert fra kommunens side, om det var noe skriftlig vedtak, om det var noe evalueringsbesøk.

Deretter snakket vi om hva som var viktig for den eldre å få hjelp til, og på hvilken måte den eldre fikk formidlet sine egne verdier til hjelperne. Hva som var viktige egenskaper til en god hjelper. Eksempler på spørsmål som ble stilt var: Hvordan mestrer du dette å bli eldre? Hvilke forventninger har du til hjelpen? For å fokusere på forebygging ble informantene spurt om hjelperne hadde sagt noe om viktigheten av rett kosthold, fysisk aktivitet og sosial stimulering, og i tilfelle hvilket tiltak hadde de da bidratt med.

Analyse av materialet

Intervjuene som var innspilt på bånd, ble lytta på flere ganger før det ble transkribert av forskeren og anonymisert. Båndene ble deretter slettet. Analysearbeidet startet i prinsippet opp under selve intervjuet.

Etter hvert intervju ble det skrevet ned hovedinntrykket av samtalen. Først etter at alle intervjuene var gjennomført ble den endelige analysen foretatt i tråd med Strauss & Corbin (1998) som beskrevet i avsnitt om grounded theory.

Analyse i grounded theory kalles oftest for koding, og er den sentrale prosessen for å bygge teori oppstått i data. Koding representerer operasjoner som fører til at data blir splittet opp, begrepsfestet og satt sammen igjen på ny måte. Det finnes tre ulike former for koding; åpen koding, aksial koding og selektiv koding (Strauss & Corbin 1998). Disse måtene å kode på er prinsipielt adskilte prosesser, men i praksis er det ofte slik at de tre stegene er mer eller mindre sammenflettet, eller at en veksler mellom dem.

Åpen koding er den analyseprosess hvor hensikten er å fange substansen i data. Det er i denne fasen begrepet tar form, avgrenses og defineres (Strauss & Corbin 1998). Dette gjøres ved å bryte ned data i mindre segmenter ved å identifiserer og definere egenskaper. Forskeren stiller åpne spørsmål til data som: "Hva uttrykker dette avsnittet?" Og videre "Hva er meningen i det personen sier?" Kodingen ble gjort setning for setning for å få tak i meningen i det informantene sa. Ord som informanten brukte i intervjuet, fikk navn som beskrev kjernen i innholdet, og ble til egenskaper, som er de minste byggesteinene i analysen. Flere egenskaper dannet så en kategori, og kategoriene er hjørnesteinene i teorien som begynner å vise seg.

Hver kategori fikk så et navn som gjenspeilte hvilke innhold den hadde. I utgangspunktet skal en kategori ha et mer abstrakt navn enn de egenskapene den består av. Dette syntes jeg var vanskelig å gjennomføre i min undersøkelse. Derfor er nok navnene på kategoriene blitt mer konkrete enn ønskelig, men kategorier mener jeg er dekkende for de egenskapene jeg fant.

Aksial koding er den prosess hvor kategoriernes egenskap og dimensjoner kartlegges og beskrives (Strauss & Corbin 1998). Det vil si at en i den åpne kodingen bryter opp data, mens en i den aksiale kodingen forsøker å sette sammen igjen på en ny måte. Jeg har prøvd å tenke i termer årsak-virkning, ved å klargjøre forbindelsen mellom de enkelte kategorier, etterspurt sammenhenger, og sett på forskjellene og likhetene. Etter at jeg hadde satt opp sitat fra resultatdelen som belyste de ulike kategorier, lette jeg etter mønster, hva som hørte sammen. Det ble som å legge et puslespill. Det som var vesentlig her, var at begrep og relasjoner skulle kunne verifiseres i data, at mønsteret skal komme fra empirisk data. I denne sammenhengen var det viktig å være bevisst og tilbakeholden på min egen forforståelse ut fra den egne erfaring og kjennskap jeg hadde til tjenesten. Dette var vanskelig, nettopp fordi jeg kjenner godt til tjenesten gjennom min praksis. Det ble derfor viktig med teoretisk støtte for å opprettholde en nødvendig distanse til materialet.

Selektiv koding er mye likt aksial koding, men på et høyere nivå, det siste i analysen. Her søker en å finne relasjoner mellom kategoriene. Det innebærer at en får frem en eller flere kjerne kategorier. Kjerne kategorier er det sentrale fenomenet i data som kom fram på bakgrunn av resultatene fra den åpne og den aksiale koding, og de teoretiske overveielserne jeg gjorde underveis i analyseprosessen. Kriterier for en slik kjerne kategori er at den skal være sentral i datamaterialet, ha større tyngde og kan forklare mer hva det handler om. Den må også lett og meningsfylt kunne relateres til så mange av de andre kategoriene som mulig (Strauss & Corbin 1998). Under den selektive kodingen vokste det ut av de tre kategoriene en kjerne kategori som jeg mente kunne relateres til hver av kategoriene.

Memos er forskerens notater fra analysen i forbindelse med teori og begrepsutvikling (Strauss & Corbin 1990). Disse ble kontinuerlig ført i løpet av datainnsamlingen og analysen, og inneholdt refleksjoner, innspill og spørsmål. Det viste seg å være viktig å datere memos, for videre å kunne angi hvilke data som har gitt inspirasjon til dem.

Teoretisk metning

I grounded theory er det et viktig spørsmål om når en har fått samlet så mye kunnskap at en har fått tilstrekkelig kunnskaper om det området som studeres, og sammenhengen mellom kategoriene var nok utviklet. Når metningspunktet inntreffer (Glaser & Strauss 1967). Dette er et vurderingsspørsmål og kan oppfattes som en styrke ved metoden.

Etiske aspekter

I all forvaltning legges det stor vekt på å beskytte forsøkspersoner, og en undersøkelse skal ikke være til skade for deltakerne. Forskeren har fulgt retningslinjene slik de framkommer i Helsinki-deklarasjonen (1975) og etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden.

Det ble tatt kontakt med regional komite for medisinsk forskningsetikk i Oslo, som vurderte søknaden. Godkjenning ble gitt under forutsetning av at det ble tatt kontakt med kommunens hjelpeapparat slik at de plukket ut informanter ut fra mine valgte inklusjonkriterier. Jeg tok kontakt med hver enkelt informant etter at avdelingssykepleiere hadde gitt tilbakemelding om hvem som var villige til å delta i studiet. Før den enkelte skrev under på samtykkeerklæringen, ble hver enkelt informant skriftlig informert om forskningsoppgavens mål og hensikt. Deretter tok forskeren telefonkontakt med den enkelte. Forskeren informerte om at deltakelsen var frivillig og at de kunne trekke seg når som helst i forløpet. Deltakerne ble orientert om at forskeren hadde taushetsplikt.

Informantene bestemte selv når intervjuene skulle gjennomføres. Lydbåndene ble behandlet i tråd med Datatilsynets bestemmelser. En informant var imot at det ble brukt lydbånd, og dette ble etterkommet.

Et viktig etisk aspekt er at informantenes konfidensialitet blir tilfredsstillende ivarettatt, uten risiko for gjenkjenning. Deltakelsen i dette studiet skjedde på frivillig basis. De ga alle sitt samtykke til bearbeidelse av materialet. Kommunens navn er ikke nevnt i studien, men for enkeltpersoner med god kjennskap til den aktuelle kommune, vil den kunne identifisere kommunen. Etisk sett er det derfor viktig å vektlegge at den enkelte informant ikke gjenkjennes og at undersøkelsen ikke påvirker organisasjonens renome i negativ retning, men gir et nyttig bidrag til å videreutvikle tjenesten.

Forskeren må være klar over at enhver innsamling av materiale representerer en potensiell intervensjon som kan åpne for en prosess (Malterud 1996). Etter at intervjuet var gjennomført, ble det derfor spurt hvordan de opplevde intervjusituasjonen. Flere ga uttrykk for at det hadde vært godt å få snakke med noen om hvordan de opplever hjelpen, og enda bedre at det var noen som hadde tid og interesse av å lytte til det de hadde å fortelle om sitt levde liv.

Validitet og kvalitet i kvalitativ forskning

Basis i alt vitenskapelig arbeid er at det bygges på kvalitet. Kvalitetskriterier er et bidrag til at ikke hver og en kan gjøre seg opp sin mening om hva som er kvalitativ god forskning, men kriterier kan også bli en tvangstrøye. Derfor er det viktig å være åpne for det originale dersom resonnetet er overbevisende. Tror likevel som Steffan Larsson (1994) at det er viktig med kvalitetskriterier, for at disse kan bidra til refleksjon og dermed en økt bevissthet om hva som er kvalitativ god forskning. Kvalitet omfatter mer enn validitet. Larsson tar utgangspunkt fra et resonnement som kan relateres til praktisk empirisk forskning .

Steffan Larsson foreslår at kvalitet i kvalitative studier kan bedømmes ut fra 3 aspekter:

- kvaliteter i framstillingen i sin helhet, for eksempel håndtering av forforståelsen, intern logikk og forskningsetiske spørsmål
- kvalitet i resultatene, for eks. fylldige beskrivelser, struktur og teoritilskudd
- validitetskriterier, for eks. diskurs, heuristisk verdi og empirisk forskning

Kvaliteter i framstillinga i sin helhet

Det gjemmer seg alltid et perspektiv bak hver beskrivelse av en virkelighet. Det finnes altså en tolkning i alle meningsfylte tanker. Dette sporer oss hen til at en helt fra første møte med det som skal tolkes, har en forforståelse av hva dette betyr. Fenomenologien hevder at en skal legge vekk sin forforståelse for å møte det som skal tolkes så åpent som mulig. Dette ville kanskje være det ideelle, men det er vanskelig. Jeg tror heller på at en på forhand går inn å klargjør hvilke tanker, teori og fordommer en har om et fenomen. Etter en slik klargjøring, har en fått en bevisst holdning overfor tema, og kan gå åpent inn i forskningsfeltet.

Når det gjelder intern logikk og forskningsetiske spørsmål er det viktig at forskeren holder seg til det som er relevant i forhold til det som skal tolkes, og at antagelser til sammen med empiriske data, utgjør de sentrale delene for at leserne skal forstå hvordan resultatene er konstruert. Et viktig aspekt som Larsson tar opp er dette med bruk av resultater fra andres forskning. Det må være klart at dersom andre studier er relevante å bruke til sin egen studie, må en ikke unngå å kommentere på hvilken måte denne studien er benyttet.

Innen kvalitativ forskning kommer en nært innpå mennesker og det er en forutsetning at en viser respekt for informantene. Det er viktig at en beskytter og ikke krenker deres integritet. Steffan Larsson (1994) argumenterer for at det er standard at en skal anonymisere individ, plass og institusjoner, slik at det ikke kan identifiseres. Dette er selvfølgelig viktig, men en må da tenke over at en ikke gjør dataene slik at det blir for diffust framstilt, fordi dette kan gå utover kvaliteten. Det er viktig at en ikke fusker med det en selv oppfatter som sant. En sjekklister kan for eksempel være et hjelpemiddel, som Arne Trankell sier det "vitenskapelig hederlighet".

Kvaliteten i resultatene

Det er viktig her å være klar over hvem sine resultater det er som kommer fram i sluttresultatet. Er det informantens, forskerens, eller teoriens? Utgangspunktet må være at forskeren er objektiv og er bevisst på sine egne oppfatninger.

Fyldig beskrivelse er en vesentlig kvalitet innenfor kvalitativ forskning. Sentral verdi for resultatene er at de har en god og enkel struktur. At det går en rød tråd i hele studiet, og at en kan følge et resonnement uten at det er hoppet over viktige ledd, og at man tydelig markerer hva som er hovedsaker og hva som er bisaker. Ved å ha en slik struktur, vil det gjøre det lettere å vurdere kvaliteten på studiet. Larsson nevner også teoritilskudd som kvalitetskriterie. Tror at hvis en er oppmerksom på

hvordan man diskuterer sine egne resultater opp mot disse relevante studiene eller teorier, kan dette bidra til utvikling av ny teori, og dermed være et kvalitetskriterie.

Validitetskriterier

I kvalitativ forskning krever i følge Steffan Larsson (1994) at studien skal kunne utsettes for diskurs og gransking av andre forskere, uten at argumenter og påstander blir forandret. Studien skal også kunne gjenkjennes av informantene, og denne gjenkjennelsen skal bidra til at informantene kan forstå mer enn de gjorde fra før. Larsson kaller dette for heuristisk verdi, altså at informanten kan se fenomenet på en ny måte. Dette er et validitetskriterie.

At tolkingen bygger på empiri, kalles empirisk forankring. I en empirisk forskning kan en ha flere kilder som belegg for sin beskrivelse. Studien kan ha flere kilder for å sikre kvaliteten (triangulering). Samstemmighet mellom ulike kilder, kan være tegn på kvalitet. I tillegg kan en kontrollere data opp mot virkeligheten eller opp mot rådata, for å kontrollere at disse er samstemte.

Forskning skal være nyttig og kunne brukes i praksis, det pragmatiske kriteriet. Dette stiller krav til hvordan en formidler forskningsresultatene. I perspektivvalget må en derfor bestemme hva en legger i dette kravet og hvor viktig det blir som et kriterie.

Resultater

En brukerretta tjeneste

Det er galt å tro at eldre år må være preget kun av sykdom. Det er registrert at eldre mennesker har en noe mer labil helse enn yngre. Den biologiske aldringsprosess gjør at motstandsevne og reaksjonsevne er nedsatt, og tilpasningsevne og toleranse overfor miljømessige vanskeligheter er redusert. Hovedmålsettingen i en brukerretta tjeneste må derfor være å mobilisere ressursene i mennesket, og legge til rette for at eldre selv kan ta kontrollen og vinne tilbake styringen av eget liv.

Denne studien søkte å få svar på følgende spørsmål:

- Blir det gjort en grundig nok kartlegging av Eldres behov og ressurser før hjelp initieres?
- Hva oppfatter de eldre selv å ha behov for hjelp til?
- Hvordan oppleves hjelpen de får?
- Hvilken vektlegging har det forebyggende arbeidet i tjenesten?
- Hvilken påvirkning har familien på hjelpen som ytes, og hvor stor grad bidrar de i omsorgen?
- Hvilke hjelpetiltak savnes?

I dette kapitlet vil jeg legge fram de eldres egne utsagn om opplevelse av den hjelpen de får, slik disse kommer til uttrykk i undersøkelsen.

Analysen av intervjuene resulterte i en kjernekategori og tre hovedkategorier med relaterende underkategorier, se tabell 1. Kjernekategorien er ”En brukerretta tjeneste”. De tre hovedkategoriene er:

- 1) Eldres ressurser og behov.
- 2) Hjelpenes møte med de eldre.
- 3) Ytre rammer for tjenesten.

”En brukerretta tjeneste” er den kjernekategorien som framkom av dataene. Utgangspunktet for en brukerretta tjeneste er den enkeltes ressurser og behov. For å sette inn rett støtte for å kompensere for svikten til den enkelte, må hjelpepersonellet ha kjennskap til den enkelte pasient, og kunnskap om hvordan en møter forskjellige personer, i ulike faser, med ulik funksjonssvikt. Det er til slutt organisasjonen som har ansvaret for å bygge opp en tjeneste som tilfredsstiller behovene, både fra de eldre selv og fra hjelpepersonalet. På denne måten påvirker kategoriene hverandre gjensidig.

Alle kategoriene, inkludert underkategoriene framkommer av tabell 1. Hver kategori vil bli beskrevet hver for seg og underbygges med sitater.

Kategorier og underkategorier

Kjernekategori	Hovedkategorier	Underkategorier
En brukerretta tjeneste	Eldres ressurser og behov	<ul style="list-style-type: none"> • Jeg kan-jeg vil • Reduserer kravene • Sosialt nettverk
	Hjelpernes møte med de eldre	<ul style="list-style-type: none"> • Medbestemmelse • Respekt • Kompetanse • Forebyggende tiltak
	Ytre rammer for tjenesten	<ul style="list-style-type: none"> • Forutsigbarhet • Kontinuitet • Fleksibilitet • Tilbud/etterspørsel

Tabell 1: Tabellen viser kjernekategori, hovedkategorier og tilhørende underkategorier

Presentasjon av kategori 1: Eldres ressurser og behov

Med Eldres ressurser og behov menes indre og ytre ressurser som er utviklet over tid, så som vilje, mot, kunnskaper, erfaring og utholdenhet. Når en person eldes, påvirkes disse på ulike måter utfra hvilken personlighet og hvilken arena som er tilgjengelig. Dette i tillegg til en analyse av den fysiske funksjonen er viktig for å gi en individuell tjeneste.

Det var en gjennomgående frustrasjon blant de eldre i denne undersøkelsen at det ikke hadde vært noen fra ledelsen for å kartlegge hjelpebehovet til den enkelte. Dermed var det ingen som hadde spurt om hvilke hjelpebehov og ressurser den enkelte hadde. Familiens støtte hadde heller ikke blitt kartlagt. Informantene opplevde hjelpen som mer eller mindre tilfeldig, uten aktiv medbestemmelse fra den eldre selv. Dette fører til at de eldre ikke får fortalt hvem de egentlig er og hvilke verdier som den enkelte verdsetter, og hjelpen blir ikke individuelt tilrettelagt, noe som igjen kan føre til resignasjon hos den eldre.

De komponenter som utgjorde kategorien Eldres ressurser og behov var:

- a) jeg kan-jeg vil b) reduserer kravene (c) sosialt nettverk.

a) Jeg kan – jeg vil

Selv om de gamle hadde funksjonsnedsettelse så betydde ikke det at de ikke kunne mestre noen av dagliglivets funksjoner. Mari 78 år var så positiv at hun sa at det ikke var noe hinder å ha en funksjonshemming og sitte i rullestol. En trenger bare litt mer tid. Hun kunne komme seg ut fordi hun hadde egen bil. Hun måtte bare ha andre til å kjøre den for seg.

Undersøkelsen viste at hjelperne lett oppdager hvilke fysiske funksjon som er nedsatt hos den enkelte, og fastsetter hjelpen ut fra det en ser, uten å spørre den eldre hva de mener de har behov for. Oppfatningen til hjelpeapparatet syntes å være at eldre med hjelpebehov har svært mye felles uavhengig av funksjonssvikt, og dermed blir hjelpen standardisert.

Som sagt er det lett for en hjelper å se om den eldre har redusert gangfunksjon, eller lammelse i en ekstremitet, men den mentale tilstanden til den enkelte, må en få tak på ved å snakke sammen. En ting er å snakke sammen, en annen ting er å ha tid og interesse til å lytte til det den eldre forteller om sin livshistorie, for på den måten få fram hvem personen egentlig er. Eva sa:

”Jeg ønsker at noen kunne ha spurt meg hva jeg trengte hjelp til, og hatt tid til å høre på hva som betyr noe for meg å få gjort”.

Flere av informantene viste deres mentale styrke med den måten de omtalte seg selv på, og hva de hadde gjort gjennom livet. Ane 79 år fortalte stolt om seg selv:

”Jeg var ikke borte fra skolen de 7 årene jeg gikk på folkeskolen. Jeg ble syk, og avsluttet min yrkeskarriere på to krykker når jeg var 67 år”.

Det tyder på at en her har å gjøre med en person med mental styrke, som ikke gir så lett opp, men som har forventninger og krav til hjelpeapparatet. Hun forventer at hjelperne ser hennes behov, og stiller opp når hun trenger hjelp.

Som Mari i sitatet nedenfor uttrykker det, må man få rede på hvilke hjelp som trengs ved å lytte til det de eldre forteller, ellers famler man i blinde:

”Er det ikke jeg som skal bestemme hvilken hjelp jeg har behov for? De kan da ikke sitte på kontoret å bestemme det. Sjefen har da aldri sett hvordan jeg har det eller snakka med meg”.

De fleste av informantene hadde funksjonsvilje, altså vilje til å funksjonere på tross av nedsatt kapasitet, mens noen var i ferd med å miste denne komponenten. Undersøkelsen viste at det er i en slik situasjon at det er avgjørende å få hjelp av en person som kan bidra til å styrke identitetsfølelsen før den eldre mister viljen til å leve, ikke ser mening eller håp, og resignerer. En slik resignasjon kom fram hos noen av de samme informantene som uttrykte ensomhet.

Eksempelvis Karen på 72 år som hadde så store problem med hørselen at det var vanskelig å kommunisere med henne. Hun gjentok flere ganger under intervjuet at hun var tunghørt, men hun sa også at hun orket ikke å gjøre noe med det. Hun fortalte at flere av hjelperne hadde sagt at de skulle følge henne til Høresentralen, men at det aldri har blitt noe av det. Igjen vises en resignasjon når ikke ting følges opp som lovet.

”De sier de skal komme å følge meg til Høresentralen, men det har de sagt lenge. Det blir aldri noe av det, de bare sier det. Nå har jeg gitt opp håpet”.

b) Reduserer kravene

De fleste eldre i undersøkelsen opplever at de *mestrer* det å bli eldre, og at alderdommen gir tilstrekkelig opplevelser som gir livet verdt å leve selv med reduserte krefter og ensomhet. De eldre beskriver dagen som den nå fortoner seg for dem. De er avhengig av hjelp. De kommer seg ikke ut, og det er ikke så mye de kan fylle dagene med. Stort sett finner de seg til rette, men nøysomheten synes imidlertid å være framtreddende. De finner selskap i å lese, lytte på lydbøker og se på TV. De ser fram til sommeren til de får komme seg ut, og til at barnebarn kommer på besøk.

Informantene forteller om hva de har vært med på, og hva de har opplevd gjennom livet. De har vært aktive idrettsutøvere, de har deltatt aktivt i humanitære organisasjoner, de har vært glad i å komme seg ut i naturen, og de har opplevd fine ferieturer. Måten de forteller dette på, viser at dette fortsatt betyr noe, og oppleves som lyspunkter i hverdagen. Olga på 79 år som er blind, og ikke vært ute på flere måneder, reiser seg spontant og sier stålende:

”Jeg har danset i hele mitt liv. Jeg er så glad i å danse, men jeg kommer ikke ut på gammeldansen. Jeg danser med meg selv etter radiomusikk, trimmer i stua, danser rundt. Det er trim det, også er det god balansetrening, men jeg ramler”.

Hun ønsker seg noen som kunne ta en svingom med henne, slik at hun kunne vise at hun fortsatt kunne danse. Hun er funksjonshemmet, men hun ønsker å bli sett.

Stort sett ga informantene opplevelse av å være ensomme. En slik følelse oppleves ofte som vond, og er en faktor som betyr mye i forhold til hvordan livet oppleves. Noe av dette kan kanskje være årsaken til at ektefeller tar på seg omsorgsarbeid lenger enn de egentlig har ressurser til, fordi de er engstelig for ensomheten.

c) Sosialt nettverk

Undersøkelsen viser at der familien er deltakende i planleggingen av hjelpen, og bidrar med praktisk hjelp, er informantene mer tilfredse med sin situasjon. Det er imidlertid ingen garanti for at den eldre får mye praktisk hjelp av familien om de bor i nærheten, men de eldre opplever imidlertid trygghet å ha familie i nærheten, fordi de er i beredskap hvis noe uforutsett skulle skje. Selv om barna bor langt unna, kompenseres dette ved daglig telefonkontakt. Informantene synes også å forsvare barna med at ”de har da så mye å gjøre”, og er takknemlig for den hjelpen de får.

De eldre er opptatt av at barna har det bra. De forteller hva barn og barnebarn holder på med, og hvorfor det ikke er mulig med mer hjelp fra deres side.

De som ikke har noen familie, blir huset og de tingene som de omgir seg med i hjemmet verdifulle for deres livskvalitet. Fordi hjemmet har en historie, knyttet til deres tidligere liv. Her har de oversikt, er kjente og trygge, og de kan dermed skape sin egen tilfredshet her.

Dette gjelder ikke bare selve huset, men også omgivelsene betyr mye. Utsagnet til Ane illustrerer dette:

”Det har alltid vært viktig for meg å ha en pen hage. Fint å se noe spire og gro. Å få sitte på verandaen å se at det blomstrer, og kjenne frisk luft, er viktig for meg”.

For henne er det viktig da å komme ut, få noen til å stelle hagen, vaske verandaen. Slik hjelp syntes det å være vanskelig å få. Hjelpen som gis til hjemmeboende eldre er en minimumshjelp. Derfor har flere av informantene sett det som nødvendig å supplere hjelpen, og som tidligere nevnt blir denne hjelpen da oftest utført av familie. De som ikke har familie til å hjelpe seg, men ønsker selv å bo hjemme, får noe hjelp av naboer, men de fleste kjøper seg tjenester privat. Ellen på 75 år er barnløs, og har ingen nær familie. Hun trenger mye hjelp, men hun ønsker å bo i huset som hennes mann og hun bygget, fordi det er ”det nærmeste” hun har.

”Jeg ønsker å bo i huset mitt. Det er livsverket til mannen min og meg, derfor har jeg så mange gode minner i huset.....”

En merker seg at det er praktisk hjelp som familien gir, og ikke hjelp til personlig hygiene. Eksempel på oppgaver som andre utfører, er banktjenester, handling, følge til offentlige kontorer, til tannlege, vaske vinduer, stelle hage, måke snø, osv. Dette er hjelp som de eldre mener å ha behov for, men som ikke kommunen har ressurser til å dekke.

Undersøkelsen viser at det ikke er noe forskjell på om de eldre har hjemmeværende barn eller yrkesaktive. Begge yter hjelp til sine eldre. Det en imidlertid ser, er at de som er yrkesaktive kommer på faste dager, fordi de er avhengig av å planlegge og strukturere tiden de bruker for å hjelpe sine eldre foreldre.

Presentasjon av kategori 2 : Hjelpernes møte med de eldre

Forutsetningen for å skape en brukerretta tjeneste sett både i forhold til hjelpere og fra de eldres synsvinkel, ligger delvis i organisasjonen og delvis i hjelperens holdninger, og mulighet til å utvikle sin yrkesrolle og bruke sin fagkunnskap.

Kategorien tar utgangspunkt i hjelper og hjelperollen, men vektlegger dette å forstå eldres behov slik at gjennomføringen av hjelpetiltaket er i samsvar med deres behov.

Denne undersøkelsen skiller ikke på om den eldre får hjelp av hjemmehjelp, hjelpepleier eller sykepleier. Dette fordi de eldre hadde vanskeligheter med å skille fra hverandre hvilken fagbakgrunn de ulike hjelperne hadde. Som tidligere nevnt hadde organisasjonen der informantene er hentet fra, nylig vært gjennom en omorganisering av tjenesten, og dette påvirket nok undersøkelsen på den måten at de eldre var negative til denne endringsprosessen. Omorganiseringen går i korte trekk ut på at alle skal gjøre alt for å unngå dobbeltkjøring. De eldre opplevde at det var tilfeldig hjelper som kom, og med ulik erfaring og kompetanse.

Underkategoriene som framkom under denne kategorien var:

a) medbestemmelse b) respekt c) kompetanse samt e) forebyggende tiltak.

a) Medbestemmelse

Med medbestemmelse menes det at mottaker av tjenester får innsyn og innvirkning på hjelpetilbudet gjennom et samarbeid med de som yter hjelpen. Det handler om å fremme mestring, og om å minske følelsen av avmakt og av det å være avhengig. En god hjelper betyr som en sa:

”En som har tid til å lytte, iallfall ikke møter meg med å si at jeg har så dårlig tid”.

Dette at det ikke foregår en systematisk kartlegging av hjelpebehov, fører til at de eldre ikke får fortalt hvem de egentlig er og hvilke verdier den enkelte verdsetter. Hjelpen blir derfor ikke individuelt tilrettelagt. ”Kommunen bestemmer”, sier informantene. En slik ”overkjøring” fratar de eldre en reell innflytelse på utforming av hjelpetiltaket, og kan på sikt føre til resignasjon.

I tillegg til at kommunen bestemmer hjelpebehovet, viser også undersøkelsen at familien har mye makt overfor den eldre. Eksempel fra undersøkelsen viser at barna bestemmer alt fra om de eldre skal opereres, til det å selge huset.

”Sønnene mine bestemte om jeg skulle opereres eller ikke. De sa at jeg var for gammel til å bli operert. Da ble det slik”.

En slik mangel på medvirkning ser vi også i undersøkelsen når det gjelder de eldres kontakt med fastlegen sin. Det virker som om at det er systematikk i at hjelperne overtar kontakten med pasientens lege, så snart omsorgstjenesten er inne i bilde. Dette skjer uansett hvilke fagpersonell som er involvert.

De fleste av informantene ønsket nok å ha kontakt med fastlegen, men det virker som om tilgjengeligheten gjør at det er greiere at noen ”ordner det”.

b) Respekt

Blant informantene var det noen som ga uttrykk for at hjelperne tar seg til rette i hjemmet på en slik måte at det oppleves som mangel på *respekt*. Ellen 76 år uttrykte det slik:

”Jeg har følelsen av at menneskeverdet ikke er så mye verdt når en er blitt gammel. De som ikke har vært her før, spør for eksempel ikke hvor jeg har undertøyet mitt. De bare drar opp skuffer og skap og leter, uten å spørre meg. De tar seg til rette”.

Respekt dreier seg om å ha visse grunnleggende holdninger til andre mennesker. Hvert enkelt menneske har i vårt samfunn en ukrenkelig verdi. Alle har krav på vern om og respekt for sin integritet uavhengig av etnisk bakgrunn, hudfarge, kjønn, språk, religion, politisk syn eller andre meninger, nasjonalt eller sosialt opphav, eiendom, funksjonsevne eller andre forhold.

Det å vise respekt må komme til uttrykk på måter som gjør at den enkelte kjenner aksept av seg selv og sin verdighet. Den norske regjering legger til grunn at tjenestene må bygge på respekt for den personlige integritet og egenverdet, og så langt som råd er for livsførselen til det enkelte mennesket. Dette innebærer mellom anna å vise respekt for mottakere sine verdier og vaner, uansett eget livssyn og personlige oppfatninger. Det innebærer også å respektere det behov mottakeren har for privatliv og for å styre egen hverdag. I denne sammenhengen var det for eksempel viktig for de eldre at hjelpen kom til det tidspunktet som var avtalt.

Informantene er opptatt av en høflig oppførsel til hjelperne. I noen sammenhenger synes det nesten som om de vektlegger det mer enn hvordan hjelpen gis. De eldre misliker for eksempel at hjelperne bare presenterer seg med fornavn når de kommer første gang inn i deres hjem. Noen synes også at hjelperne fortsatt skal omtale de eldre med De-form. Selv om det bare er et mindretall som sier dette, viser det sårbarheten, og det handler om å ha respekt for enkeltindividet.

Undersøkelsen viser imidlertid at det er forskjell på yngre og eldre hjelpere når det gjelder oppførsel. Informantene sier at de yngre hjelperne tar mindre hensyn til de eldres interesser og verdier. Slik uttrykkes dette:

”De vet liksom ikke hva de skal snakke med meg om....Det er kanskje ikke så rart, de vet jo ikke hva jeg har opplevd”.

I utgangspunktet skulle en tro at nettopp dette å komme inn i de eldres private hjem, skulle bidra til å finne ”knagger” som innbydde til samtale på de eldres premisser.

Det er mange hjelpere fra ulike kulturer i hjemmetjenesten. Informantene i denne undersøkelsen opplever at disse er høflige, og de sier at det er spennende å høre de fortelle fra sitt land. Kari 76 år uttrykte det slik:

”Det er lett å se at de kommer fra andre kulturer. De har mer respekt for eldre. De er nok mer vant til å ta seg av sine gamle”.

c) Kompetanse

Det er hjelpernes sin oppgave å møte de eldres behov, og hjelperne må vise at de er innstilt på å ha en dialog med de eldre. Hjelpere må høre og tolke den enkelte eldres signaler. Til dette trengs fagkompetanse, det trengs kommunikativ kompetanse, og det trengs tid.

Med hensyn til tidsaspektet, viser undersøkelsen at hjelpen som gis til hjemmeboende eldre er en minimumshjelp. Informantene viste spesielt til helgene, hvor vanskelig det da var å få tilstrekkelig hjelp. Slik uttrykkes dette:

”Spesielt er hjelpen i helgene utilstrekkelig. Så vidt jeg har fått nesa innenfor badedøra, så sier de at nå greier du resten selv, og så forsvinner de. Jeg mobiliserer mye krefter på å klare de helt nødvendige tinga, med det resultatet at jeg ikke har mer krefter igjen til mer trivielle ting”.

De som er avhengig av hjelp, er var på hvordan den enkelte hjelper behandler dem. Dette viser at det er viktig å velge hjelpere som samhandler bra med den eldre, ”Rett person på rett plass”. Tone på 76 år uttrykte seg slik i forhold til hvor fintfølede en er når en er avhengig av hjelp:

”Jeg vet hvem som er hardhendt og hvem som behandler meg fintfølede. Med det samme hjelpen kommer inn døren, vet jeg hvordan hjelpen gis i dag, og jeg oppfører meg deretter”.

Kommer en hjelper som Tone vet er hardhendt, kan hun fra hjelpernes side karakteriseres som vanskelig. Dette blir feil fordi dette alltid vil relateres til den samhandling som skjer med personalet, og den situasjonen pasienten er i. ”Det finnes med andre ord ikke vanskelige pasienter, kun pasienter som har det vanskelig”.

Dersom ikke hjelperen tolker slike signaler, kan den eldre bli misoppfattet, og samhandlingen vanskeliggjøres. Liv på 72 år uttrykker det på denne måten hva det betyr å ha dialog med hjelperne:

”Jeg ønsker en hjelper som har tid til å lytte til meg, og sense at i dag har jeg noe jeg har behov for / lyst til å prate om. Dette avhenger veldig mye av hvem som kommer, og hvilken ”kjemi” det er mellom oss”.

Eller som Jon uttrykte det: *”Det er viktig med mine psykiske plager at hjelperne forstår meg, og kan møte meg når jeg gir uttrykk for hva som plager meg. At de kan sette ord på det som gjør meg vondt, uten å såre meg”.*

Til tross for at det var gjennomgående liten kontinuitet og stabilitet av hjelperne, kom det også fram at der det virkelig er behov for kvalifisert hjelp og kontinuitet stiller slik hjelp opp. Her i denne undersøkelsen ble det spesielt nevnt situasjoner der de eldre trengte hjelp i sorgbearbeidelse.

”Jeg hadde ikke lyst til å leve lenger, men hjemmesykepleien ga meg livsmotet tilbake. De har alltid tid til å snakke med meg. De er flotte folk, jeg blir gladere når de går ut herfra”.

Dette utsagnet viser at det er viktig med rett kompetanse i slike tilfeller. De eldre befinner seg i en sårbar situasjon, der det raskt kan skje endring i tilstanden. Hjelpetiltakene må derfor vurderes kontinuerlig i den daglige omsorgen. Hvis ikke, kan alvorlig svikt oppstå.

Dialog består også av latter, gråt, blick, mimikk og kroppspråk som tydeliggjør et budskap som ikke behøver å være klart formulert i ord.

I kartlegging av hjelpebehov er det derfor viktig å ha kompetanse som ”har øye for” om den eldre eksempelvis bærer på ubearbeidede tanker, som den eldre ønsker å snakke om. Eksempelvis slik Jon på 74 år, som nylig hadde mistet sin ektefelle, uttrykte det:

”Jeg tenker så på kona mi, og at jeg ikke fikk gjort nok for henne. Jeg og kona mi hadde det så godt i lag. Alt raste sammen når hun døde”.

Slike utsagn er viktige å nøste videre på. Kanskje er resignasjonen så dyptgående at en behøver hjelp fra andre faggrupper enn de som er daglig tilgjengelig i omsorgstjenesten, eksempelvis psykiatrisk sykepleier eller psykolog.

Som tidligere nevnt viser undersøkelsen at det er flere helpere fra andre kulturer tilsatt i omsorgstjenesten. De eldre har ikke noe i mot disse hjelperne. Unntaket synes å være eldre som plages med sorgreaksjoner. Disse nevner at de ikke er så lett å oppnå den samme kontakten med helpere med fremmedkulturell bakgrunn, fordi de sier at de ikke forstår hva de eldre sier.

e) Forebyggende tiltak

Dette å finne den enkeltes ressurser og støtte opp om disse, tar tid.

Undersøkelsen viser at hjelperne er presset på tid, og at det å få jobben gjort, blir det viktigste. Fokuset blir derfor ikke rettet mot å tenke eller bidra til forebyggende tiltak, eksempelvis gå en liten tur, eller lese avisen sammen osv. De som har gjenlevende ektefeller sier, at de vet hva som betyr noe for ektefellen, hvilke interesser han hadde før han ble dårlig. De sier at de prøver bevisst å støtte opp om disse interessene. Igjen viser dette at det er mye å hente ved å ha god dialog med pårørende når en skal tilrettelegge aktiviteter.

På spørsmål om hjelperne snakker om betydning av forebyggende tiltak som eksempelvis forebygging av fallulykker i hjemmet, viktighet av fysisk aktivitet, kosthold, og sosial stimulering, opplyser ingen av informantene at hjelperne har hatt fokus på dette området. Følgende 3 utsagn fra 3 ulike informanter viser at det ikke hjelperne har noen bevissthet på dette området.

"De spør aldri om de skal gå en tur med meg i hagen for eksempel".

"Skal de lage noe mat, tar de ferdige suppeposer, for det er enklest".

"Selv om jeg sitter i rullestol, trenger jeg balansetrening. Ingen gjør, eller bidrar noe til det".

Det blir derfor de eldres bevissthet og interesse for forebygging som avgjør om de gjør noe for å opprettholde/vedlikeholde sine funksjoner, gjennom ulike aktiviteter.

"Hjelperne har aldri sagt noe om det, men jeg har sett betydningen av dette. Jeg hadde aldri blitt så gammel dersom jeg ikke hadde vært i såpass aktivitet både fysisk og psykisk, før jeg ødela meg", sier Ellen på 90 år.

Det som er det paradoksale er at til tross for at de eldre er misfornøyd med tjenesten, skryter de fleste av hjelperne, og er takknemlig for hjelpen de får. Det er stort sett systemet de klandrer på, og ikke hjelperne.

Presentasjon av kategori 3: Ytre rammer for tjenesten

Denne kategorien har fokus på organiseringen av hjemmetjenestene i kommunen. Som nevnt tidligere hadde den kommunen informantene er hentet fra nylig gjennomgått en omorganisering. Hensikten med kommunens omorganisering var mellom anna at det skulle resultere i bedre kontinuitet i hjelpetilbudet. Utfra denne undersøkelsen syntes ikke det å være tilfelle, i hvert fall ikke foreløpig.

Underkategoriene som framkom under denne kategorien var:

a) forutsigbarhet b) kontinuitet c) fleksibilitet d) tilbud-etterspørsel.

a) Forutsigbarhet

Det undersøkelsen tydelig viser er at det er viktig for den eldre at hjelpen er forutsigbar. Det innebærer trygghet for den eldre å ha samme person som har ansvaret, og at en vet hvem som kommer til hvilke tidspunkt, og på hvilken måte den som kommer utfører gjøremålet på.

Informantene beskriver en uforutsigbar tjeneste med ustabilitet i personellstaben. Det er usikkert når hjelpen kommer, og det er mye venting. Ellen 74 år beskriver situasjonen slik:

”Jeg må ha hjelp til å komme meg opp om morgenen. De kommer en gang mellom kl 08.30 og 11.30. Jeg blir da liggende å verke i hele kroppen”. Om kvelden må jeg ha hjelp til å legge meg. Da kommer de også til ulike tider. Jeg har måttet kjøpt inn et ekstra TV til å ha på soverommet slik at jeg har noe å være opptatt av mens jeg ligger og venter. Ja, bare av den grunn at de ikke kan komme til normal tid”.

De eldre opplever en vedvarende knapphet på deltakelse i forhold til å kontrollere sin tid. De opplever tap og savn i forhold til hvordan de ønsker at deres private og intime gjøremål skal utføres på. Men informantene klandrer systemet og ikke hjelperne for dette stresset. Systemet degraderer dem.

Mari 78 år understreket at det viktigste for henne var at hjelpen kom til de tider de sa de skulle komme, slik at hun kunne finne fram tøy, og gjøre det hun klarte selv før hjelpen kom og hjalp henne med det hun ikke klarte.

Inger på 90 år hadde deformerte hender på grunn av skader og sykdom, men sa at hun stelte middag hver dag. Hennes viktigste behov for hjelp, var å få skrelt poteter og grønnsaker. For begge disse informantene var det viktig å få hjelp til fastsatte tider slik at de kunne følge en noenlunde normal døgnrytme.

Undersøkelsen viser at de hjelpetrengende som bor, eller har bodd sammen med ektefelle, faller mye av omsorgen på disse. Ektefelle utfører det meste av omsorgen, og blir dermed svært bunden til pleiesituasjonen. Berit på 78 år bor sammen med sin eldre ektefelle som er mer funksjonshemma enn det hun er. Slik uttrykker hun hvordan dette oppleves:

”De kommer ikke alltid til tida for å hjelpe mannen min. De vet jo at jeg alltid er her”.

Dette sier noe om at hun egentlig ikke får den hjelpen hun behøver. Hun er egentlig misfornøyd med hjelpen fordi den ikke er helt å stole på.

Informantene etterlyser skriftlig informasjon, fordi de ønsker å ha kontroll over sin egen hverdag. Det er blitt bestemt hva de eldre skal ha hjelp til, men på hvilke grunnlag dette er gjort, var det vanskelig å få svar på fra informantene. ”Bare at det er blitt sånn”. Det var ingen av informantene som kunne legge fram skriftlig vedtak på tildeling av hjelp.

I tillegg opplever de liten informasjon fra ledelsen. Det er dette utsagnet et eksempel på:

”Informasjonen om at ingen fikk hjemmehjelp i ferietiden, ble annonsert i avisa. Det er ikke alle som ser det. Det er ikke godt nok!”.

Informantene etterlyser et systematisk oppfølgingsbesøk som evaluerer den hjelpen de mottar, ”.....og noen jeg kan fortelle hvordan jeg opplever den hjelpen jeg får, sier Gro.

b) Kontinuitet

Informantene beskriver en tjeneste der en er heldig dersom samme person kommer to dager etter hverandre. I det ytterste tilfelle fortalte en av informantene at hun hadde opplevd at hun hadde hatt hjelp av ti forskjellige personer i løpet av en uke. Det som også syntes å være sammenfallende informasjon, var at hjelperne som kom om morgenen ikke visste hvem som kom på kvelden samme dag. Manglende kontinuitet illustreres ved følgende utsagn fra Liv 72 år:

”Det er forskjellige personer som kommer hver dag, og det er ingen faste hjelpere som følger meg opp”. Det er dumt med så mange forskjellige helpere. Det er jeg som må følge med på eventuelle forandringer som skjer med meg. Det måtte være bedre for alle parter at det var mer kontinuitet. Når jeg spør f.eks om de kan bruke løfteheisen, svarer de at det har de fått beskjed om at jeg kan lære dem”.

Dette at hjelperne skyver ansvaret over på de eldre selv, virket negativt på informantene. De sa i klar tekst at de mistet tillit til systemet, og blir utrygge.

”Jeg kan da ikke stole på hjelperne når jeg opplever at det er jeg som hele tiden og om igjen, må fortelle hva de skal gjøre, hvordan jeg ønsker å ha det, og hva som er mine problemer”.

c) Fleksibilitet

Omorganiseringen som var gjort i tjenesten var nok et grep for å få til fleksibel bruk av personell i en presset hjemmetjeneste. Det virker som om hjelperne er lojale overfor vedtak som er fattet, og følger disse strengt opp, og informantene har liten innflytelse på tidspunkt og kontinuitet.

”Jeg kan ikke bestemme hjelpen ut fra egen motivasjon og døgnrytme, de ”høye herrer” bestemmer”.

Kommunen har utarbeidet kriterier for de ulike tjenesteområdene, for eksempel står det der at hjemmehjelpen ikke skal stryke tøy, vaske vindu osv. Hva skjer da? Slik uttrykte en av informantene som var svaksynt dette: *”Jeg brenner meg på hendene hvis jeg stryker klær fordi jeg ikke ser. Det er derfor jeg trenger hjelp”.*

Under kategorien eldres ressurser og behov, framkom det at huset og omgivelsene blir mer betydningsfulle i eldre år. Flere av informantene var misfornøyd med hjemmehjelperne fordi de jobbet under så strenge kriterier. Det virket som om det var bare noen som utførte oppgaver som var viktige for de eldre å få gjort, men det er som de sa, ”av egen godhet”.

Eva 78 år sier det slik:

”Jeg har mye rundt meg, blant annet mye bøker. Jeg trives med det. Jeg er klar over at det er mye ”plundring” når de skal vaske hos meg, men de tinga som jeg har rundt meg, betyr mye for meg og for min fungering. Da må de finne seg i det, men det er det bare Gunn som gjør, for hun er en voksen dame”.

Informantene setter stor pris på deltakelse i sosiale aktiviteter som er tilrettelagt for eldre. Der kommunen har tilrettelagt for slike sosiale aktiviteter, oppleves disse som positive, men opplever at transportordningen som bringer til slike aktiviteter er lite fleksible.

d) Tilbud - etterspørsel

I undersøkelsen ble det stilt spørsmål om hvordan de eldre hadde kommet i kontakt med hjelpeapparatet. Flesteparten sa at det var familie eller nabo, og sjeldnere var det at de selv ringte for å be om hjelp. Det synes som om de eldre er for stolte til å be om hjelp. De ber ikke om hjelp før de er helt nødt til det, og da er omsorgspersonen som regel helt utslitt. Slik uttrykte en av de informantene som nylig hadde mistet sin ektefelle det:

”Vi har hatt et godt ekteskap, vi hadde lovet å ta oss av hverandre. Det gikk bra inntil jeg kollapset”.

Det kan her stilles spørsmål om kommunen fanger opp personer som har behov for hjelp, og om kommunen tilbyr de tjenestene det er behov for. Kunne eksempelvis en skriftlig informasjon om hvilke tjenester kommunen kan tilby, og hvordan en skal nå hjelpeapparatet, være et hjelpemiddel? Eller burde kommunen ha etablert en form for oppsøkende virksomhet til eldre over 70 år?

Bygging av omsorgsbolig vet vi har vært et sosialpolitisk mål i Norge. Undersøkelsen viser at de ikke får så mye tilrettelagt hjelp som de kanskje trodde de fikk når de flyttet til omsorgsbolig. Det viser seg også at de eldre som bor i omsorgsbolig har liten kontakt med hverandre. Flere av de som har flyttet til omsorgsbolig, har ikke vokst opp i miljøet, og føler seg fremmed. De sier de vet ikke hvem de skal ta kontakt med. Det kommer også fram et ønske om at omsorgsboliger skulle være plassert nærmere sentrum slik at en lettere kunne opprettholde aktiviteter som det å handle, komme i bank, osv.

”Jeg flyttet til omsorgsbolig for å få mer omsorg. Jeg må si at det som er omsorg her, er at det ikke er dørstokker”.

Flere av de eldre i undersøkelsen sier at de har initiativ og lyst til å være med på aktiviteter, men det mangler tilrettelegging fra kommunen. Aktiviteter som eksempelvis trim, ledsager, lesegrupper, transportordning, støttekontakt, sangkor og vaktmestertjeneste, blir nevnt. Alle informantene synes det er synd at det reduseres på slike tilbud. Grunnen til at disse tilbudene er redusert, er kommunens økonomi, og disse tilbudene er ikke lovpålagte tjenester.

”Det er ikke noe felles aktiviteter tilpasset eldre. Kommunen har ikke råd til å opprettholde slike ting lenger. Det savner jeg”.

Men for å illustrere at de eldre er selvstendige individ med ulik bakgrunn og forskjellige behov, også når det gjelder sosiale aktiviteter, beskrives dette i følgende utsagn:

”Meg får du ikke på et eldresenter. Jeg skal ikke bli lest for, det greier jeg selv. Trenger jeg å komme ut, blir det på noe i min forening, som jeg har tilhørt hele mitt yrkesliv”.

Det som da kom fram var at tilgjengeligheten til å følge opp de vanlige kulturtilbudene ikke alltid var like lett. Det gjaldt den fysiske tilgjengeligheten med trapper, manglende transporttilbud, og mangel på personer til å følge til ulike aktiviteter. I tillegg kunne arrangement på kvelden være vanskelig å delta på fordi de måtte være hjemme til hjelpen kom kl. 21.00.

Flere sa de hadde sendt skriftlig søknad om eksempelvis støttekontakt, men fått avslag. Avslaget begrunnes i at det ikke er mulig å skaffe slik hjelp.

”Kommunen sier at de har ikke noen støttekontakt for øyeblikket, men slik har de holdt på å si i 3 år”.

På spørsmål om hvorfor de ikke klager, svarer de fleste at de ikke ønsker å klage. De er redde for å miste hjelpen, og finner seg i kommunens sparetiltak.

”Hjelperne gjør så godt de kan, og jeg er avhengig av hjelpen, så jeg vil ikke si noe”.

Andre igjen finner seg ikke i situasjonen:

”Jeg har sendt brev både til sjefen og til ordføreren for jeg finner meg ikke i den måten hjelpen fungerer på”.

Diskusjon

Innledning

Utgangspunktet for studien var å beskrive og analysere de eldres opplevelse av eget hjelpebehov. Resultatene viser at de eldre kan være resurssterke, ansvarlige og realistiske, selv om de er avhengig av hjelp. Det viktigste er å bli respektert som individer som kan ta ansvar for eget liv. Hjelpen som de mottar må være individuell slik at det er mulighet for forutsigbarhet og kontroll over egen hverdag. Hjelperen som utøver hjelpen, må både ha kompetanse om eldres sykdommer/funksjonssvikt, og om hvilke symptomer og opplevelse denne svikten gir. I tillegg må hjelperen ha

kunnskap og forståelse om den sårbarheten som de eldre uttrykker relatert til dette å motta hjelp, og være bevisst på personens representasjonssystem.

Det viktigste funnet i studien er at de aller fleste finner innhold i sin tilværelse, og oppnår livskvalitet.

Informantene beskriver seg selv som mennesker som tar ansvar for sitt liv. De har ingen falske illusjoner om livet, men ønsker å leve. Jeg tolker det som meningskomponenten i følelsen av sammenheng, slik Antonovsky (1987) beskriver dette. Livet gir emosjonelt mening for dem, og de kjenner forpliktelse og engasjement til å ville møte de utfordringer livet gir dem (Antonovsky 1987, s.18).

En brukerretta tjeneste

Studien tydeliggjør at det er viktig for den eldre at de i størst mulig grad opprettholder det de klarer, og at hjelperne oppfordrer til dette (empowerment).

De eldre som er avhengig av hjelp styres i stor grad av det systemet og personene som er i dennes nærhet. Makten ligger hos helsepersonellet, og ofte greier ikke pasienter å stå i mot slik overmakt. Ofte ønsker ikke personalet å utøve slik makt, og mange ganger vet de ikke hvor maktovergripende deres handlinger kan være. Empowerment er en måte pasienten kan oppnå en større grad av myndighet og kontroll over eget liv. En kan tenke seg empowerment på tre nivåer (Andersen og Brok 1998, Kenlaw 1997):

- det personlige nivå, hvor selvbilde og egenverd økes for å mestre eget liv. Dette er ikke bare en følelse, men gir klar konsekvens på adferd og handlinger
- gruppe nivå, hvor pasienten mestrer å oppretthode sine meninger i samhandling med andre, og har makt og myndighet i fellesskap
- det samfunnsmessige nivå, hvor pasienten forstår at han påvirkes av og kan påvirke en større helhet, og at systemet lokalt og på samfunnsnivå kan forandres

I tillegg til empowermenttankegangen gir denne studien også en dypere forståelse av de eldres situasjon som hjelpetrequende, samt hvilke mestringsstrategier de eldre anvender. Deres anvendelse av mestringsstrategier svarer til det Lazarus (1993) kaller prosessperspektiv, hvor mestringsstrategiene forandrer seg over tid og i relasjon til sammenhengen.

Antonovsky (1987) mener at det er følelsen av sammenheng som hjelper individet til å hankses med stress og bevarer helsen. Følelsen av sammenheng innebærer at man opplever situasjonen som håndterbar, at en opplever hendelser i livet som begripelig, og at man opplever de som meningsfylte.

I det følgende vil hver av de tre kategoriene som utgjorde kjernekategoriene diskuteres hver for seg i lys av empowerment, mestring og livskvalitet.

Eldres ressurser og behov

Informantene i denne undersøkelsen var ikke alvorlig syke, men hadde ulike former for funksjonssvikt, og trengte derfor hjelp flere ganger om dagen for å kompensere for svikten. De fleste bodde i eget hus og verdsatte høyt friheten å bo hjemme. Ingen av de som bodde i eget hjem, ønsket å flytte fra hjemmet.

Resultatene viste at ingen av de eldre hadde hatt et kartleggingsbesøk før hjelpen ble igangsatt. Det vil si besøk av en ansvarlig for tjenesten, der den eldre i møte med denne personen kunne få informasjon om sine rettigheter, kunne fortelle om sitt livsløp, kunne si hva som hadde vært og fortsatt er verdifullt i den eldre liv. En samtale der en kan finne fram til hvilke ressurser den eldre selv mener de fortsatt har, og der hjelperen på sin side legger opp til et hjelpetiltak som støtter opp om disse ressursene. All den tid eldre personer har sammensatte behov for hjelp, forutsettes det at vurdering av behov bygger på en tverrfaglig tilnærming.

De eldre er aktive og medansvarlige mennesker som har egne meninger og oppfatninger. Det å være med på å definere behov og planlegge opplegg, kan gi økt motivasjon og økt følelse av egenverd og kontroll (Fagermoen 1992).

Støtte og hjelp er helsefremmende faktorer dersom disse medvirker til å forbedre pasientens helse. Med støtte menes at vi oppmuntrer og bekrefter en annen person. Bekreftelse innebærer en bestanddel i menneskets indre miljø som medvirker til anvendelse av dens egne ressurser (Gustafsson 1995).

Empowerment forutsetter at pasientens handlinger anerkjennes, og ikke bagatelliseres. Dette forutsetter igjen at pasienten får tid til å mestre, og ikke lar andre beslutte eller gjøre tiltaket. Innhold i hverdagen er viktig for oss alle. Mange eldre har mangel på selvtillit og krefter til å komme i gang, eller de mobiliserer så mye krefter på det å komme seg opp og kle seg, at de ikke har krefter til mer. Da er det lett å gli inn i en ond sirkel med mye passivitet. Dette oppleves som vanskelig og bidrar til negativ innvirkning på livskvaliteten. Utfordringer er å tilrettelegge omgivelsene slik at de inspirerer, og motiverer til innsats.

Tormstram (1992) har i en studie vist en rekke av de subjektive tilpasningsstrategier eldre anvender for å bevare et jevnt og kontinuerlig nivå av tilfredsstillelse når situasjonen endrer seg. Den eldre kan redusere betydningen av det som har inntruffet, for eksempel helsetap, og oppjustere betydningen av gjenværende livsområder. Eksempel i denne studien dette ved det Mari sier: *"Jeg har egen bil, men kan ikke kjøre lenger, men jeg får andre til å kjøre"*. Eller redusere aspirasjonsområdet ved å se at helsen er framdeles bra, alderen tatt i betraktning.

Undersøkelsen viste at det er viktig å øke forståelsen for det individuelle behov og sosiale variasjoner som finnes blant eldre på samme måte som hos yngre. Hvert individ er unikt og hvordan den Eldres livsløp har vært, preger den enkeltes holdninger i alderdommen. Dette igjen påvirker den Eldres krav når en blir avhengig av hjelp. I studien viste det seg blant annet ved den måten de eldre opplevde manglende høflighet fra de yngre hjelperne på. Flere av de eldre hadde hatt arbeid der dette med en høflig tiltale hadde vært naturlig omgangsform. Dette å bli møtt med en ung hjelper som sa "hei" uten å presentere seg skikkelig med fullt navn, opplevdes krenkende. Dette gir konsekvens på den Eldres adferd og handling, og fremmer ikke selvbilde og egenverd til den enkelte og empowerment tangegangen blir ikke framtreende (Karoliussen 2001).

Fenomenet som gjelder mangel på respekt fra hjelpernes side finner vi også i en kvalitativ studie (Lillestø 1997). Denne studien som omfattet 16 mottakere av hjemmetjenester, alle avhengig av rullestol og i alderen 21 til 81 år, viste også at mottakerene oppfatter at helsepersonell tar seg til rette i hjemmet. Dette opplevdes som krenkende og mangel på respekt.

Det er imidlertid selve framgangsmåten hjelpen blir gitt på som får informantene til å oppleve mindreverd, degradering og respektløshet. Informantene beskriver i studien hvordan deres avhengighet og hjelpebehov kan oppleves som degradering. Denne degraderingen kan være stressfaktorer for dem på to måter. For det første ved at det avhenger av hjelpen og dennes ferdigheter i forhold til å forstå sårbarheten de eldre befinner seg i. Den andre måten degraderingen kan være smertefull på, er om det ikke utvises forståelse for den sårbarheten som oppleves i tap av intimitet og det private i de mest private gjøremål (Sarvimäki 2004). Informantene begriper sin situasjon, og at de må ha hjelp. De er svært avhengige av hvordan den hjelpen som kommer utøver hjelpen på, om den oppleves smertefull, degraderende eller som en negativ stressfaktor.

Resultatet av studien viser også at de eldre er utsatt for mange stressfaktorer. Antonovsky definerer stressfaktor som en karakteristikk som introduserer entropi i et system, en livserfaring som gir under- eller overbelastning, og eksklusjon fra beslutningstakingen (1987, s.28).

Noe som er svært uttalt i resultatene og som oppleves som en kronisk stress, er relatert til den usikkerheten og ustabiliteten som informanten opplever av hjelpeapparatet. Det er usikkerhet om når hjelpen kommer, hvem som kommer, og aller viktigst hvordan de hjelperne som kommer utøver hjelpen på. En slik uoversiktighet er en kronisk stressfaktor. Informantene vil vite hvilken hjelp de får, til hvilke tidspunkt og hvem som kommer. Da kan de eldre både fysisk og mentalt forberede seg på å ta imot hjelp.

De eldre som opplever en meningsfylt aldring, er de som finner andre måter å dekke sine behov på, finner erstatninger for det de har gjort tidligere i livet. Aktivitet er en viktig komponent i livskvalitet for eldre. De Eldres muligheter til å gjennomføre

aktiviteter. Aktiviteter som de føler de mestrer, har mening, er til nytte for noen, eller betyr noe for noen. I denne undersøkelsen kom det fram at informantene hadde ønsker om å delta i ulike aktiviteter på eldrecenter, delta i litteraturgrupper, være sammen med barnebarn osv. Grunnen til at de ikke gjorde det, skyltes at de trengte hjelp og motivasjon til å gjennomføre det.

Som alle andre mennesker henter også de eldre kraft fra et velfungerende sosialt nettverk, og undersøkelsen synes å bekrefte at sosialt nettverk har stor betydning for å opprettholde livskvalitet. På grunn av naturlig årsaker, innsnevres dette sosiale nettverket når en blir eldre, og familien utgjør for mange det eneste nettverket. De eldre er ikke først og fremst alene, men de har tapt sine relasjoner, sitt sosiale nettverk, ved at de de levde sammen med er døde.

I flere studier (Thorsen 1998, Winquist 1999) er kriterier som familietilknytning, aktiviteter, helse, livsfilosofi, de eldres fortid og nåværende livsstil, nevnt som essensielle for de eldres livskvalitet. Å gjøre aktiviteter som er skapende som betyr noe for andre, har også betydning for selvfølelsen (Thorsen 1998).

Samtidig ser en også i denne undersøkelsen at det er eldre som har høyere krav og mer spesialiserte forventninger til hvilke måter man ønsker å utfolde seg på. Dette betyr at skal aktivitetene som de skal delta på må være personlige, må være tilpasset kjønn, klasse- og sivilstand (Thorsen 1998).

Litteraturen om livskvalitet framhever i stor grad betydningen av kontakt med andre og krefter og muligheter til å være aktiv på ulike måter. Å ha samhørighet med andre, dvs gode mellommenneskelige forhold; vennskapsfølelse og tilhørighet i en gruppe, er en kvalitetskriterie Siri Næss legger til grunn for livskvalitet for gruppa eldre (Næss 2001). I tillegg trekkes spesielt studier fram ektefelle/samboer/barns betydning for eldres livskvalitet (Winquist 1999). Betydningen av begge disse forhold bekrefter denne studien. Kanskje dette vil bli en enda større utfordring i et langtidsperspektiv når ting vil forandre seg etter livets skiftende omstendigheter, eksempelvis samlivsbrudd, inngåelse av nye forhold og flytting?

Er en imidlertid enslig i boligen, kreves det ofte større energi og tiltaksløst for å etablere kontakt med andre, og undersøkelsen viser at det er ikke alltid at slik tiltaksløst og energi er til stede.

Utbygging av omsorgsboliger har vært et prioritert satsningsområde innen eldrepolitikken. Dette fordi en blant annet trodde at bofellesskapet ville bidra til å øke sosiale kontakt mellom beboerne. Denne studien viser at de eldre tar ikke direkte kontakt med hverandre, men de sier at de stiller opp dersom det er tilrettelagte aktiviteter i fellesrom.

Forskere drar den slutning at det ikke er mengden av kontakter, men egne forventninger til kontaktene som har sammenheng med ensomhet. Det de sier er at følelse av ensomhet ikke hadde sammenheng med hvor ofte man traff barn,

barnebarn øvrige slektninger og venner, men heller hvor ofte en ville treffe dem (Särvimaki 2004). Dette synes denne studien også å understøtte. Noen av informantene hadde familie boende i nærheten av seg, men de hadde ikke så ofte besøk av dem. De eldre ga likevel ikke uttrykk for at de forventet besøk oftere.

Myra Lewinter (1999) har gjort en doktoravhandling som analyserer skrøpelige eldre mennesker i Danmark, mennesker som er avhengig av hjelp både fra familie og offentlige hjemmehjelp, for å kunne klare dagliglivet. Datainnsamlingen foregikk både i en storby og et landområde i Danmark, der til sammen 167 personer ble intervjuet.

Hovedtemaet i intervjuene med de eldre hjemmehjelpsmottakerne er, at de ikke ønsker å være en byrde for deres familie, og at de er engstelig for at dette skjer. I analysen av hvordan oppgavene i dagliglivet blir forvaltet, er det påfallende mye de eldre selv klarer og hvordan de finner ut hvordan de kan klare å utføre flest mulig deloppgaver selv.

Avhandlingen argumenterer for at begrep som gjensidighet og individets identitet og integritet, er vesentlige dimensjoner av mellom menneskelige relasjoner. Individuell uavhengighet er blitt en viktig verdi i vårt moderne samfunn, men gjensidighet som et grunnleggende trekk ved mellommenneskelige relasjoner, understreker den avgjørende avhengighet mennesker imellom. Avhengighet som for eksempel ved fysisk skrøpeligheit, gjør det vanskelig å delta i gjensidige relasjoner. Denne takknemlighetsbyrden mildnes gjennom det offentliges hjemmehjelp, idet hjelperne kommer fra det offentlige.

Selv om de moralske dimensjoner understrekes, mener Lewinter at det også er viktig å analysere maktrelasjonene og den makt som gjennomtrenger de moralske forpliktelser. Evnen til å gjengjelde er en latent makt. Skrøpelige eldre med få ressurser til å gjengjelde, føler seg maktesløse, og dermed økes deres takknemlighetsbyrde.

Hjelp til personlig hygiene er hjemmehjelpens oppgave. Dette argumenteres med at det er lettere for både de eldre selv og deres familie at hjemmehjelpen utfører slike intime oppgaver. De hjelper både på å bevare de eldres integritet idet avhengig av andre for personlig hygiene er et tabuområde. Dette samsvarer også med funnene i denne studien.

Den empiriske analyse til Lewinter (1999) berører flere viktige områder i forskningen omkring eldreomsorg. Det første er allerede nevnt som gjelder omfanget av familiens innsats i eldreomsorgen i Danmark. Den viser at familien utfører omfattende omsorgsoppgaver der som i alle andre land. Omsorgsgiverne er også arbeidstakere, derfor er de nødt til å strukturere deres omsorgsoppgaver. De kan ikke være tilgjengelig døgnet rundt. Dette viser også denne undersøkelsen at barn strukturerer sin hjelp til fastsatte dager, slik at de selv kan planlegge sin fritid.

Det andre området gjelder kjønn. Omsorgspersonellet både familie og offentlige er kvinner. Dette er sammenfallende fra undersøkelser i mange land at kvinner utfører største del av omsorgsoppgaver for skrøpelige eldre. Danmark skiller seg noe ut her fra andre land ved at kvinnene i familien bærer hovedansvaret for sine gamle, også de som er i arbeid. Det er som kjent ingen lov i noen av de skandinaviske land som pålegger barn å hjelpe foreldre når de er pleietrengende. Oppfatningen om at familieomsorgen er svekket som følge av utbygging av det offentlige hjelpeapparatet og økt yrkesaktivitet for kvinner, understøtter ikke denne undersøkelsen. En må selvfølgelig ta i betraktning at det er en liten studie som er gjennomført, men denne undersøkelsen viste at både kvinner og menn deltok i omsorgen for sine foreldre.

Hjelpernes møte med de eldre

Ingen tjenester blir bedre enn det den enkelte yter i møte med den eldre. Generelt i menneskelig sosial interaksjon er at det oppstår et godt møte og dette i seg selv kan gi opphav til å fremme helse. "Å snakke sammen" fører til mestring, som igjen fører til vekst. Derfor er det første møtet av vesentlig betydning, ettersom det skaper trygghet og nærhet og viser menneskelig engasjement, humor og tid. Det er det som de eldre verdsetter. Ytterligere kvaliteter i et slikt møte er å se hele mennesket og være lydhør, og ikke bli "overkjørende", men ta den Eldres behov på alvor og omsette pålitelig kunnskap til gode tjenester.

Denne studien bekrefter at det er et savn at informantene ikke hadde hatt noe kartleggingsbesøk, og heller ikke fått noe skriftlig informasjon/vedtak om hvilke hjelp de fikk, og hvilke omfang.

Informasjon er viktig faktor og en forutsetning for opplevelse av god livskvalitet. Sykepleiere skal sikre at pasientene har fått nødvendig informasjon og at denne er forstått, og følge opp med informasjon innenfor sykepleie og omsorg.

Eldre som trenger hjelp kan være sårbare. De opplever oppløsning av egen identitet, selvfølelse og autonomi (Sarvimaki 2004). En god planlagt og gjennomført tjeneste betyr vekst. Utgangspunktet må være at de eldre har ulike behov, og derfor må den eldre oppleve at situasjon er veiledende. Å skape et trygt miljø krever imidlertid kompetanse, tid og kontinuitet i arbeidsorganisasjonen, og at personalet har et trygt og godt psykisk og fysisk arbeidsmiljø. I denne undersøkelsen syntes det som om det var ledelsen som bestemte det meste. Uansett så har de ansatte et medansvar for å gjøre faglige vurderinger i forhold til hva som er hensiktsmessig for den enkelte. Den enkelte hjelper har ansvar for å bidra til forandringer til personens beste.

Avhengighet av hjelpeapparatet begrenser disposisjonen av dagen for de eldre. De tilbringer det meste av dagen i sine hjem. Hjemmet oppleves som konsistent, strukturert og klart, slik Antonovsky (1997) beskriver komponenten forutsigbar hos de med sterk følelse av sammenheng Informantene er avhengig av at andre kompenserer for funksjonssvikten som de erkjenner at de ikke kan gjenvinne.

Denne kompenserende hjelpen er de eldres mulighet til å oppleve realisering av vitale mål, deres mulighet til å opprettholde det som er verdifullt for den enkelte.

Informantene kunne i liten grad påvirke måten den enkelte hjelper utøvde hjelpen på. Dette samsvarer ikke med empowermenttankegangen som bl.a. understreker nettopp dette at pasienten skal meddele sine behov og definere sine egne problemer, og beholde sine visjoner og sette sine egne mål (Karoliussen 2002).

Næss (2001) mener at det er enda viktigere for eldre enn for andre grupper, at de er opptatt av å jevnlig evaluere sine mål, ressurser og omgivelser for å oppnå høy livskvalitet i sine eldre år. I denne studien ble det ikke gjennomført noen systematisk evalueringsbesøk, som kunne bidra til å hjelpe de eldre med å sette nye oppnåelige mål.

Det vil være spesielt utfordrende for hjelperne å få tak i den "lukkede pasienten", eller der hvor kroppspråk og mimikk gir en intuisjon om at det er noe, men hva? Vi må slippe pasientene til for selv å si hva de har behov for. Kyrkjebø (1998) uttrykker det slik: "La kunnskaper om terrenget styre virksomheten, ikke ideer og antagelser om kartets utseende".

Systemer som er bygd opp i maktstrukturer, som eksempel kommunens omsorgstjeneste i denne studien, vil ofte ha iboende motstandsstrategier mot en persons mulighet til å treffe egne beslutninger og handle ut fra disse (Karoliussen 2002, s.155). I denne undersøkelsen kom dette til syne ved at hjelpetiltaket ble bestemt uten reell medvirkning fra den eldre. Informantene visste ikke når hjelpen kom, slik at de eldre kunne på forhand gjøre det de mestret, og få hjelp til å kompensere for den svikten de hadde. Når hjelpen da kom, hadde hjelperne så liten tid til å utføre hjelpen på, at de eldre ikke fikk mulighet til å gjøre ting selv.

Det var heller ingen praksis på at hjelperne sa fra dersom de ikke kom til avtalt tid. Informasjon er en viktig faktor og en forutsetning for opplevelse av livskvalitet sier von Essen (2002).

Vi ser også i studiet at de eldre har liten kontakt med fastlegen. De eldre synes å overlate mye til hjemmetjenesten, og har den oppfatningen at det er slik det skal være. Det meste av det som skjer av kontakt med lege, blir formidlet gjennom hjelperne. Dette krever at hjelperne har kontinuitet i tjenesteforholdet, og har kompetanse til å observere negativ utviklingen av helsetilstanden til den enkelte. Hvis ikke slike faktorer er til stede, kan sykdom utvikle seg og føre til negativ livskvalitet for den enkelte. Birren & Deutchman (1991) uttrykker at overforbruk av formynderskap og sosiale og fysiske innskrenkninger, kan gi proteksjonisme og medikalisering av den gamle. Det bryter også med kvalitetskriterie til Næss (2001); Å være aktiv som bl.a vil si å være selvrealisert.

Helhetssyn i forhold til pasienten er sentralt og dette viser seg i hjelpernes handlinger som har til oppgave å gjøre det mulig for den eldre å ha det bra, og

oppleve et meningsfullt liv. Dette samsvarer med Borgenhammars (1993) helsepedagogiske modell: Være nær pasienten samtidig som viktigheten av et godt miljø både for pasienter og personal utgjør en plattform for helse. Det er en holistisk modell som ser menneskene fra en psykologisk en fysiologisk synsvinkel som samhandler med sitt miljø, en slags prosess. Hjelp til mennesker til å oppnå sin fulle helsepotensiale medfører forandring og utvikling. I en slik situasjon er det vesentlig at hjelperne finner ting med mening i. Til dette trenger en tid og kompetanse.

Her kan en godt trekke inn i diskusjonen hva som er nødvendig kompetanse for å ivareta et trygt miljø for den eldre. Dersom kvalitet for den eldre er ensbetydende med at vedkommende får hjelp til å komme seg opp om morgenen og til å komme i seng om kvelden, og til å bryte en isolert tilværelse, kan en kanskje spørre om det er nødvendig med kompetanse på høyskolenivå. Men hvis en med kvalitet mener å forebygge inaktivitet og underernæring/feilernæring, og observere sykdomsutvikling, vil valg av riktig kompetanse utgjøre en vesentlig forskjell.

Vi ser i denne undersøkelsen at det blir lagt lite vekt på forebyggende arbeid. Ut fra dette kan en dra slutningen at de hjelperne som utfører hjelpetiltakene ikke har tilstrekkelig kompetanse, eller mangler opplæring på dette området. En annen slutning er at det ikke er avsatt tilstrekkelig tid til hver enkelt person. Hjelpen blir en minimumshjelp. Hjelperne utfører det mest nødvendige, og har ikke tid til å bidra med tiltak som kan forebygge ytterligere funksjonssvikt.

Ytre rammer for tjenesten

Det var overveiende negative trekk som kom fram fra informantene når de omtalte organisasjonen. Det kan ha sammenheng med den endringssituasjonen organisasjonen befant seg i, og at dette igjen påvirket hjelperne slik at det var uvissheter omkring deres hjelperolle.

Innledningsvis ble det nevnt de tre nivåene en kan tenke seg empowerment på. Det tredje nivået er det samfunnsmessige nivået, hvor personen forstår at han påvirkes av og kan påvirke en større helhet, og at systemet lokalt og på samfunnsnivå kan forandres. Empowerment slik det tidligere i studien er definert, er å styrke den makt den enkelte måtte være i besittelse av for å endre og påvirke uhenksomme forhold. Målet er at personene mer effektivt kan styre sine liv mot egne mål og behov (Karoliussen 2002).

Informantene var klar over den omorganiseringen som var foretatt, og mente selv at hjelperne ikke ivaretok de behov den enkelte eldre hadde for hjelp. Noen godtok det, mens andre sa at de hadde skrevet brev til ordfører for å "få fart på sakene". Dette betinger at de personer som gjør slike henvendelser blir tatt på alvor, og at det er vilje i organisasjonen til å gjøre endringer.

Det er det informantene opplever, og som gjør dagen uoversiktlig. Systemet mangler vilje til å ville investere i det personellet som skal kompensere for deres

tapte funksjoner. Dette frustrere dem. Denne frustrasjonen er en kronisk stressfaktor. Antonovsky sier det er et fenomen med vedvarende eller tiltakende knapphet, skjulte betingelser med tap eller savn, og kontinuerende erfaringer med inadequate ressurser eller rollemuligheter (1987, s. 29).

Resultatet i denne studien viser at den hjelpen som gis til den enkelte er nokså tilfeldig. De eldre ønsker å være med å påvirke hva hjelpen skal gjøre og hvordan dette skal gjøres. Til det kreves det at det er kontinuitet i tjenesten, at en har tid avsatt til å utgjøre de gjøremål som en skal, at hjelperne har kunnskap om personen, gir støtte og at en har handlingsrom. Det vil si møter situasjonen der og da, er fleksibel, og ikke handler strengt ut fra en beslutning som er tatt administrativt. I denne studien fikk ikke en blind dame hjelp til stryking fordi det sto i arbeidsinstruksen til hjemmehjelpen at stryking av tøy ikke inngikk i hennes arbeidsoppgaver.

Myra Lewinter (1999) sitt prosjektet har undersøkt organiseringen og utviklingen innen hjemmehjelpstjenesten. Prosjektets resultater viser at det finnes 3 felles prioriteringer blant de intervjuede eldre, familie og hjemmehjelper som angår hjemmehjelpen. Disse er regelmessighet, pålitelighet og imøtekommenhet. Disse er også viktig for familien. Men "bottom-up" syn på hjemmehjelpen står i sterk kontrast til "top-down" syn blant administratorer og politikere som ser på hjemmehjelpen som et område som skal styres ved teknikker fra den vitenskapelige virksomhetsledelse. Spenningsfeltet mellom disse synspunktene synes å ha økt siden datainnsamlingen ble utført, og den mekaniske holdningen til hele hjemmehjelpsområdet synes å være gjennomtrengende. Det argumenteres for, at de mekaniske løsningene som man anvender, vil kun øke spenningen mellom de forskjellige parter i eldreomsorgen. Det er stor risiko for at en enestående struktur vil bli ødelagt med kun økte belastninger for familien og en ødeleggelse av de eldres muligheter til å bevare deres identitet. Da denne studien ble gjennomført i en tid der omorganisering pågikk, påvirket nok det noe undersøkelsen. Men som i Danmark viser den også at vi i Norge har en hjemmetjeneste, sterkt styrt fra toppledelsen.

Forebyggende arbeid

Tidlig intervensjon for å kunne forebygge at den eldre får et fall i sitt funksjonsnivå, er viktig for den enkeltes livskvalitet og også sett i et samfunnsøkonomisk perspektiv (Næss 2001). Ser en utviklingstrekkene framover med stadig flere eldre, blir det nødvendig å fokusere på tiltak som holder folk i aktivitet både fysisk og mentalt, for å kunne forebygge omfattende hjelpebehov.

Med større fokus og vektlegging på kartlegging av hjelpebehov, er hjelpeapparatet i en unik posisjon til å kunne informere om viktighet av eksempelvis fysisk aktivitet, riktig ernæring, og sosial stimulering. Slik jeg ser det var utvalget av informantene en gruppe eldre som hadde potensiale for å kunne forebygge ytterligere funksjonssvikt.

Ett av mine forskningsspørsmål er hvilke vektlegging det forebyggende arbeidet har i tjenesten. Dette mente jeg var viktig fordi hjelperen vil være i god posisjon til å kunne fange opp tidlige endringer i de eldres funksjonsnivå. Men dette forutsetter kompetanse om de eldres sykdommer, tid til å lytte, og kompetanse til å kunne kommunisere og observere forandringer. For deretter å kunne tilby tiltak som motvirker isolering og sykdomsutvikling. Som studien viser, er det ingen fokus på dette fra hjelpeapparatet side.

Det ble nevnt innledningsvis Sosial- og helsedirektoratets konklusjon når det gjaldt effekt av forebyggende hjemmebesøk, basert på gjennomgang av 8 systematiske oversiktsartikler. Ved å se på enkeltstudier er det noe uklart hvilken effekt hjemmebesøk hos eldre har på utfallsmålene. Ved sammenslåinger av flere studier (meta-analyse) viser forfatterne signifikant effekt på dødlighet samt innleggelse på syke- og aldershjem. I alle fall så viser ikke noen av studiene til negativ effekt av forebyggende hjemmebesøk (Sosial-og helsedirektoratet 2002). I Sverige har også Sosialstyrelsen (2003) fått i oppdrag fra regjeringen å følge opp forsøksvirksomhet innenfor området forebyggende hjemmebesøk. Konklusjonen her er også positiv, under forutsetning av regelmessighet og personell med medisinsk og sosial fagkompetanse. En ønsker også her enda flere kontrollerte studier over lengre tid for å vurdere effekt.

Metodediskusjon

Ettersom det var opplevelse av eget hjelpebehov som skulle studeres er den kvalitative metoden et naturlig valg. Nutbeam (1998) mener at kvalitativ forskning er undervurdert og altfor lite brukt, men i den siste tiden har det skjedd en vesentlig økning i kvalitative forskningsmetoder. Den valgte metode med halvstrukturerte intervju og med grounded theory som analysemetode, viste seg å være velegnet for å få en dypere forståelse av intervjupersonenes opplevelser av eget hjelpebehov, der likheter og forskjeller kommer frem.

Forskningsintervju er et utbytte av synspunkter, ett samspill mellom to mennesker (Kvale 1997). Til tross for at intervjueren holdt seg så nøytral som mulig og lot informanten lede samtalen, ble spørsmål stilt som utdypende spørsmål til det informanten fortalte, også til spørsmål av mer privat og følsom art.

Samtalen og kontakten med alle dens fasetter er avgjørende i intervjuundersøkelser (Fog 1994). Utgangspunktet mitt var at det er intervjuet som er instrumentet, og derfor må dette være garantert for pålitelighet og gyldighet. I selve intervjuet var det derfor viktig å komme så grundig inn i den eldres livsverden som mulig. Dette krevde blant annet tid og ro til den innledende fase slik at informanten følte seg trygg i intervjusituasjonen. Videre var det viktig at samtalen ikke ble rigid, men at den gled naturlig, og hadde pauser der det var passende.

Intervjuguide ble brukt som huskelapp til emneområdene som forskeren ønsket å få svar på, slik at en var sikker på at en hadde vært innom alle emneområdene. Informantene ble til slutt spurt om det var andre ting de ønsket å fortelle. Her var det lite som kom fram. Jeg tolker dette som at informantene var trygge på intervjusituasjonen, og jeg opplevde å være likeverdig med informantene. Jeg hadde avsatt god tid til hvert intervju. Derfor brukte jeg litt tid før jeg begynte med selve intervjuet om å la de fortelle om stedet de bodde på, og hvor lenge de hadde bodd der, osv.

Schmidt (1996) nevner at det har betydning om et intervju foregår i informantens hjem eller i nøytralt lokale for å kunne oppnå et intenst rom, som er en forutsetning for personlige fortellinger. I dette studiet er jeg helt sikker på at dette at intervjuene foregikk i eget hjem, var verdifullt. På den måten fikk jeg verifisert utsagnene om hva som betydde noe for den enkelte. I tillegg var det enklere å relatere spørsmålene til den situasjonen og den omgivelsen som informanten befant seg i. Alle intervjuene var rike på informasjon. Men det er klart noen var mer verbale enn andre, og ga en detaljert beskrivelse av sin opplevelse av hjelpebehovet.

Etter hvert transkribert intervju, tenkte jeg om det var noen spørsmål jeg burde stille ved neste intervju.

Metoden forutsetter at deltakerne skal være strategisk utvalgt (Starrin & Svensson 1996). En kan si at fordelingen av kjønn ikke var representativ, da det bare var 2 menn og 7 kvinner som ble intervjuet. Dette gjenspeiler imidlertid at kvinner har en høyere levealder enn menn. Utfra pasientoversiktene til hjemmetjenestene ser en at det er størsteparten kvinner som får hjelp. Alderspredningen var fra 71 år til 91 år. Informantene ble som nevnt tidligere valgt ut av avdelingsledere i hjemmetjenesten. Disse opplevde at det var vanskelig å finne flere informanter, utfra valgte inklusjonskriterier. Jeg vurderer antall intervjuede som tilstrekkelig. Ettersom det ikke framkom noe vesentlig nytt i intervjuet, opplevde jeg at metning var oppnådd ved de 9 intervjuene jeg gjennomførte.

Kvale (1989) skiller mellom kommunikativ og pragmatisk validitet. Kommunikativ validitet betyr at forskerens tolkninger kommuniseres med personer som er opptatt av den sammenhengen som studeres. Gjennom samtaler bestemmes det hva som er valide data i de observasjoner som er gjort. Pragmatisk validitet innebærer at en overbeviser leseren at den gjennomførte analysen er troverdig og at resultatene er anvendbare. Det har jeg gjort gjennom å beskrive analyseforløpet, redegjøre for kodingen og ved å forklare hvordan en anvender resultatet.

I denne studien har jeg validert metoden gjennom samtale med andre forskere på feltet, og gjennom diskusjon med kollegaer. Jeg synes også å ha vist at de funn jeg har gjort i studien, har empirisk forankring.

Gjennom mitt arbeid har jeg mye kontakt med både personer som jobber i pleie- og omsorgstjenesten og med eldre, og fått gjennom disse en bekreftelse på at det som

er framkommet i resultatet av denne analysen har støtte i virkeligheten, i empirien. Dette kan ses som en kommunikativ validering.

Dette fagområdet var et område jeg var godt kjent med. Derfor var det en utfordring for meg å klare å holde en viss distanse i arbeidet for å kunne utføre undersøkelsen i det rette perspektiv. Dette var litt vanskelig i begynnelsen, men etter hvert syntes jeg at dette bare var en styrke.

Validiteten av undersøkelsen kan diskuteres, men hensikten var, å få fram de eldres selvoppfattelse av hjelpebehov istedenfor å formidle hjelpenes mer objektive oppfattelse. Til dette passet den valgte metode godt. Dette at intervjuene foregikk i de eldres eget hjem, styrket også empirien. For ved siden av å kommunisere med den eldre, kunne en observere den eldre i sitt vante miljø. Dette bidro eksempelvis til å underbygge hvilke viktige verdier som de eldre la til grunn for sin livskvalitet.

Jeg kan i den sammenheng ikke si at jeg på grunn av min forforståelse har stilt ledende spørsmål eller inneforstått spørsmål. Det jeg imidlertid opplevde var at informantene svarte det de selv syntes, og ikke det jeg forventet.

Sammendrag

Studiene skulle fokusere på de eldres opplevelse av eget hjelpebehov. Derfor var det viktig å få fram hva de eldre selv opplever som viktig å få hjelp til.

De fleste av informantene beskriver livet som verdt å leve. De har slitt, og de har mestret, de har gledet seg og sørget. De ønsker nå å bo hjemme, men de ønsker å bli hørt når de uttrykker sitt hjelpebehov.

Til tross for at det er gjort mange undersøkelser og brukerundersøkelser som konkluderer med at de eldre ikke er en homogen gruppe som trenger samme hjelpetiltak, viser også denne undersøkelsen at tjenestene er lite individuelt tilpasset. De eldre får den tjenesten kommunen bestemmer ut fra det som er tilgjengelig. De eldre ønsker seg mer kontinuitet i hjelpen, og dermed hjelpere som kjenner den enkelte eldres sitt behov, som motiverer til å opprettholde aktiviteter som er betydningsfulle for de eldre. De ønsker seg hjelp som er mer fleksibel, som kan møte de eldres endrede hjelpebehov, og som kan gi den eldre mer innflytelse på hva som skal gjøres og på hvilken måte.

Undersøkelsen viser også at for å kunne bo hjemme med ulike former for funksjonssvikt, må de eldre både ha ressurser og vilje til å skaffe seg komplimenterende hjelp.

Videre viste undersøkelsen at de kommunale tildelingsprosessen ikke sikrer at tjenestemottakernes behov ikke alltid blir tilstrekkelig kartlagt. Det gjelder både

med hensyn til organisering, den tid som avsettes til hvert besøk, og den kompetanse som benyttes.

I Norge gjennomførte Statens helsetilsyn en nasjonal kartlegging i pleie- og omsorgstjenesten i 2003 der 13240 tjenestemottaker i et representativt utvalg på 73 kommuner deltok. Forskningsinstituttet NOVA fikk i oppdrag å analysere resultatene. Resultatet fra denne undersøkelsen stemmer overens med det denne studien viser, nemlig at de eldre som bor i egen bolig, og er sterkt hjelpetrengende, får tjenester som er begrenset i omfang og innhold. Spesielt nevnes kontinuitet og stabilitet i tjenesten, vurdering av tilbud som sosial kontakt og aktivitet (Statens helsetilsyn rapport 19/2003).

Det kan stilles spørsmål til om det er rimelig å tenke seg at det er kommunens ansvar å dekke sosiale behov. Uansett er det klart at dette påvirker den enkeltes subjektive livskvalitet. Derfor er det viktig at hjelpepersonell når de oppdager slike udekte behov, bidrar til tilrettelegging og oppmuntrer den enkelte til å benytte tiltak som har betydning for livskvaliteten. Dette er i tråd med helsetjenestens formålsparagraf i kommunehelsetjenesteloven der det står i § 1-2 følgende:

”Kommunen skal ved sin helsetjeneste fremme folkehelse og trivsel og gode sosiale og miljømessige forhold, og søke å forebygge og behandle sykdom, skade eller lyte. Den skal spre opplysning om å øke interessen for hva den enkelte selv og almenheten kan gjøre for å fremme sin egen trivsel og sunnhet og folkehelsen”.

Studien viste at det var ledere som bestemte hvilken hjelp den enkelte fikk, og at hjelperne hadde liten påvirkning på hjelpetiltaket. Etter de eldres utsagn klaget hjelperne også over liten tid, vanskelige forhold og feil prioritering. Spørsmålet blir da hvordan skal en ta praksis tilbake. Ikke for oss selv, men til beste for de som trenger hjelp. Vi må navngi, undersøke og kritisk vurdere hvilke verdier og hva som skal styre våre handlinger (Karoliussen 2002, s.100).

Undersøkelsen avdekte også mangelfull medisinsk oppfølging. All den tid det var hjelperne som tok kontakt med fastlegen, er spørsmålet om pleiepersonalet har nødvendig kompetanse til å observere og varsle legen om det som måtte være forandringer i helsetilstanden til den enkelte. Spesielt er dette viktig når vi også kjenner til at en i hjemmetjenesten benytter mye ufaglært personell. Det kan på en annen side rettes spørsmål om det er avsatt nødvendig kapasitet for legetjenesten til å oppsøke de eldre som ikke greier å oppsøke legen på kontoret, og om den enkelte fastlege har den nødvendige kompetanse på aldersmedisin og geriatri.

Til tross for myndighetskrav som kommunehelsetjenesteloven, sosialtjenesteloven, kvalitetsforskrift, pasientrettighetslov m.m. har krav om at offentlige tjenester skal ha høy kvalitet og brukervedvirkning, viser også denne undersøkelsen at det er fortsatt er ett stykke igjen for å oppnå en slik målsetting.

Takkeord

Først må jeg takke de eldre personene som tok godt i mot meg i sine hjem og fortalte meg om hvordan de opplevde sitt hjelpebehov.

En stor takk til min veileder Helena Willèn for støtte og positiv kritikk som har ført til at avhandlingen er blitt virkelighet.

Likeså en takk til min lokale veileder Mette Karoliussen for hjelp til å finne faglitteratur, og for støtte og interesse for meg i arbeidet med oppgaven.

Uten en arbeidsgiver og arbeidskollegaer som har lagt til rette med studiepermisjoner slik at jeg har kunnet gjennomføre studien, hadde ikke denne avhandlingen blitt en realitet. En spesiell takk til Ellen.

Til sist vil jeg takke familien, spesielt min mann Arne for tålmodighet og støtte i arbeidet mitt.

Referanser

Andersen, M.L.& Brok, P.N. (1998): Empowerment og den profesjonelle praksis. I: Socialrådgiverdage, en artikkelsamling. København: Dansk Socialrådgiverforening, s 62

Antonovsky, A. (1987) *Unraveling the Mystery of Health*, Jossey-Bass Publishers, San Fransisco

Balthes P.B., Balthes M.M. (1993) *Successful Aging*. Cambridge University Press

Birren, J.E., Lubben, J.E., Rowe, J.C. & Deutchman, D.E. (1991) *The Concept and Measurement of Quality of Life in the Frail Elderly*, Academic Press, Inc

Borgenhammer, E. (1993) *Att vårda liv. Organisation, etikk, kvalitet*. SNS forlag, Stockholm

Byles, J.E. (2000) A thorough going over: Evidence for health assessments for older persons. Australian and New Zealand Journal of Public Health **24**(2),117-23

Egeland, Else (2004) Opplevelse, mening og mestring hos mennesker som ”mot alle odds” overlever alvorlig kreftsykdom. Bergen: Det medisinske fakultet, Institutt for samfunnsmedisinske fag, Seksjon for sykepleievitenskap, Universitetet i Bergen

Eneroth, B. (1992) *Hur meter man ”vackert”?*, Natur og Kultur Gøteborg

Erikson E.H. (1950) *Childhood and Society*, Norton, New York

Fagermoen M. S. (1992) *Kommunikasjon i sykepleien*, I: Almås A, red. *Klinisk sykepleie*. Universitetsforlaget A/S, Oslo; 35-50

Fog, J. (1999) *Med samtalen som utgangspunkt*. Det kvalitative forskningsinterview. Akademisk Forlag A/S, Viborg

Foste-Fishman, P.G., Salem, D., Chibnall, S., Legler, R., & Yapchai. (1998) Empirical Support for the Critical Assumptions of Empowerment Theory. American Journal of Community Psychology, August 1998, vol. 26, no. 4, pp. 507-536 (30)

Freire, P (1994) *Pedagogy of hope:reliving Pedagogy of the Oppressed*. New York: Continuum, 1994

Fries, J.F. (1993) Medical perspectives upon successful aging. I *Successful Aging* (Balthes, P.B., Balthes M.M.eds), Cambridge University Press, Cambridge, 35-49

Glazer, B., Strauss A. (1967) *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Aldine de Gruyter, New York

Dale, B., Dale, J.G., Lorensen, M. (2001) Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som

mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden* **2**, 4-10

Hallberg, L. (1998) *En kvalitativ metod influerad av grounded theory-traditionen*. Rapport från Psykologiska institutionen Göteborgs Universitet, Göteborg

Halvorsen, K. (1996) *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. 3.utgave. Oslo. Bedriftøkonomenes Forlag

Handlingsplan for helse-og sosialpersonell (1998-2001) Rett person på rett plass. 3.utgave. Sosial- og helsedepartementet, Oslo

Holstein, B. (1998) Sociologiske aldringsmodeller. I *Viden om aldring-veje til handling*. Munksgaard, København, 66-81

Jensen Rademackere, G. (1997) Forebyggende hjemmebesøg til ældre mennesker. En vurdering af kontrollerede interventionsstudier. *Videnskab og praksis* s. 6358-6361. Helsingør

Karoliussen, M. (2002) *Sykepleie-tradisjon og forandring*. Gyldendal Norsk Forlag AS Oslo

Kenlaw, D.C. (1997) *Empowerment i praksis*. Forlaget Centrum, København

Kvale, S. (1997) *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Kyrkjebø, J.M. (1998) *Kvalitetsutvikling i helsetjenesten*. En lærebok for helsefagstudenter, Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS, Bergen

Larsson, S. (1994) *Om kvalitetskriterier i kvalitative studier. I kvalitativ metod och, vetenskapsteori*. (Starrin, B. Och Svensson P.G.red). Studentlitteratur, Lund, 163-187

Lazarus, R. S.& Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. Springer New York

Lee, J. (2000) *The empowerment approach to social work practice* (2nd ed.). New York: Columbia U. Press

Lewintwer, M. (1999) *Spreading the burden of gratitude*. Universitetet i København

Lillestø, B. (1997) *Når omsorgen oppleves krenkende*. Institutt for sosiologi. Universitetet i Tromsø

Lindsey, E. & Hartrick, G. (1996) Health-promoting nursing practice: the demise of the nursing process. *Journal of Advanced Nursing*. **23**, 106-112

Lov om helsetjenesten i kommunen av 19. November 1982 nr 66. www.lovdatab.no

Malterud, K. (1996) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Tano Aschehoug, Oslo

Mastekaasa, A., Moum, T., Næss, S. & Sørensen, T. (1988) *Livskvalitetsforskning*. Institutt for samfunnsforskning og Institutt for sosialforskning, rapport nr 6, Oslo

- Miles, M.B., Huberman, A.M. (1994) *Qualitative Data Analysis. An Expanded Sourcebook*. Sage Publications, London
- Miller, J. F. (2000) *Coping with chronic illness: overcoming powerlessness*, 3rd ed. Philadelphia: F. A. Davis
- MorrowHowell, N., Proctor, E.K., Dore, P. (1998) Adequacy of care: The concept and its measurement. *Research on social work practice*, **1**:86-102.
- NOU (1998) *Det er bruk for alle*. NOU 1998: 18 Sosial- og helsedepartementet, Oslo.
- Nutbeam, D. (1998) Evaluating health promotion-progress, problems and solutions. *Health Promotion International*. **13** (1), 27-44
- Næss, S (2001) *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA Rapport 3/01. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, Oslo
- O` Connor, J. og McDermott, I. (1996): *NLP; Nevro-Lingvistisk_Programmering, Principper og funksjon*. København: Borgen
- Robson, C. (1999) *Real World Research. A Resource for Social Scientists and Practitioner-Researchers*. Blackwell Oxford UK & Cambridge USA
- Sarvimäki, A.& Stembock-Hult, B.(2004) Sårbarhet som utgangspunkt för etiken i äldreården. *Gerontologia* **2**, 153-158
- Socialstyrelsen (2003) Er det skellig at bry seg om sjelen? Kartlegging av de ”sociala innehållet” i hemtjenesten i 23 kommuner 2002. Artikkelnr: 2003-109. 15. Stockholm
- Solhaug, R. M. (2004) Måling av mestrings. Tromsøflaket, Forskning.no 8. sep 2004
- Sosial- og helsedirektoratet (2002) Forebyggende hjemmebesøk for eldre. Effekten av forebyggende, oppsøkende hjemmebasert eldreomsorg. Oppsummering basert på systematiske oversikter
- Sosial- og helsedirektoratet (2004) Lov om pasientrettigheter. Rundskriv IS 12/2004, Oslo
- St.melding nr. 28, 1999-2000. *Innhald og kvalitet i omsorgstenestane. Omsorg 2000*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo
- St.melding nr. 31, 2001-2002. *Avslutning av handlingsplan for eldreomsorgen ”Fra hus til hender”*. Sosialdepartementet, Oslo
- St.melding nr. 50, 1996-1997. *Trygghet – respekt – kvalitet*. Sosial- og helsedepartementet, Oslo
- Starrin, B. & Svensson, P. (1996) *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Studentlitteratur, Lund

Statens helsetilsyn (2003) *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport 19/2003. Oslo

Statistisk sentralbyrå (2002) Helse- og omsorgstjenester. Sosialt utsyn. Statistisk analyser. Oslo-Kongsvinger

Strauss, A., Corbin, J. (1998) *Basics of Qualitative Research*. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory. SAGE Publication, California

Szebehely, M. (2003) *Hemhjälp I Norden: illustrationer och reflektioner*. Studentlitteratur, Lund

Thorsen, K. (1998) *Kjønn, livsløp og alderdom: En studie av livshistorier, selvbylde og modenhet*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS Bergen

Tornstam, L. (1992) *Åldrandets socialpsykologi*. Stocholm Raben & Sjögren

von Essen, L. (2000) God kommunikation- en forutsetning for god livskvalitet? *Omsorg* 4, 41-44

Winqvist, M. (1999) *Den åldrande familjen. Om vuxna barn och deras hjelpebehovande foreldrar*. Studentlitteratur, Gøteborg

Øberg, P. (1999) *Livet som berättelse*. Om biografi och åldrande. Uppsala Universitet

Vedlegg

Audhild Arnesen
Hauganåsen 18
3825 Lunde

Til

Mulige deltakere i prosjektet ”Eldres opplevelse av eget hjelpebehov”.

Med denne henvendelsen ønsker jeg å spørre deg om du er villig til å delta i en intervjuundersøkelse som jeg skal gjennomføre i kommunen. Hensikten med undersøkelsen er å se om den hjelpen som tildeles fra hjelpeapparatet tar tilstrekkelig hensyn til de eldres egne ressurser og ønsker, og hvilke tanker de eldre selv har om sitt eget hjelpebehov.

Mitt navn er Audhild Arnesen. Jeg er sykepleier, men er for tiden deltidsstudent ved Nordiske helsevårdhøgskolan i Göteborg, der jeg skal gjennomføre en masteroppgave innen folkehelsevitenskap. Da jeg i mange år har jobbet innenfor eldreomsorgen, og blitt engasjert på mange ulike måter innenfor området, ønsker jeg nå å fordype meg i temaet eldreomsorg.

Denne henvendelsen går til 15 personer i kommunen som har hjelp fra pleie- og omsorgsetaten. Utvelgelsen er gjort i samarbeid med ledere i pleie- og omsorgsetaten. Dersom du vil delta, sikres du full anonymitet, dvs at de data som framkommer i intervjuet ikke kan gjenkjennes i undersøkelsesresultatet. Jeg har taushetsplikt og vil ikke gi noen opplysninger videre, uten din tillatelse.

Dersom du er villig til å delta i prosjektet, må jeg be om at du underskriver vedlagt samtykke-erklæring. Deltakelsen i undersøkelsen er frivillig og samtykke kan trekkes tilbake på et hvilket som helst tidspunkt, uten å oppgi grunn. Ditt avslag har ingen betydning for det videre samarbeidet med pleie- og omsorgstjenesten. Kort tid etter at jeg har fått samtykke erklæringen, vil jeg ta kontakt via telefon for å avtale nærmere tidspunkt for besøket.

Intervjuet vil foregå i ditt eget hjem, og intervjuet antas å ta fra 1-2 timer.

Jeg håper på din interesse. Skulle du ønske å vite mer om undersøkelsen er du, eller pårørende, velkommen til å ringe til undertegnede, tlf.35 94 75 72 eller mobiltlf. 92 80 40 82.

Lunde2001

Med hilsen

Audhild Arnesen
prosjektleder

SAMTYKKEERKLÆRING

Deltakelse i prosjektet "Eldres egen opplevelse av hjelpebehov".

Jeg har mottatt og lest den skriftlige informasjonen om intervjuundersøkelsen, og sier meg villig til å delta.

Dato

Underskrift

Studien er tilrådd av Regional komite for medisinsk forskningsetikk i helseregion II.

TEMAGUIDE

Hvordan har du det?

Kan du beskrive hva som er en bra dag for deg?

Hvilke hjelp har du i dag? Hva får du hjelp til? Av hvem?

Familie- andre

Kan du beskrive kontinuiteten i tjenesten? Fast person å henvende deg til?

Hvor lenge har du hatt hjelp?

Hvordan fikk du tak i hjelpen?

Hvilken informasjon fikk du? Valgmulighet/ medbestemmelse

Hadde du et kartleggingsmøte? Hvem foretok dette? Fikk du noe skriftlig vedtak på hvilke hjelp du skulle få framover?

Har hjelperne fokus på forebyggende aktiviteter?

Har du fått tilstrekkelig informasjon om hjelpetiltaket?

Er den hjelpen du får tilstrekkelig?

Hva mener du selv du har behov for / annen hjelp hvilke?

Deltar du på noen aktiviteter utenfor hjemmet? I tilfelle nei, hvorfor ikke

Har du blitt undersøkt av lege i det siste? Hvilken kontakt har du med fastlegen din?

Beskriv din egen opplevelse av ditt hjelpebehov

Fysisk funksjon

Mental funksjon

Sosial funksjon

Hva er viktige verdier for deg i dag - framover?

Hva er for deg en god hjelper? Hva forventer du av hjelpen?

I tillegg være våken for å følge opp det den eldre forteller med spørsmål som hva gjorde du da, hva følte du da.

