

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SO330S

Navn på kandidat: Britt Reinertsen

«De har sagt at de ikke kan være selskapsdamer»

En studie av hvordan eldre opplever tjenestene de mottar fra
det offentlige

A study of how older people experience the services they receive from the public sector

Dato: 14.5.2018

Totalt antall sider:79

Sammendrag

Vi blir stadig flere eldre i Norge og vi lever lengre (SSB, 2016), og for at syke eldre skal oppleve god livskvalitet så er de fleste avhengig av et kommunalt tjenestetilbud som oppleves tilstrekkelig i forhold til livssituasjon. Hvordan de eldre opplever det offentlige tjenestetilbudet er tema for denne studien. Jeg ønsker å belyse temaet gjennom en kvalitativ studie hvor jeg intervjuer de eldre direkte. For å avgrense oppgaven har jeg konsentrert meg om eldre hjemmeboende som mottar helse- og omsorgstjenester. Spørsmål som stilles er: hvordan erfarer eldre hjelpen som de mottar, hvordan opplever de relasjonen til hjelperne som skal bistå dem, og hva opplever de som viktigst ved tjenestene de mottar? Studien har en fenomenologisk tilnærming og utgangspunktet blir dermed informantens opplevelse av den aktuelle situasjonen.

Det er et sammensatt bilde som avdekkes når man leser om helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre. Endringer på et område påvirker og får konsekvenser videre i systemet. For eksempel så vil det at det er dyktige fagfolk innen helse- og omsorgssektoren som har tid til sine brukere, det vil kunne påvirke graden av brukermedvirkning og hensyn til individuelle behov, noe som igjen vil påvirke kvalitet på tjenesten.

Men hva sier de eldre selv? Deres stemme har fått stor plass i oppgaven for å belyse hvordan de opplever situasjonen. De forteller om det som er godt og som gjør en forskjell i hverdagen. Men de gir også uttrykk for bekymringer, for eksempel at hjelpen de får ikke alltid står i forhold til forventningene, de har erfaringer om manglende forståelse når det gjelder kommunikasjon, og det kommer frem når det gjelder mulighet for medbestemmelse at de eldre ikke alltid når fram. Syke eldre er ofte prisgitt den hjelpen de får, og de gir eksempler på at krav til effektivitet kan føre til manglende individuell omsorg.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	4
1.1	Bakgrunn	4
1.1.1	Stortingsmelding 26 (2014-2015) Nærhet og helhet	5
1.1.2	Sosialfaglig begrunnelse for studien.....	6
1.2	Problemstilling	7
1.3	Utvikling av eldreomsorgen i Norge	7
1.3.1	Kommunal helsetjeneste i dag.....	8
1.3.2	Utfordringer i eldreomsorgen framover.....	9
1.3.3	Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene.....	9
1.4	Kunnskapsstatus	12
1.4.1	Samlerapport fra Helsetilsynet	12
1.4.2	Tidsbruk og byråkrati i helse- og omsorgstjenestene	13
1.4.3	Ressurser i kommunene.....	14
1.4.4	Verdighet i helsesektoren	15
1.4.5	Livskvalitet i eldreomsorg	16
1.4.6	Behov viktigere enn rutiner	17
1.4.7	Individuell plan som verktøy	17
1.4.8	Om Ny offentlig styring (NPM) i praksis.....	18
1.5	Oppgavens oppbygging videre	19
2	Teori	21
2.1	Anerkjennelse	21
2.1.1	Privatsfæren	22
2.1.2	Den rettslige sfære	22
2.1.3	Den solidariske sfære.....	23
2.1.4	Andre studier som er opptatt av betydningen av anerkjennelse	23
2.2	Omsorg	26
2.3	Empati	27
2.4	New Public Management	28
2.5	Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren.....	29
2.5.1	Riktig omsorgsnivå?	31
3	Metode og fremgangsmåte	33
3.1.	Valg av forskningsdesign	33
3.1.1	Kvalitativ studie og vitenskapsteoretisk perspektiv	34
3.2	Intervju	34
3.2.1	Utforming av intervjuguide og informasjonsskriv	34

3.2.2	Informanter og utvalgskriterier	35
3.3	Datainnsamling	36
3.4	Etisk refleksjon	37
3.5	Fra empiri til analyse	38
3.5.1	Kategorisering	39
3.6	Pålitelighet og gyldighet	40
3.6.1	Pålitelighet	40
3.6.2	Intern gyldighet	40
3.6.3	Ekstern gyldighet	42
4	Presentasjon av empiriske funn og analyse	43
4.1	Den private sfære	43
4.1.1	Om relasjoner man er avhengig av	43
4.1.2	Om betydningen av kommunikasjon	45
4.1.3	Opplevd omsorg, trygghet og utrygghet	49
4.1.4	Oppsummering - privat sfære	51
4.2	Den rettslige sfære	52
4.2.1	Om mulighet for medbestemmelse	53
4.2.2	Om dårlige erfaringer og om forventninger til tjenesten	57
4.2.3	Om forskjellsbehandling og tilgang på tjenesten	60
4.2.4	Oppsummering - rettslig sfære	63
4.3	Den solidariske sfære	65
4.3.1	Faktorer som hemmer/begrenser en opplevelse av inkludering i fellesskap	65
4.3.2	Faktorer som fremmer en opplevelse av fellesskap	68
4.3.3	Oppsummering - solidariske sfære	71
5	Avslutning	73
5.1	Oppsummering	73
5.2	Refleksjon rundt forskningsprosessen	77
5.3	Studien sett i forhold til oppgavens tema	77
5.4	Studien sett i forhold til praksis	78
5.5	Studien i forhold til videre forskning	79
	Litteraturliste	81
	Vedlegg 1: Intervjuguide	86
	Vedlegg 2 - Forespørsel – intervju med eldre	89

1 INNLEDNING

Vi blir stadig flere eldre i Norge og vi lever lengre (SSB, 2016). Det er mange som mener at hvor godt samfunnet er, det måles blant annet ut fra hvordan 'de gamle' har det. For at de eldre skal oppleve god livskvalitet, er de fleste avhengig av et tjenestetilbud som oppleves tilstrekkelig i forhold til sin livssituasjon. Hvordan de eldre opplever det offentlige tjenestetilbudet er tema for denne studien.

Selv bor jeg i en kommune som lenge har hatt en diskusjon gående om bygging av et nytt sykehjem. Men årene går, og det eneste som består er diskusjonen. Et nytt sykehjem ligger langt fram i tid. I mellomtiden er dagens sykehjem overbelastet, omsorgsboligene fylles opp av syke eldre mennesker, og det er mange eldre som bor i sin private bolig og som trenger bistand hver dag. Senest i påsken var det et intervju i lokalavisa av ei dame på 91 år som selv har jobbet hele livet innen helse og som har et stort nettverk blant de eldre i kommunen. Hun uttrykker at «det er tungt å vite at det ikke er plass til oss den dagen vi trenger et sykehjemsrom, og det er trist at slike tanker skal plage mennesker i livskvelden». En slik problemstilling engasjerer meg både som menneske og som sosialarbeider. Vi skal se nærmere på bakgrunnen for dette temaet.

1.1 Bakgrunn

Helse- og omsorgsdepartementet (2013, s. 14) *Morgendagens omsorg*, uttaler om omsorgstjenestens utfordringer at omsorgstjenestenes virksomhet gir gode indikasjoner på at de har sin styrke på sine grunnleggende oppgaver innenfor behandling og pleie, men at tjenestene imidlertid ofte kommer seint inn og ikke er like gode på å ivareta forebyggende virksomhet, opptrening, rehabilitering, fysisk, sosial og kulturell aktivitet. Mye tyder også på at dette bildet er forsterket de seneste årene (2013, s.14).

Den nevner også utfordringer med knapphet på helse- og sosialpersonell, manglende samhandling og medisinsk oppfølging, samt mangel på aktivitet og dekning av psykososiale behov (2013, s.15). Meldingen hevder at morgendagens omsorgstjeneste skal skape

tjenestetilbudet sammen med brukerne, samhandle med pårørende, ta i bruk velferdsteknologi og mobilisere lokalsamfunnet på nye måter (2013, s. 23). Videre heter det at en brukerorientert helse- og omsorgstjeneste skal kunne svare på brukeres og pårørendes ønsker og behov. Det er derfor nødvendig å ha et system for å håndtere tilbakemeldinger fra brukere og pårørende og benytte disse i planlegging og utvikling av tjenestene. Kommunene skal i tråd med regelverket ha et system for å innhente og benytte pasienter og brukeres erfaringer og synspunkter (2013, s. 54).

1.1.1 Stortingsmelding 26 (2014-2015) Nærhet og helhet

Nærhet og helhet, St.meld.26 (Helse- og omsorgsdepartementet 2015), handler om fremtidens primærhelsetjeneste. Primærhelsetjeneste består som kjent av en rekke kommunale tjenester, blant annet fastlege og hjemmetjenester. I forhold til denne masteroppgaven er det interessant å se nærmere på hva meldingen sier spesielt om individets rettigheter, om eldre og om brukermedvirkning. Meldingen skal gi tydelige og langsiktige politiske føringer for en helhetlig politikk for den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Når det gjelder utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er det poengtert at brukere av hjemmetjenester i dag har mer krevende tilstander enn tidligere. «De har derfor behov for mer helsetjenester og mer avanserte helsetjenester enn før. Det er ikke lenger tilstrekkelig med hjemmesykepleie for mange av brukerne. De har behov for mer legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie» (2015, s.14-15).

Meldingen sier også noe om hvordan en fremtidsrettet tjeneste bør fungere. Blant annet at den «tar beslutninger i samråd med brukerne, som er opptatt av hva som er deres mål, behov og ønsker for eget liv, og som legger dette til grunn for hvilke tjenester som leveres og hvordan de er utformet» (2015, s.19). I meldingen er det et eget kapittel som heter: «Sammen med pasient, bruker og pårørende» (2015, s.45). Her blir det fremhevet at:

«Fremtidens helse- og omsorgstjeneste skal være pasientens og brukerens tjeneste der hovedregelen er at ingen beslutninger om meg som pasient, skal tas uten meg. Fremtidens tjenester skal utvikles sammen med pasienter, brukere og deres pårørende. Brukerne skal få større innflytelse over egen hverdag, gjennom mer valgfrihet og et større mangfold av tilbud».

Det heter også at kommunen skal sørge for at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter (2015, s.47). I tillegg til slike brukerundersøkelser, blir forskningsbaserte brukerundersøkelser trukket fram som et viktig virkemiddel både for å kartlegge brukerbehov, evaluere tjenestetilbud og behandlingsforløp utfra pasientenes eget perspektiv og måle pasient- og brukeropplevd kvalitet. «Brukerne bør være representert i slik forskning. Brukermedvirkning bidrar til å sikre legitimiteten til den offentlige tjenesteytelsen og til å styrke kvaliteten» (2015, s.47).

Meldingen nevner også at tjenesteyterne har behov for økt kompetanse. «Det er fortsatt mange uten helse- og sosialutdanning i hjemmetjenestene og i sykehjem». Personellet ved bestillerkontorene nevnes spesielt. «Bestillerkontorene mottar søknader om pleie- og omsorgstjenester, kartlegger behovene og skriver vedtak som bestemmer hvilke tjenester som gis, og hvor mye og hvor ofte søker kan forvente å motta tjenester. De har dermed en avgjørende betydning både for hvilke tjenester den enkelte mottar, og for kommunens samlede utgifter til helse- og omsorgstjenester» (2015, s.54).

1.1.2 Sosialfaglig begrunnelse for studien

På den ene siden har vi stortingsmeldinger fulle av lovord, og vi har et omfattende lovverk som kan sies å være et fundament. På den andre siden har vi kommuneøkonomien, fordelingspolitikk og helse- og omsorgstjenesten i praksis. Selv har jeg alltid vært opptatt av rettigheter og derfor er begrepet brukermedvirkning viktig. Sosialt arbeid er et fagområde der fokus er å hjelpe mennesker med å løse sosiale problem, og faget setter ofte søkelyset mot relasjonene mellom personen og dens omgivelser. Sosialarbeideren skal arbeide for sosial endring, myndiggjøring og frigjøring for å bedre folks velferd (Levin, 2004).

I følge Levin er sosialt arbeid et praktisk og samfunnsomfattende prosjekt hvis formål er å fremme likeverd og respekt og bidra til at mennesker blir møtt på sine behov og får brukt sine ressurser. Yrkesgruppens identitet er knyttet til en solidaritet med utsatte grupper, kamp mot fattigdom og for sosial rettferdighet (Levin, 2004, s. 10). Jeg har undret meg over om syke eldre opplever kvalitet, medbestemmelse og verdighet. Det er sjelden de eldre syke selv kommer til ordet. I forskningssammenheng er det ofte ansatte eller ledere som blir spurt. I en del masteroppgaver er det benyttet fokusgruppeintervju der eldre fra pensjonistforeninger eller

diverse interesseorganisasjoner er intervjuet. For meg var det et poeng at det var brukerne selv som skulle intervjues.

Stortingsmelding 26 (2014-2015) som handler om fremtidens primærhelsetjeneste poengterer at: «forskningsbaserte brukerundersøkelser er et viktig virkemiddel både for å kartlegge brukerbehov, evaluere tjenestetilbud og behandlingsforløp ut fra pasientenes eget perspektiv og måle pasient- og brukeropplevd kvalitet. Brukerne bør være representert i slik forskning. Brukermedvirkning bidrar til å sikre legitimiteten til den offentlige tjenesteytelsen og til å styrke kvaliteten» (2014-2015, s. 47).

Gjennom redegjørelsen for bakgrunnen for temaet som tas opp, har vi nå beveget oss frem til studiens problemstilling og dens forskningsspørsmål.

1.2 Problemstilling

Med denne studien skal jeg undersøke *hvordan eldre opplever tjenestene de mottar fra det offentlige*.

Forskningsspørsmålene er som følger:

- Hvordan erfarer eldre hjelpen som de mottar?
- Hvordan opplever de eldre relasjonen til hjelperne som skal bistå dem i deres hverdag?
- Hva opplever de eldre som viktigst ved tjenestene de mottar?

Noe av fokuset vil være på brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren for hjemmeboende eldre. For har de eldre selv anledning til å påvirke sin egen hverdag og tjenestetilbudet som de mottar? Tidligere forskning slår fast at det er sparsomt med undersøkelser som viser hvordan brukermedvirkning foregår på individnivå innen helse- og omsorgstjenester (Haukli et al., 2011). Vi skal nå se nærmere på utviklingen av helse- og omsorgstjenestene i Norge.

1.3 Utvikling av eldreomsorgen i Norge

Fra tidligere tider var det familiens ansvar å ta vare på de eldre. I følge NOU 2011 *Innovasjon i omsorg*, må framveksten av den moderne omsorgstjenesten ses i lys av demografiske endringer og aldringen i befolkningen de siste 30 år (2011:11, s. 34). Etter hvert kunne ikke behovet for hjelp og bistand løses innenfor familierammen. Ansvar for hjelpetrequende eldre ble etter

hvert statens og kommunens ansvar. Innføringen av lovverket som regulerte dette førte til en omfattende utbygging av omsorgssektoren med mange institusjoner, aldershjem og trygdeboliger. Hjemmesykepleien var den første tjenesten som ble organisert under kommunal styring, og det skjedde i 1970-årene (Stamsø, 2008). I 1984 trådte kommunehelsetjenesteloven i kraft (Stamsø, 2008). Hjemmetjenesten som startet som husmorvikarer på 1960 tallet, ble da lovpålagt.

Aldershjem var tiltenkt eldre selvhjulpne som hadde behov for felleskap og et visst tilsyn og pleie. Når det gjaldt sykehjemmene, så lå ansvaret for drift av disse først hos fylkeskommunen, men fra 1988 ble ansvaret for sykehjemmene tillagt kommunen (Otnes, 2015). Tanken var da at kommunene ville foreta en mer helhetlig vurdering av behov og tjenestetilbud, når de ikke lenger kunne overføre de mest pleietrengende pasientene til sykehjem finansiert over fylket sine budsjetter (Otnes, 2015).

I perioden fra 1990 og fram til 2000 ble antallet institusjonsplasser kraftig redusert. Dette skjedde i tråd med politiske føringer fra regjeringen som la til grunn at eldre med hjelpebehov skulle bo hjemme så lenge som mulig. Terskelen for å få sykehjems plass har økt, og de som bor i institusjon er mer pleietrengende. Nå er det vanligere å bo i eget hjem og motta tjenester, utviklingen har gått fra institusjon til hjemmetjeneste. I perioden med nedgang av eldre i institusjon, har det samtidig vært en vekst i hjemmetjenester (Otnes, 2015). I samme periode er omsorgsboliger blitt et vanligere tilbud til eldre enn det var 20 år tidligere.

1.3.1 Kommunal helsetjeneste i dag

Ved innføring av Samhandlingsreformen opplevde kommunen økt press på helse- og omsorgstjenester. I følge Stortingsmelding 47 ville konsekvensene for kommunene blant annet være økt innsats i forebyggende og helsefremmende arbeid, et tidligere ansvar for utskrivningsklare pasienter, samt oppbygging av døgnplasser for å kunne behandle enklere medisinske tilstander, og dermed unngå innleggelse på sykehus (Helse- og omsorgsdepartementet 2009, s. 139).

Kommunene har i dag et samlet ansvar for eldreomsorgen i form av et tilbud med ulike tjenester som sykehjem, hjemmetjeneste, omsorgsboliger, rehabilitering, fastlege, osv. Ansvaret er spesifisert blant annet gjennom Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester

(2011). I følge § 3-1 første ledd skal kommunen sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester (2011, § 3). I samme paragraf tredje ledd heter det at «Kommunens ansvar etter første ledd innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift» (2011, § 3). Videre fastslår § 4 i samme lov at helse- og omsorgstjenestene som tilbys i kommunen skal være forsvarlige med tilstrekkelig faglig kompetanse, og at pasienter skal få et verdig tjenestetilbud (2011, § 4).

1.3.2 Utfordringer i eldreomsorgen framover

Utfordringene i den kommunale helse- og omsorgstjenesten er mange og av ulik karakter. I SSB sin rapport «Helsefakta – Norge i verden» med undertittel «Fakta om helsetilstand og helsetjenester i Norge», går det fram at forventet levealder og helse i Norge er høy, målt opp mot andre land. Vi lever lenger og med bedre helse. Det brukes stadig mer ressurser på å holde den eldre befolkningen hjemme, noe som krever flere ansatte og større ressursbruk av kommunene på pleie- og omsorgstjenester (Statistisk sentralbyrå, 2015).

I følge Statistisk sentralbyrå sin befolkningsframskrivinger 2014-2100 om dødelighet og levealder, forventer man at levealder for menn vil stige fra 79,6 år i 2013 til henholdsvis 86,5 år og 91,3 år i 2060 og 2100. For kvinner har de forutsatt en økning fra 83,5 år til 89,1 år og 92,3 år for de samme årene (Statistisk sentralbyrå, 2014). For mange kommuner kan det bli en utfordring å øke kapasiteten og bygge ut de neste årene for å unngå at det blir for få heldøgnsomsorgsplasser, og at man kommer på etterskudd ut fra behovet i samfunnet.

1.3.3 Brukermedvirkning i helse- og omsorgstjenestene

Mange tenker på helse- og omsorgstjenester som hjemmesykepleie og hjemmehjelp, eller helsehjelp i hjemmet og praktisk bistand som er nyere benevnelser. Men tjenestene inneholder så mye mer enn det. Det kan dreie seg om alt fra fastlegeordningen til trygghetsalarm, psykiatritilbud, ergoterapitjeneste, habilitering, rehabilitering, fysioterapi, matlevering, hjemmerehabilitering, støttekontakt, plass i institusjon, avlastning mm. På Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside fremgår følgende om brukermedvirkning:

«Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet.»

Brukerens erfaringer, kvalitet og innflytelse er vektlagt i denne definisjonen.

Hutchinson (2007) beskriver brukermedvirkning som at:

«Det dreier seg om hvem sin forståelse av situasjonen som skal legges til grunn i samarbeidet, hvem som er hovedperson og hva det medfører. Det dreier seg videre om at brukeren får muligheter til å mestre sin egen livssituasjon på en måte som oppleves god, og til å finne handlingsmuligheter og veier.» (Hutchinson, 2007, s. 70)

Her poengteres hovedpersonens forståelse av situasjon og mulighet for mestring. Begrepet brukermedvirkning kan avgrenses opp mot andre begreper. Brockett (1991, i Elster 2001, s. 30-31) har laget en *modell utformet som en trapp* som illustrerer graden av brukermedvirkning. Laveste trinn i «trappa» er offentlighet og informasjon som ikke gir mulighet for medvirkning. Neste trinn i trappa er dialog, og dialog er basert på gjensidig utveksling av informasjon, erfaringer og meninger der partene er likeverdige for hverandre.

Går vi videre ett trinn i trappa kommer vi til deltakelse, og deltakelse er en måte for individer å fremme sine interesser på, og innebærer blant annet å få øve innflytelse på beslutninger som andre tar på vegne av den enkelte. Ett trinn videre gir medbestemmelse som innebærer å delta i prosesser for å kunne påvirke en avgjørelse.

En vanlig kategorisering når det gjelder brukermedvirkning er å skille mellom ulike nivåer. I en rapport fra Sosial- og helsedirektoratet (2001) skilles det mellom brukermedvirkning på tre nivå: individnivå, systemnivå og politisk nivå. På individnivå defineres brukermedvirkning som det å få innflytelse i forhold til et bestemt tjenestetilbud, dvs. medvirkning i forhold til valg, utforming og anvendelse av de tilbud som til enhver tid måtte være tilgjengelige. Videre heter det at brukermedvirkning også handler om at brukeren tar konkret ansvar for sine deler av arbeidet mot et bedre liv.

I «Også eldre har sko som trykker» (2001) bruker Elster begrepene medvirkning og brukermedvirkning om hverandre:

«I hovedsak handler det om en samhandlingsprosess der deltagerne skal medvirke for å få innflytelse. Medvirkning og brukervedvirkning er samhandling mellom mennesker med forskjellige roller i forskjellige maktposisjoner» (Elster 2001, s. 8).

Elster mener for eksempel at formell *makt* innebærer å ha en posisjon der en har kontroll over informasjonen, mulighet til å treffe beslutninger og overprøve andres beslutninger, retten til å organisere, sette i verk handlinger eller gi ordre (Elster & Hegerstøm, 1995, i Elster 2001, s. 41).

Elster peker på sammenhengen mellom brukervedvirkning og *rettssikkerhet*.

Saksbehandling skal sikre at den enkeltes rettssikkerhet blir ivarettatt, og at dette er særlig viktig når det gjelder mennesker som har små muligheter til å gjøre sine interesser og rettigheter gjeldende. Myndighetene bør få mer kunnskap om hvordan brukere opplever kommunale tjenester. (Skaug 2001 gjengitt i Elster 2001, s. 17).

Elster hevder at brukerne over tid ofte blir passivisert i møte med hjelpeapparatet. Hun begrunner dette med at fagfolkene forståelse av seg selv som kompetente, gjør at de ikke så lett ser brukerne som mennesker med kunnskap og kompetanse. «Brukerne kan oppleve å bli oversett som individer. Dette er med på å skape en maktesløshet som igjen fører til at de i mindre grad overtar egne meninger og valg» (Elster, 2001 s.20). Elster peker på viktigheten av *individuelle hensyn* ved at yrkesutøverne må være oppmerksomme på brukernes ulike behov og at det kreves evne til omstilling i alle de ulike møtene i løpet av en dag (2001, s. 25).

Brukermedvirkning er en del av *yrkesetikken* til de fleste yrkesgruppene som arbeider med helse- og sosialtjenester, og mange mener at de ivaretar brukervedvirkning i arbeidet sitt. Dersom brukerne allikevel ikke opplever å bli tatt med på råd, kan det være grunn til å stoppe opp og finne måter for å se på seg selv utenfra. «Virkeligheten kan ifølge Elster oppleves svært forskjellig avhengig av hvilket ståsted en har» (2001, s. 27). Hjelpemidler som lovgivning, rundskriv, egne yrkesetiske retningslinjer og kunnskap fra utdanningen er muligens ikke nok.

Fra oversikten over omsorgstjenestene i Norge i dag skal vi nå bevege oss over til kunnskapsstatus på feltet; hva vet vi gjennom tidligere forskning om temaet eldre sin opplevelse av tjenestetilbudet de mottar?

1.4 Kunnskapsstatus

Som nevnt innledningsvis slår tidligere forskning blant annet fast at det er sparsomt med undersøkelser som viser hvordan brukermedvirkning foregår på individnivå innen helse- og omsorgstjenester (Haukli, et al., 2011). Når brukermedvirkning innebærer dialog, deltagelse og medbestemmelse i de prosessene som skal føre fram til beslutningen, så kan man si at det må være en sammenheng mellom de eldre sin mulighet til å medvirke og kvaliteten på tjenesten.

Siri Ytrehus (2013) er opptatt av kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre, og stiller spørsmålet ved hva god kvalitet i helsetjenesten til eldre er. For mange er det kjent at vi i Norge har en godt utbygd offentlig eldreomsorg med god kvalitet, sammenlignet med mange andre land og med tidligere tider. Men betyr det at de aller fleste eldre får sine behov tilfredsstilt, og at vi skal være tilfreds med kvaliteten, spør Ytrehus (2013, s. 27). Og hvilke standarder skal gjelde som kriterier for hva som er en god og tilfredsstillende tjeneste?

Å finne fram til gode metoder for kvalitetssikring av tjenesten til eldre, er nødvendig ikke bare for myndighetenes kontrollbehov, eller ut fra akademisk interesse, men også fordi det å ha et godt system for kvalitetssikring og kvalitetsutvikling også har med eldres rettssikkerhet å gjøre (Ytrehus, 2013, s. 30). Ytrehus hevder at spørsmålet om hva som er god kvalitet, er spesielt utfordrende når vi arbeider med de mest hjelpetrengende eldre, og at de eldre selv kan ha begrenset mulighet til å melde fra om dårlig kvalitet, feil og mangler. Mange eldre opplever at situasjonen og behovene kan endres fra dag til dag, både når det gjelder det medisinske området og behov for pleie, stell og omsorg. Et problem Ytrehus (2013) nevner er, at det kan være vanskelig for de eldre å fremme kritikk av omsorgssystemer som en er helt prisgitt og avhengig av.

1.4.1 Samlerapport fra Helsetilsynet

Andre som kan si noe om hvordan de faktiske forhold er i kommunene er Helsetilsynet som gjør tilsyn. De ga ut en samlerapport i 2011 fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenester til eldre. Rapporten heter: *Krevende oppgaver med svak styring*. Helsetilsynets begrunnelse for tilsyn med tjenester til eldre er blant annet at de ut fra tidligere tilsyn og annen kunnskap vet at tjenester til eldre er et område med fare for svikt

i hele tjenestekjeden. Dersom det er svikt i tjenestekjeden, så vil også muligheten til brukermedvirkning være påvirket. Det er en av grunnene til at det er viktig å se nærmere på denne rapporten fra Helsetilsynet.

I vurderingen sier Helsetilsynet at tilsynet gjelder eldre som på grunn av kroniske sykdommer og generelt funksjonsfall har omfattende og sammensatte hjelpebehov og som i liten grad er i stand til å ivareta egne interesser (2011, s. 45). Det ble avdekket brudd på lovkrav i om lag to tredjedeler av tilsynene, og Helsetilsynet mener at det er grunn til å anta at de brudd på lovkrav som tilsynet har påvist, også kan forekomme i andre kommuner. «Å sørge for at rettssikkerheten blir ivaretatt overfor sårbare eldre med store hjelpebehov er en kontinuerlig utfordring for enhver kommune» (2011, s. 45).

Helsetilsynet forklarer dette med sårbarhet blant annet med at mange i denne gruppen av eldre ikke selv klarer å melde fra om nye eller endrede behov for tjenester, og at noen av dem på grunn av sykdom og funksjonssvikt heller ikke er i stand til å erkjenne at de har behov for hjelp. I tillegg nevner de at mange eldre er beskjedne på egne vegne, at de i liten grad er i stand til å oppdage at hjelpen de får ikke er hensiktsmessig og individuelt tilpasset (2011, s. 46):

«Et gjennomgående funn var at kommunens hjemmetjeneste ikke sikret at ernæringsstatus ble kartlagt og vurdert hos nye brukere og at adekvate tiltak for å forebygge eller behandle underernæring ikke ble igangsatt. Derved er det fare for at brukere med ernæringsproblemer ikke får ivaretatt sine grunnleggende behov for mat og drikke på en god nok måte» (2011, s. 47).

Tilsynet viste at kommunene i liten grad har gjennomgått ulike deler av tjenestene sine med sikte på å avdekke hvor det kan skje svikt, og få satt inn nødvendige forebyggende tiltak. De fant heller ikke spor av at kommunene aktivt følger med på om de ulike tjenestene fungerer etter sin hensikt (2011, s. 47).

1.4.2 Tidsbruk og byråkrati i helse- og omsorgstjenestene

En rapport utarbeidet av Nordlandsforskning i 2012 stiller spørsmål ved tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene (Gjernes, Gjertsen og Solvoll 2012). I rapporten handler et spørsmål om hva nytten av mindre tidsbruk på rapportering og dokumentasjon kan være.

Studien viser at ansatte på ulike nivå bruker mye tid på rapporterings- og dokumentasjonsarbeid, og at dette også går på bekostning av tid til brukerne.

Videre heter det at frigjort tid kan benyttes til så vel pleie som tid til ledelses- og utviklingsoppgaver, og det heter videre at den frigjorte tiden kan ha nytte i form av bedre kvalitet på tjenestene eller at kommunen kan ha et mer omfattende tjenestetilbud uten å øke budsjettet (2012, s. 211). Men bildet er komplekst fordi ressurstilføring slik det foregår i dag ofte er knyttet opp mot nettopp rapporteringsplikt (2012, s. 212).

1.4.3 Ressurser i kommunene

Det er et sammensatt bilde som avdekkes når man leser om helse- og omsorgstjenester til hjemmeboende eldre. Endringer på et område påvirker og får konsekvenser videre i systemet. For eksempel så vil det at det er dyktige fagfolk innen helse- og omsorgssektoren som har tid til sine brukere, det vil kunne påvirke graden av brukermedvirkning og hensyn til individuelle behov, noe som igjen vil påvirke kvalitet på tjenesten. Ressurser blir uansett viktig. Finnes det ressurser i kommunene til å møte utfordringene?

Halvard Vike har i introduksjonen til sin bok *Velferd uten grenser*, noen antagelser. En av dem er at staten svekker sitt ansvar, og eldreomsorgen er et eksempel som er nevnt. «Med henvisning til dårlig økonomi skjærer kommuner over hele landet ned og reduserer omfanget av og kvaliteten på ytelsene, mer eller mindre i det stille» (2004, s. 10). Vike uttaler også at «velferdsstaten er, dersom den skal tas bokstavelig, urealistisk. Målene er simpelthen altfor høye» (2004, s. 12).

Han mener at det som i stadig større grad kjennetegner norsk offentlig sektor, er at den er underlagt langt strengere økonomiske betingelser enn før: «Offentlige utgifter skal bringes under kontroll, oppgaver skal avgrenses klart, og offentlige organisasjoner skal gjøre mer for mindre penger» (2004, s. 13). Vike stiller spørsmål ved at dette skal skje samtidig som offentlig sektor kontinuerlig påføres større og mer komplekse former for ansvar (2004, s. 47). Vike kaller dette for velferdsstatens grunnleggende motsetning. I førstelinjetjenesten for eksempel i kommunal hjemmetjeneste for eldre kan dette uttrykkes gjennom fellesnevneren utilstrekkelighet.

1.4.4 Verdighet i helsesektoren

De eldre som jeg intervjuet til denne studien snakket mye om betydningen av at det blir tatt hensyn til individuelle forskjeller. En artikkel som belyser sammenhengen mellom individuelle hensyn og verdighet er artikkelen om Ann Gallagher sin studie (2004) presentert i *Nursing Ethics*. Her drøfter Gallagher begrepet verdighet i forhold til praksis i helsesektoren.

Forfatteren mener at begrepet kan ses på både subjektivt og objektivt. Subjektivt for eksempel at man tar i betraktning individuelle forskjeller, og objektivt for eksempel som fundamentet for menneskerettigheter. Verdighet kan og bør bli utforsket som en verdi som har med andre å gjøre, og som har med en selv å gjøre, altså respekt for verdigheten til andre og respekt for egen profesjonell verdighet. Og disse har mye med hverandre å gjøre ifølge Gallagher (2004). Hun mener også at det ikke alltid er like lett å vite hvordan man praktiserer verdighet, og at det kan være bra å få input fra andre på om man praktiserer verdighet på en balansert måte.

Calnan, Badcott og Woolhead (2006) har gjort en studie som berører samme tema, nemlig om Eldres erfaringer angående betydningen av *verdighet ved behandling*. Det er paralleller mellom dette studiet og min oppgave for eksempel fordi eldre i intervjuene opplevde å bli krenket dersom andre tok bestemmelser på vegne av dem, men også om beskrivelsen av hvordan travelhet og effektivitetskrav innen eldreomsorgen virker inn på den gamles opplevelse av verdighet.

Deltakerne i studien til Calnan et al., (2006) bekreftet at for eldre mennesker er det å bli behandlet med verdighet av svært stor betydning. Det viste seg at det var lettere å snakke om fraværet av verdighet eller krenkelse for eksempel når identitet, autonomi og deltakelse trues. Informantene understreket behovet for å bli behandlet med respekt og anerkjennelse. Studien viste at i forbindelse med omsorg var en dimensjon av verdighet spesielt tydelig, og det var autonomi og uavhengighet eller tap av det. Ifølge Calnan et al., (2006) ser det ut til at denne bekymringen om å opprettholde uavhengighet å ikke "være en byrde", er utbredt blant eldre, uavhengig av om de bor hjemme, på sykehus eller på sykehjem. Identitet innebærer å opprettholde en viss grad av selvstendighet.

Et annet element av verdighet som forfatterne identifiserer er rettigheter, spesielt bekymringer for trusler mot å kontrollere retten til å leve og dø på den måten de eldre foretrakk. Et dominerende element er bekymring for negativ behandling og omsorg for eldre pga effektivitetskrav, og at dette påvirket personlig identitet og autonomi. Denne vektleggingen bekrefter bildet fra forskning utført i andre sammenhenger av omsorg for eldre mennesker i

Storbritannia, der det kommer fram at forskjellen i perspektiver og realiteter for brukere og de som utfører helsetjenesten er markert. Man har på den ene siden brukeren med god tid, i motsetning til den travle helsetjenesten som prioriterer å fullføre oppgavene (Calnan et al., 2006).

1.4.5 Livskvalitet i eldreomsorg

Johansen (2010) tar opp aktuelle tema for denne studien i artikkelen *Eldreomsorg og livskvalitet*. Temaer som tas opp her er også gjennomgangstema i oppgavens drøftingsdel. I artikkelen defineres sårbarhet hos eldre blant annet pga. tap av status knyttet til arbeid, dårligere sosialt nettverk, svekket helse, svekket førlighet som ofte fører til sosial isolasjon og passivitet. Depresjon har høy forekomst spesielt blant eldre demente.

Videre påpekes det i artikkelen at man gjennom å fremme livskvalitet og å forebygge sykdom og funksjonstap kan opprettholde vitalitet og glede. Men hva skal man gjøre for å fremme livskvalitet? Her legger artikkelen vekt på individuell omsorg. Hva ønsker den gamle, hvilke verdier har de, hva har vært viktig tidligere i livet? Svarene på disse spørsmålene kan danne utgangspunkt for tilpasset omsorg der den eldre må møtes med anerkjennelse, respekt og tillit for å styrke opplevelsen av integritet. Sosialt fellesskap blir viktig og stimulering for eksempel gjennom sang og musikk når språket svikter (Johansen, 2010).

Det beskrives at man bør vektlegge å styrke selvbildet og å hente fram gode minner og opplevelser - kulturelle aktiviteter gir styrke og glede. Når den eldre deltar eller kan bety noe for andre, styrkes opplevelsen av egenverd og mening. «Tap må bearbeides for å kunne tilpasse seg en ny situasjon» (Johansen, 2010). Artikkelen poengterer at uførhet og lidelse uten håp om å bli frisk kan gi en følelse av meningsløshet, og videre at når håpløsheten og avmakten melder seg så kan den gamle få hjelp til å bearbeide vanskelige følelser gjennom samtaler for aksept og forsoning for å etablere en ny mening i tilværelsen. En annen ting som fremheves er å ha tid til observasjon og justering i forhold til medikamentell behandling (Johansen, 2010).

Det poengteres også at eldreomsorg har vært under press for å bli mer effektiv, og at det ofte settes likhetstegn mellom effektivitet og nedskjæring. Men for å lykkes innen eldreomsorg trengs det kontinuitet i bemanning og kompetanse: «samtalene må finne sted når anledningen er der og situasjonen tilsier det». Konsekvensene av stort arbeidspress er ofte av de materielle

behovene blir ivaretatt; mat, stell og medisiner. «Vektleggingen av effektivitet gjør dessverre i perioder de eldre til objekter som skal håndteres». Syke eldre er ofte prisgitt den hjelpen de får, ute av stand til å rope høyt eller gjøre krav på juridiske rettigheter» (Johansen, 2010).

1.4.6 Behov viktigere enn rutiner

I *Pasienters behov viktigere enn rutiner*, belyser Foss & Wahl (2009) aspekter ved livskvalitet hos pasienter i sykehjem, og hvilke konkrete tiltak som kan benyttes for å optimalisere livskvaliteten hos denne pasientgruppen. Den inneholder forslag om tiltak som kan være viktig innen eldreomsorg for å styrke livskvalitet for de eldre.

Oppsummert hevder artikkelforfatterne at det er en forutsetning at personalet har nødvendig kompetanse for å lykkes i å bedre livskvaliteten til sykehjemspasienter, og at i praksis betyr dette av personalets oppmerksomhet bør rettes mot pasientenes individuelle behov fremfor rutinepregede gjøremål. Dette krever tiltak som sikrer at grunnleggende behov blir dekket og at ressurser blir verdsatt og stimulert. Eksempler som nevnes her: å kunne omgi seg med personlige eiendeler, tilrettelegging av miljø, opplevelse av trygghet, tilpasset fysisk aktivitet, regelmessig veiing, hygge ved måltider, mulighet for god hygiene og mulighet til å ivareta egenomsorg, kontakt med familie og venner, meningsfylte aktivitet og stimulere til vekst og utvikling.

Arbeidet forutsetter en grundig kartlegging, en plan samt mulighet til å evaluere tiltak. En tro på pasientens muligheter for vekst og utvikling er en forutsetning for at personalet i sykehjem skal bidra til å gi pasientene god livskvalitet ifølge Foss & Wahl (2009).

1.4.7 Individuell plan som verktøy

Flere av de som jeg intervjuet nevnte dette at omsorgen ble spredt på så mange forskjellige ansatte, og at det førte til at de ikke visste hvor beskjeder havnet og de savnet en person som hadde hovedansvaret.

Wenche Merete Hansen (2011) belyser temaet helhetlige arbeidsmetoder og IPA-tilrettelegger i omsorgen for hjemmeboende, skrapelige eldre. IPA-tilrettelegger er forklart som en individuell

plan med individuelt prioriterte aktiviteter og gjøremål, indre og ytre relasjoner, der fokus rettes mot det som er viktig for den enkelte person av livsinnhold og livskvalitet. Under overskriften kontinuitet (Hansen, 2011, s. 97) er det poengtert at samspill med en eller få hjelpere skaper trygghet og forutsigbarhet og sparer den enkelte for å måtte informere om egne behov til stadig nye personer.

Hansen konkluderer med at systematiske empowering-prosesser mot egne mål kan føre til en bedret livssituasjon for skrøpelige eldre (2011). Kontinuitet som følge av koordinatorordningen, dannet fundamentet for de individuelle målprosessene. Sentrale stimulerende faktorer var nærhet, anerkjennelse av brukers verdier, kompetanse, ønsker og behov, involvering i planlegging, samt målrettet og tilpasset støtte (Hansen, 2011).

1.4.8 Om Ny offentlig styring (NPM) i praksis

Vabø (2007) har studert feltet kommunale hjemmetjenester etter innføring av ny offentlig styring (NPM). NPM presenteres mer utførlig i neste kapittel, som presenterer denne studiens teoretiske rammeverk. Fra Vabøs forskning er det mange paralleller å trekke til denne studien. Hun intervjuet både de som mottar tjenester, de som utfører tjenesten og ledere. Hun opplevde at hjemmetjenesten i økende grad ble forstått og problematisert i lys av modeller og begreper hentet fra NPM. Her sammenfattes noe av det hun har erfart, hentet fra forskningsrapporten *Organisering for velferd om hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid* (Vabø, 2007).

Vabø beskriver at hjemmetjenesten får henvendelser fra mennesker som fremsetter ulike påstander om sine behov, og at det ikke bare er helsetilstand og livsbetingelser som er ulike, men også det at de har ulike forventninger til hva hjemmetjenesten bør gjøre for å hjelpe dem i det daglige. Studien peker på at en del av de svakeste og mest hjelpeløse vil være ute av stand til å formidle hva de trenger for å klare seg (2007, s. 137).

Vabø ser dilemmaet ved at hjemmetjenesten har løfterike mål på den ene siden og knappe ressurser på den andre. Lederne understreket hvor viktig det er å holde seg til det såkalte reelle hjelpebehov. Behov for mat og pleie må gå foran behovet for sosial kontakt (2007, s. 145). Ansatte bekreftet at de hadde stadig mindre tid til hver enkelt, og at det ofte ikke var mer tid enn til det høyst nødvendige. På samme tid så de det som bekymringsfullt at besøkene var i

korteste laget for noen av de mest hjelpetrengende som kunne trenge en ekstra håndsrekning og litt sosial kontakt (2007, s. 145). Flere av de eldre hadde reagert mot den strenge tidsstyringen. De var ensomme mennesker som knapt fikk annet besøk enn besøket fra hjemmetjenesten, og de opplevde det krenkende når hjemmehjelperen knapt hadde tid til å svare dem (2007, s. 222).

Studien viser videre at det også hender at hjelpebehov endrer seg. Fordi hjelpebehov er utydelige og skiftende, ble det ansett som viktig og nødvendig at omsorgspersonalet har øyne og ører med seg. Studien viser også at sykepleierne mente at det faglige ansvaret var blitt mer tyngende, noe som delvis kan forklares med at det var blitt flere sengepasienter, rehabiliteringspasienter og pasienter med alvorlige og komplekse lidelser (2007, s. 221).

Den nye strukturen innebar at ansvaret for å vurdere behov var skjøvet ut av omsorgsgruppene og opp i hierarkiet. Vurderingen ble foretatt av en saksbehandler som var plassert i bestillerenheten. Blant omsorgspersonalet ble det bekreftet at det ofte ikke hadde noen hensikt å forsyne de eldste og skrøpeligste med skriftlige dokumenter. Å skulle forholde seg til informasjon og rettigheter krever en aktiv rolle. Mange eldre, også de som i utgangspunktet er kunnskapsrike og ressurssterke, er så svekket eller så mentalt redusert at de ikke makter å holde rede på sine rettigheter og krav og/eller til å sette seg inn i hvilke avtalebetingelser og klageprosedyrer som gjelder for tjenesten. For enkelte ble rettighetene mer en ekstra belastning og stressfaktor enn en trygghet (2007, s. 231).

Vabø ser en fare i at en for sterk vektlegging på de byråkratiske forvaltningsverdiene kan bidra til å undergrave tjenestens fleksibilitet. Formaliserte tildelingsrutiner og for streng avtalestyring kan bidra til å innskrenke muligheten for å reagere i vanskelige og uforutsette situasjoner (2007, s. 284).

1.5 Oppgavens oppbygging videre

I kapittel 1 innledning, har jeg nå presentert valgt tema for studien, redegjort for bakgrunnen for temaet, og presentert problemstilling med forskningsspørsmål. Videre har jeg redegjort for relevant kunnskap på det feltet som problemstillingen tar opp.

Kapittel 2 er en redegjørelse for de teoretiske bidrag som jeg anvender meg av for å belyse det innsamlede datamaterialet. Dette er teori om anerkjennelse, om begrep som

omsorg og empati, samt om ny offentlig styring og om brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren for å nevne det mest sentrale.

Videre er kapittel 3 en beskrivelse av valg av metode og fremgangsmåte. Der vil jeg gjøre rede for vurderinger og refleksjoner bak metodiske valg som er gjort underveis.

I kapittel 4 legger jeg fram analysen av empirien som er samlet inn gjennom kvalitative intervjuer. Dette kapittelet er delt inn i tre hoveddeler som igjen inneholder underpunkter. Hoveddelene er den private sfære, den rettslig sfære og den solidariske sfære. Siste kapittel, kapittel 5 vil gi en oppsummering av analysen og besvarelse av forskningsspørsmålene.

2 Teori

I denne delen presenteres teori, først og fremst om begrepet anerkjennelse der Axel Honneth sin anerkjennelsesteori med privatsfære, rettslige sfære og den solidariske sfære har fått god plass. Men kapitlet inkluderer også en redegjørelse for hvordan andre forfattere har benyttet anerkjennelsesbegrepet i nyere forskning. Videre omhandler kapitlet teoretiske begrep som omsorg og empati, samt en beskrivelse av ny offentlig styring, samt brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren, for å nevne de mest sentrale teoretiske bidragene jeg har støttet meg til i analysen.

2.1 Anerkjennelse

Begrepet anerkjennelse er ikke enkelt å avgrense og det er ikke et problemfritt begrep faglig sett. I hverdagslivet finnes det mange eksempler på anerkjennelse for eksempel når man oppmuntrer en venn, får en hyggelig tilbakemelding fra en kollega eller leder osv, men mangel på anerkjennelse kan også være merkbar og føre til ignorering, nedlatende bemerkninger osv.

Lysaker omtaler boka *Kampen om anerkjennelse* av Axel Honneth, der Honneth presenterer sin anerkjennelsesteori (Lysaker, 2015). Lysaker beskriver at Honneth sitt rammeverk består av tre ulike men sammenhengende anerkjennelsesformer: kjærlighet, respekt og ytelse (Lysaker, 2015). Anerkjennelse som kjærlighet skjer i nære omsorgsbaserte relasjoner og gir selvtillit og tillit overfor andre. Dersom anerkjennelsen uteblir krenkes selvfølelsen. Anerkjennelse som respekt dreier seg om rettigheter og utvikler den enkeltes selvrespekt og moralsk ansvar. Krenkelse her resulterer i tap av rettsstatus og rettigheter. Men anerkjennelse handler også om ytelse, som når medlemmer av samfunnet bidrar til fellesskapet ut fra sine egenskaper og kapasiteter. Krenkelse her innebærer sosial stigmatisering eller marginalisering (Lysaker, 2015).

Follesø sin artikkel *ungdom, risiko og anerkjennelse* (2010), handler om hvordan voksne som arbeider med utsatt ungdom kan motivere og støtte dem i endringsprosessen. I artikkelen drøfter hun begrepet anerkjennelse ref Honneth og spør hvilken betydning anerkjennelse har i prosessen der ungdom endrer seg. Hun skriver at Honneth viderefører kritisk teori blant annet

fra Habermas (Honneth 2008, i Follesø 2010). Kritisk teori omfatter en human- og samfunnsvitenskapelig forskningsretning som ble etablert i Frankfurt i 1920-årene, og som senere har fått stor innflytelse på samfunnsvitenskapen i Europa. Honneth henter empirisk og teoretisk støtte fra sosialpsykolog Mead, psykoanalytiker Winnicott og filosofen Hegel. På bakgrunn av dette bygger han sin forståelse av anerkjennelse slik den framstår i samfunnets tre interaksjonsfærer: privatsfære, den rettslige sfære og den solidariske sfære (Honneth 2008, i Follesø 2010).

Honneth ønsker å vise at fravær av anerkjennelse kan føre til at mennesker krenkes (Honneth 2008, i Follesø 2010). Begrepet anerkjennelse rommer ifølge Honneth både erkjennelse og tilstedeværelse. Det viser altså til både tanke og handling, til en mental- og en handlingsdimensjon (Honneth 2008, i Follesø 2010). Anerkjennelse handler både om å se og bli værende hos den personen som trenger det, en prosess som krevet tid ifølge (Bae & Waastad, 1992).

2.1.1 Privatsfæren

Kjærlighet er et sentralt begrep hos Honneth (Follesø, 2010). Han tenker da på alle primære relasjoner som består av sterke følelsesmessige bindinger for eksempel parforhold, vennskap eller relasjoner mellom barn og foreldre (Follesø, 2010, s. 77). Han stiller for eksempel spørsmål om hva det er som gjør løsriving mellom barn og foreldre mulig samtidig som tilliten består. I dette bruddet viser han til viktigheten av anerkjennelse og mener at personens uavhengighet blir anerkjent i den gode løsrivningsprosessen. Han hevder at relasjonen mellom barnet og den voksne utgjør en symbiose som blir brutt gjennom anerkjennelse når barnet utvikler sin selvtilitt (Follesø, 2010, s. 77).

2.1.2 Den rettslige sfære

Den rettslige sfære er ikke på samme måte knyttet til personlige relasjoner. Honneth mener at det å være rettsinnehaver i et samfunn handler om å få like rettigheter (Follesø, 2010, s. 77). I det mennesker aksepteres og aksepterer andre som fullverdige medlemmer av samfunnet med de rettigheter og plikter det medfører, oppstår anerkjennelse ifølge Honneth. Han hevder at det er selvrespekten som er gevinsten i den rettslige sfære, og at selvrespekten skaper en bevissthet i mennesket om at det kan bli respektert av seg selv fordi det fortjener å bli respektert av andre.

Gjennom en slags rettslig anerkjennelse vil mennesket tillates å gå inn i offentlige diskusjoner som en meningsberettiget aktør, realisere seg selv og oppnå selvaktelse (Follesø, 2010, s. 77).

2.1.3 Den solidariske sfære

Den solidariske sfære viser til kulturelle, ideologiske og arbeidsmessige fellesskap i samfunnet. Gjennom deltagelse i samfunnet blir mennesket anerkjent for sin autonomi, sine kvaliteter og kompetanse som menneske (Follesø, 2010, s. 77). For å kunne leve et godt liv er det nødvendig å oppnå anerkjennelse innen alle de tre sfærene som er tett forbundet med hverandre ifølge Honneth (Follesø, 2010, s. 77).

2.1.4 Andre studier som er opptatt av betydningen av anerkjennelse

I Follesø sin artikkel går det fram at for ungdom i faresonen er det vesentlig å etablere en god relasjon til en voksen (jfr. den private sfære). Ungdommen trenger blant annet å være trygg på at de voksne ønsker å være sammen med dem. I endringsprosessen blir det vesentlig å sette små mål, realistiske mål og gjøre små endringer. Noen av ungdommene i artikkelen til Follesø skriver om at de får tilbake troen på seg selv, jfr. Honneths beskrivelse av at det man får gjennom anerkjennelse i den private sfære, er selvtillit (Follesø 2010, s. 82). Honneth selv uttaler: «muligheten for selvtillit er nedlagt i kjærlighetserfaringen, muligheten for selvrespekt i erfaringen av rettslig anerkjennelse, og muligheten for selvverdsetting i erfaringen av solidaritet» (Honneth 2007, s. 181).

I *Erkjennelse og anerkjennelse* forklarer Bae og Waastad begrepet anerkjennelse som å stå hos eller være lojal eller trofast mot det som er nært eller kjent (1992). Bae diskuterer Løvlie Schibbyes sin framstilling av anerkjennelsesbegrepet og skriver om anerkjennelse at det også innebærer å kunne akseptere motsatte og paradoksale perspektiv (1992, s. 25). Samt at anerkjennelse leder oppmerksomheten mot hvordan relasjoner stagnerer eller fortsetter å utvikles (1992, s. 25).

Bae poengterer at det bare er gjennom den andres bekreftelse og anerkjennelse at vi får et forhold til oss selv og kan utvikle et differensiert og selvstendig selv (1992, s. 25). Å møte anerkjennelse er godt, det gir legitimitet til vår egen opplevelsesverden, samtidig som det skaper tilknytning og fellesskap med den andre ifølge Bae (1992, s. 26). Men det leder også

oppmerksomheten mot den makt og mulighet for maktmisbruk som ligger i mellommenneskelige relasjoner. På grunn av vår avhengighet av den andres bekræftelse for å få et forhold til oss selv, får den andre makt til å definere våre opplevelser og tanker. Denne makten er selvfølgelig størst i klart asymmetriske relasjoner. Definisjonsmakten vil i større eller mindre grad være til stede i alle relasjoner hvor folk er avhengige av hverandre for utvikling for eksempel terapeut – klient osv. Når den ene parten bruker sin posisjon til å definere den andres opplevelse, uten å anerkjenne dennes perspektiv, kan vi snakke om misbruk av definisjonsmakt (1992, s. 26).

En kritikk som rettes mot Løvlie Schibbys framstilling av anerkjennelsesbegrepet, er at det i for liten grad er problematisert hvor vanskelig det kan være å praktisere anerkjennelse (1992, s. 27). En forutsetning for å kunne gi anerkjennelse er at man har en viss oversikt over seg selv og har et forhold til egne opplevelser (1992, s. 27). Kravet om å se inn i seg selv kan føre til at vi viker tilbake. Denne unnvikelsen skaper hindringer når det gjelder å praktisere anerkjennelse (1992, s. 27). Selv om anerkjennelse er noe vi lengter etter og gjerne vil ha, kan det også være vanskelig å ta imot. Nettopp fordi en anerkjennende relasjon innebærer å få komme nær sin egen opplevelsesverden, vil det samtidig kunne bety å bli minnet om for eksempel fortvilelse, sorg, savn, skamfullhet eller ensomhet og fornedring (1992, s. 27).

Bae problematiserer også at genuin anerkjennelse er sjelden i vår kultur (1992, s. 28). Hun begrunner dette med at man i vårt samfunn ofte har en oppsplittet og ikke-ankjennende måte å leve relasjoner på. Hun mener derfor at manglende anerkjennelse ikke bare kan forstås som et individuelt fenomen, men at det også må ses i sammenheng med samfunnsmessige holdninger og strukturer (1992, s. 28). Ifølge Bae er det viktig å understreke at anerkjennelse ikke er noe statisk eller ferdig utviklet, men at det er en levende prosess som utvikles og forandres i ulike relasjoner og kontekster (1992, s. 28).

Anerkjennelsesbegrepet kan også brukes for å få fram kvalitative skiller mellom ulike typer interaksjoner skriver Bae. Hun skriver at ved å analysere interaksjonsprosesser ut fra om de er preget av anerkjennende væremåter eller ikke, kan vi forstå mer om hvilke verdier som ligger implisitt i kommunikasjonshandlinger (1992, s. 39).

Neste artikkel som omtales er, selv om den omhandler ungdom, interessant også i denne studien, både fordi den sier noe om sammenhengen mellom anerkjennelse og tillit, men også fordi mulighet til å bygge tillitsfulle relasjoner er viktig også for eldre som skal motta hjelp fra

helse- og omsorgstjenester. Det handler om artikkelen «Jeg var ganske usynlig» (Natland & Rasmussen, 2012), hvor syv ungdommer forteller om sine grunner for å avbryte videregående utdanning. I dagens samfunn er høyere utdanning stadig viktigere og artikkelforfatterne ser sammenhengen mellom tidlig frafall og risiko for ikke å komme seg inn i arbeidslivet, å bli avhengige av stønader, bli sosialt ekskludert, bli utsatt for større helserisiko, selvdestruktive handlinger og kriminalitet (Natland & Rasmussen, 2012).

Situasjonen har over tid ført til bekymringer også hos offentlige myndigheter, noe som blant annet gjenspeiler seg i Kunnskapsdepartementet gjennom stortingsmeldingen *Tidlig innsats for livslang læring* (2006), der det slås fast at det er viktig med tidlig innsats mot frafall i videregående skole. Det har blitt satt i gang en rekke tiltak rettet mot ungdom som står i fare for eller har falt ut av videregående opplæring (Natland & Rasmussen, 2012). Artikkelen «Jeg var ganske usynlig» er skrevet nettopp med utgangspunkt i et slikt prosjekt. Målet var både å forebygge frafall, men også å hjelpe de som allerede hadde sluttet, med å finne veien tilbake til skole og praksis (Natland & Rasmussen, 2012).

Når ungdommene skulle reflektere over avbrudd viste det seg at de var mer opptatt av å fortelle om hjemmeforhold og oppvekstvilkår (Natland & Rasmussen, 2012). Honneth sin ide er at alle mennesker skal bli anerkjent og møtt som en potensiell ressurs, og at krenkelse kan skade individets handlingskapasitet (Honneth 2008 i Natland & Rasmussen 2012, s. 8). Natland og Rasmussen mente at denne teorien kunne være en fruktbar innfallsvinkel for å forstå de unges virkelighetsbeskrivelse (Honneth 2008 i Natland & Rasmussen 2012, s. 8). Honneth sin teori har som tidligere nevnt en antakelse om at anerkjennelse er et grunnleggende menneskelig behov «mennesket er avhengig av å erfare anerkjennelse for å kunne være menneske» (2008 i Natland & Rasmussen 2012, s. 7).

Natland & Rasmussen fant at flere av informantene hadde opplevd at foreldrene hadde vært alvorlig syke, som igjen hadde ført til store bekymringer og problemer på hjemmebane (2012, s. 11). De fant også at følelsen av å bli likt av læreren fremstod som vel så viktig som evnen til å undervise og engasjere faglig (2012, s. 11). Informantene hadde opplevd at de ikke ble fulgt opp av skolen verken før eller etter at fraværet ble stort (2012, s. 11). De opplyste av det å ikke bli sosialt sett eller hørt oppleves som en krenkelse, og at dette påvirket opplevelse av integritet og selvfølelse (2012, s. 13). Å anerkjenne en annen person innebærer mer enn å uttrykke det verbalt; anerkjennelse må også komme til uttrykk via handling (2012, s. 13). Forskerne

oppsummerer med at de unges virkelighetsbeskrivelse kan tolkes i forhold til opplevelse av anerkjennelse, tillit og evnen til å bygge tillitsfulle relasjoner (2012, s. 15).

2.2 Omsorg

Begrepet omsorg blir benyttet i mange sammenhenger og innen flere disipliner. Når begrepet omtales her er det fordi det står såvidt sentralt i forhold til eldre og helse- og omsorgstjenester. I artikkelen *Sygeplejens tre dimensioner* (Lillestø, 2004), beskriver forfatteren sykepleiens normative, erfaringsmessige og vitenskapelige og instrumentelle dimensjon. Omsorg tilhører sykepleiens normative grunnlag.

I artikkelen går det fram at begrepet omsorg ikke er et entydig begrep, men at det består av et relasjonelt, et moralsk og et praktisk aspekt (Lillestø, 2004, s. 605). Begrepet har et relasjonelt aspekt i og med at det handler om å ta vare på andre. Omsorg kjennetegnes også ved asymmetri ved at den som er avhengig av hjelpen får det uten at det stilles krav. Tillit er også viktig når det gjelder det relasjonelle aspektet. Hvis man er usikker på om man får hjelp når man er syk, vil tilliten bli erstattet med mistillit og angst (Lillestø, 2004:607). Lillestø skriver også at ut fra et kollektivt baserende menneskesyn er man avhengige av hverandre, og at det dermed i all omsorgsutøvelse ligger en forventning om anerkjennelse, tillit og solidaritet (2004, s. 607).

Selv om omsorg er fundamentalt i menneskelig eksistens, så er ikke evnen til å gi omsorg noe man er født med. Begrepet er ikke bare fundamentert på følelser, det har også et moralsk aspekt. Man er pålagt et moralsk ansvar som kommer til uttrykk i praktisk handling. I forhold til det praktiske aspekt, så er det slik at på tross av kunnskap om omsorg og faglig teoretisk tyngde, så er det pasientens tilstand og opplevelse av situasjonen som bør være utslagsgivende for de handlinger som sykepleieren foretar seg (Lillestø, 2004, s. 610).

I artikkelen *Omsorg – mellom avhengighet og autonomi* (Vetlesen & Ruyter, 2004), er omsorg beskrevet som gulvet i et hvert menneskes liv, det vi står på, det vi støtter oss til, det som holder oss oppe (2004, s. 27). Vetlesen legger vekt på at omsorg ikke bare gjelder barnet, men at det er livsunderstøttende livet igjennom, og at det er nødvendig pga sårbarhet, svakhet og skrøpeligheit (2004, s. 29). Å gi omsorg handler om å trå over grenser, ta seg inn i områder av en annens eksistens. Å motta omsorg, er å bli oppsøkt her, av en annen, i det helt egne og intime (Vetlesen, 2004, s. 39). Han diskuterer også begrepet kjærlighet i sammenheng med

omsorg, og skriver at kjærlighet til en person innebærer omsorg, men at omsorg ikke alltid er tuftet på kjærlighet (2004, s. 28). Omsorg i betydningen ivaretagelse – å bry seg om, kan kreves i den profesjonelle konteksten, men kjærlighet kan ikke kreves.

I artikkelen *Profesjonell omsorg – dyd eller ferdighet*, beskriver Nordtvedt noen grunnleggende trekk ved omsorg som yrkeskompetanse, blant annet at det har et grunnleggende siktemål å lindre, trøste eller hjelpe klienter på ulike måter (2004, s. 41). Han mener videre at moderne profesjonsomsorg forutsetter en personlig ivaretagelse av den individuelle klient, og at vårt forhold til profesjonell omsorg dermed er konfliktfylt. Omsorgen skal være deltakende, men ikke invaderende, og den skal være tilgjengelig, men ikke påtrengende (2004, s. 44).

Spenningen i profesjonsomsorgen mellom på den ene siden kravene til objektiv distanse og på den andre siden en adekvat, personlig nærhet og involvering er kanskje et av de mest markante trekk ved profesjonell omsorg (2004, s. 45). Upartiskhet er et annet kjennetegn på profesjonell omsorg, de emosjonelle båndene er tynnere og relasjonene er også avgrenset i tid. Men ifølge Nordtvedt må også den faglærte omsorgen preges av en ekte bekymring for klientens ve og vel (2004, s. 46).

2.3 Empati

I artikkelen *Empati og sjukepleie* diskuterer Vigdis Brekke begrepet empati (1995). Empati er nær knyttet til begrepet omsorg i og med at omsorg har et relasjonelt aspekt og at det handler om å ta vare på andre. Dermed er begrepet også relevant her.

Brekke mener at det kan være vanskelig å få en fullstendig avklaring på dette begrepet fordi litteraturen gir varierende definisjoner og tolkning (Brekke 1995, s. 87). Brekke viser til Ulla Holm som forklarer begrepet som det å følelsmessig vite hva et annet menneske føler i ett gitt øyeblikk (Brekke 1995, s. 89). Ifølge Holm var begrepet opprinnelig et nøytralt begrep som har blitt blandet sammen med begrepet sympati og har dermed fått et positivt innhold (Brekke 1995, s. 89).

Brekke viser til at Carl Rogers skildrer empati som det å fornemme klientens private verden som om det var vår egen (Brekke 1995, s. 92). Han ser på empati som en rasjonell, dynamisk prosess, som en måte å være på, ei holdning og handling. Å være empatisk er en av de mektigste måtene å bruke oss selv på ifølge Rogers (Brekke 1995, s. 94). Brekke nevner også

begrepet empati hentet fra interaksjonisten Joyce Travelbee som definerer det som opplevelse av gjensidig forståelse som skjer mellom individ (Brekke 1995, s. 95). Det handler om å ta del i å forstå situasjonen som den andre befinner seg i (Brekke 1995, s. 95).

Forfatteren oppsummerer at alle de tre nevnte forfatterne bruker begrepet empati i forhold til å etablere kontakt mellom mennesker, og at de peker på nødvendigheten av å balansere mellom fornuft og følelser, altså en tilbegerlstreben av å være nær men samtidig uavhengig (Brekke 1995, s. 97). Mens Holm & Travelbee ser på empati som et mer nøytralt redskap for å oppnå et kontaktforhold mellom mennesker, så ser Rogers mer på empati som en måte å være på som er en ikke dømmende men aksepterende måte, å nå fram til en dypere forståelse for den andre, både personens følelser og erfaringer (Brekke 1995, s. 99). Brekke stiller videre spørsmål ved om dette er realistisk å oppnå. Hva skjer når den andre sin livserfaring er langt unna det en selv har erfart? (Brekke 1995, s. 100).

2.4 New Public Management

Etter hvert som de velferdspolitiske målene har blitt stadig mer ambisiøse, har det gradvis trengt seg på et spørsmål om velferdsordningenes kostnad (Vabø, 2007:18). Det har vært hevdet at velferdsstaten generelt og omsorgstjenesten spesielt står overfor en finansiell krise. Krisen blir i stor grad relatert til demografiske forhold og en forestående «eldrebølge» der antallet hjelpetrengende eldre forventes å øke betraktelig (Vabø, 2007:18).

New Public Management eller Ny offentlig styring dukket opp allerede på 80-tallet. Vike beskriver dette som en kritikk mot byråkratiet fordi det ikke var tilpasset en fleksibel oppgaveløsning, serviceorientering, kostnadseffektivitet og målorientering» (Vike, 2004, s. 43). New Public Management har blitt definert som en markedsfokusert reformbølge (Øgård, 2008, s. 25), og noen har gått så langt som å beskrive inntoget av NPM som et avgjørende brytningspunkt når det gjelder styringen av den offentlige sektoren (Øgård, 2008, s. 26). I følge Lundquist er det snakk om læresetninger som i all hovedsak retter søkelyset mot kostnadseffektivitet og produktivitet på bekostning av mer tradisjonelle måter å bedømme offentlige organisasjoner på, som politisk demokrati, offentlig etikk og rettssikkerhet (Øgård, 2008, s.26).

Sentralt i utviklingen av NPM står «Public choice-skolen» som bygger på et individorientert tenkesett med røtter i liberal demokratisk teori og velferdsøkonomi (Øgård, 2008, s.27). Av denne tankegangen følger den oppfatningen at forskjellene mellom offentlig og privat sektor i realiteten ikke er så stor som man tradisjonelt har argumentert for (Øgård, 2008, s.27). Tanken er dermed at man kan utvikle modeller for bruk i offentlig sektor som bygger på likheter med den private sektor (Øgård, 2008, s.27).

En del forskere har trukket fram flere kjennetegn ved NPM og disse kan deles inn i tre bolker (Øgård, 2008, s.29). Den første bolken handler om troen på ledelse som for eksempel innebærer fokus på økt effektivitet gjennom produktivitetskrav. Den andre om mer bruk av indirekte kontroll for eksempel gjennom prestasjonsbasert belønningssystem, mål- og resultatstyring og vektlegging av marked og kontrakter. Og den tredje bolken om bruker og brukervalg, brukerundersøkelser, IT demokrati og elektronisk service (Øgård, 2008, s.29).

Denne tenkningen fikk stor oppmerksomhet både fordi den hadde oppskrifter for hvordan politiske spørsmål kunne få organisatoriske løsninger uten at økonomien ble skadelidende (Vike, 2004, s. 43), og fordi den kom samtidig med at den generelle skepsisen til offentlig sektor var økende. Ønsket om å få mer ut av pengene, var utvilsomt det viktigste (ibid:44). Fremveksten av NPM har skapt debatt blant annet om hvorvidt man faktisk kan snakke om allmenngyldige ledelsesprinsipper som kan benyttes på tvers av sektorer og tjenesteområder (Øgård, 2008, s. 31), om det sterke fokuset på målstyring (Øgård, 2008, s. 32) og om bruken av markedet som styringsmekanisme (Øgård, 2008, s. 34).

2.5 Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren

Telemarksforskning ga ut en rapport i 2011 som heter *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*, forfattet av Hauklién, Møller & Vike. Den inneholder blant annet både en teoretisk gjennomgang av begrepet brukermedvirkning, en litteraturgjennomgang om brukermedvirkning, men også en kvalitativ analyse av brukermedvirkning på system- og individnivå. I denne forskningen er det de som jobber innen helse- og omsorgstjenesten som har blitt intervjuet, ikke de eldre selv. I rapporten stilles det spørsmål om hva det er som begrunner at brukerne skal ha økt innflytelse på utformingen av offentlig tjenesteproduksjon. Og det stilles spørsmål både om hvordan brukermedvirkning arter seg i praksis innen helse-

og omsorgssektoren, om hvorvidt brukermedvirkning har betydning på utformingen av tjenestene, samt hvordan brukermedvirkning kan realiseres i praksis (Haukliet et al., 2011).

Det slås tidlig fast at det er sparsomt med undersøkelser som viser hvordan brukermedvirkning faktisk foregår på individnivå. Et hovedinntrykk som nevnes er at brukermedvirkning på individnivå ofte handler om å brukerrete tjenestene slik man tror brukeren vil ha det. Men i det daglige dreier brukermedvirkning seg om å forstå brukerne, sette seg inn i deres behov og forsøke å innrette tjenesten deretter (Haukliet et al., 2011). I rapporten pekes det også på et forventningsgap som skyldes et misforhold mellom det som staten lover og den kommunale yteevne. «Brukermedvirkning i den norske modellen ses som individuelle relasjoner mellom den enkelte tjenesteyter og tjenestemottaker, men må vel så mye forstås i lys av de finansielle og organisatoriske rammene som ligger til grunn for å oppfylle de lover og garantier norske kommuner er styrt av» (2011, s. 14).

Langt på vei opplever pleierne selv at de ivaretar hensynet til medvirkning blant brukerne i eldreomsorgen. De som jobber i hjemmetjenesten må forholde seg til vedtak som allerede er fattet, og medvirkning dreier seg derfor mer om hvordan tjenestene utføres. «Det vil bl.a. si tilpasning av tidspunktet for hjelp til brukernes ønsker, hvor mye brukeren kan klare selv og hvor mye bistand man skal få til for eksempel personlig hygiene, tilrettelegging for måltider etc» (2011, s. 86). Mange opplever derfor at brukermedvirkning ikke alltid er like relevant i det daglige, noe som har sammenheng med at man som regel følger faste rutiner og systemer. De ansatte sier at det er først og fremst når det oppstår spesielle situasjoner at brukermedvirkning oppleves å bli aktuelt. Dette gjelder i situasjoner hvor de har dårlig tid eller lav bemanning (ressursknapphet), når brukeren har vanskelig for å artikulere seg, og når det oppstår dilemmaer mellom hensynet til brukermedvirkning og andre hensyn.

Rapporten nevner også kritikken mot brukermedvirkning. En bekymring er at brukermedvirkning vil kunne skape økte og urealistiske forventinger som igjen vil kunne føre til at brukermedvirkning blir kostnadsdrivende (2011, s. 29).

2.5.1 Riktig omsorgsnivå?

Et viktig mål for brukermedvirkning er at den skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt innflytelse på egen livskvalitet (Helse- og omsorgsdepartementets hjemmeside). Omsorg spiller derfor en viktig faktor. Fafø fikk høsten 2010 i oppdrag fra Norsk Sykepleierforbund (NSF) å gjennomføre et prosjekt om helse- og omsorgstilbudet som gis eldre i kommunene. Først ble det gjennomført seks intervjuer, før over 4000 sykepleiere over hele landet svarte på en spørreundersøkelse. I rapporten som ble skrevet i denne forbindelse belyses helse- og omsorgstilbudet som gis til eldre i norske kommuner. Den beskriver daværende situasjon og vurderer om tjenestetilbudet dekker behovene til den eldre befolkningen (Gautun & Hermansen, 2011).

I rapporten stilles det spørsmål om de eldre får hjelp på riktig omsorgsnivå i kommunene? Tjenestene har over tid i stadig større grad blitt dreid til å bli ytt til omsorgstrengende utenfor institusjon. Det har vært og er bred politisk enighet om at eldre hjelpetrengende skal bo hjemme og motta hjemmetjenester så lenge som mulig. Men nå er det grunn til å spørre om utviklingen har gått for langt. Er det mange eldre som mottar hjemmetjenester i eget hjem, som trenger et mer omfattende helse- og omsorgstilbud? (2011, s. 18).

Studien konkluderer med at de fleste får den hjelpen de trenger, men at en forholdsvis stor gruppe eldre (anslått til 36 %) som mottar tjenester hjemme eller i omsorgsbolig, ser ut til å trenge et mer omfattende helse- og omsorgstilbud enn det de får i dag. Andre hovedfunn i studien er at eldreomsorgen kjennetegnes både av personell med høy kompetanse og stor bruk av ufaglærte i eldreomsorgen, og at tidspress går utover kvaliteten på tjenestene som gis eldre. Både i den kvalitative og den kvantitative undersøkelsen fremkommer det at mange hjemmesykepleiere opplever et stort tidspress, noe som de gir uttrykk for at både går utover kvaliteten på tjenesten som gis eldre, og det å klare å jobbe forebyggende, altså følge med på endringer i hjelpebehov til den enkelte eldre og sette inn riktig hjelp til riktig tid (2011, s. 103).

Dessuten ser det ut til at satsingen som gjøres på å bygge ut institusjonstilbudet kan være for liten i forhold til behovet, og det føre til at et økende antall eldre ikke får dekket sine behov. Et for lite antall institusjonsplasser for den mest hjelpetrengende gruppen av eldre vil også kunne føre til at andre deler av tiltakskjeden innenfor eldreomsorgen belastes ytterligere (2011, s. 15).

3 Metode og fremgangsmåte

I denne delen av oppgaven vil jeg beskrive metodisk tilnærming. Jeg gir blant annet en redegjørelse for valg av metode, datainnsamling og bearbeiding av datamaterialet, samt en etisk refleksjon. I avsnittet som heter fra empiri til analyse, beskriver jeg det videre arbeidet gjennom analyse av datamaterialet og fram mot drøfting. Methodedelen avsluttes med temaene pålitelighet, og intern og ekstern gyldighet.

3.1. Valg av forskningsdesign

Samfunnsvitenskapelig metode handler om hvordan vi kan gå frem når vi skal innhente informasjon om det vi ønsker å forske på, samt om hvordan vi skal analysere informasjonen. Det finnes kvalitativ og kvantitativ metode, og forskjellen mellom dem er at kvalitativ metode gir data i form av tekst for å få innsikt i fenomenet man studerer, mens kvantitativ metode gir oss mer målbare data i form av tall. Problemstillingen avgjøre hvilken metode man tar i bruk (Ringdal, 2001). Hva man velger av design og metode kommer først og fremst an på forskningsspørsmål, samt hvilken framgangsmåte som er best for å besvare problemstillingen (Grønmo, 1996).

I denne studien ville jeg undersøke hvordan eldre opplever tjenestene de mottar fra det offentlige. Forskningsspørsmålene skulle gi svar på hvordan de eldre erfarer hjelpen som de mottar, hvordan de opplever relasjonen til hjelperne og hva de eldre opplever som viktigst ved tjenestene de mottar. For å få svar på dette ville det være naturlig og nødvendig å velge kvalitativ metode og intervju som metode. Jeg ville trenge tekst med utdypende forklaringer for å få svar på disse forskningsspørsmålene.

Det finnes ikke perfekte, ferdig planlagte forskningsprosjekt, man må gjøre valg. Man planlegger, men så skjer det kanskje noe, eller kanskje det ikke går slik man hadde tenkt; veien endrer seg hele tiden, man gjør vurderinger underveis, man har et motiv for det man ønsker å undersøke. Hvordan skal man anvende metoder, teorier, perspektiv og begreper innen praktisk samfunnsvitenskap? Kan vi fange virkeligheten, eller beskrive den som den er? Hva kan vi få

kunnskap om? Data og empiri er jo ikke virkeligheten i seg selv. Dette kapittelet skal gi svar på slike spørsmål.

3.1.1 Kvalitativ studie og vitenskapsteoretisk perspektiv

Jeg ønsket å belyse temaet gjennom en kvalitativ studie hvor jeg intervjuet de eldre selv. For å avgrense oppgaven vil jeg konsentrere meg om eldre hjemmeboende som mottar helse- og omsorgstjenester. Her ble det mest hensiktsmessig å benytte seg av en kvalitativ tilnærming. Med denne studien var hovedhensikten å si noe om hvordan eldre opplever hverdagen.

Studien har en fenomenologisk tilnærming og utgangspunktet blir dermed informanters opplevelse av den aktuelle situasjonen. Fenomenologien er blant annet er kjent gjennom Edmund Husserl (1859-1938) som mente at man burde undersøke den menneskelige erfaring, og avstå fra å ytre seg om det som ikke kan erfares (Nilsen, 2004). Gjennom et fenomenologisk perspektiv ønsker man å gjengi den enkeltes opplevelse av de fenomener som omgir dem på en så sannferdig måte som mulig (Nilssen, 2012). I denne oppgaven vil fokuset være situasjonen slik den oppleves av de eldre.

3.2 Intervju

Det finnes ulike typer tilnærminger til kvalitative studier for eksempel intervju- dybdeintervju, fokusgruppeintervju, fokuserte intervju, casestudier (en bestemt type enhet som vi ønsker å studere), dokumentstudier og observasjonsstudier (personlig kommunikasjon, forelesning med Cecilie Høy Anvik, foreleser og jobber som forsker ved Nordlandsforskning). I denne studien har jeg valgt intervju, som er den vanligste metoden fordi jeg vil ha tak i de eldres tanker, erfaringer og opplevelser (Nilssen, 2012 s. 23). Den mest vanlige former for intervju er dybdeintervju som kan være en relativt fri samtale rundt noen forhåndsdefinerte tema (Nilssen, 2012). Intervjuet krever at man er godt forberedt, og for eksempel benytter en intervjuguide.

3.2.1 Utforming av intervjuguide og informasjonsskriv

Intervjuguide (se vedlegg 1) kan romme sentrale temaer og spørsmål som til sammen skal dekke de viktigste områdene studien skal belyse, og den kan omsette studiens overordnede

problemstilling til konkrete temaer med underliggende spørsmål, og åpne opp og bidra til forløsning av tykke beskrivelser. I planlegging av selve spørsmålene var det viktig å bruke dagligtale. For meg var det viktig å ha en intervjuguide med spørsmål, men samtidig å ha en åpenhet i forhold til at det kan være andre spørsmål som er vesentlig i forhold til tema og som jeg ikke har tenkt på. I planleggingen før jeg startet med intervjuene skrev jeg informasjonsskriv til intervjuguiden. I informasjonsskrivet informerte jeg om hvem jeg var og hva studien handlet om, samt om tema, begrunnelse for tema og om frivillighet og anonymitet, samt at alle data ville bli slettet etter at oppgave var levert inn.

3.2.2 Informanter og utvalgskriterier

I kommunikasjon med Norsk Samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD) ble det tidlig påpekt at i forhold til rekrutteringsmetoder så var det viktig å opprettholde frivillighetsaspektet samt å ivareta anonymiteten til informantene. Jeg undersøkte hva det ville koste med en annonse i avisa for å få tak i informanter, men i en eventuell annonse var det viktig å få med nødvendig informasjon, og en slik annonse ville ha kostet over kr. 3000,- i lokalavisa, så det ble for dyrt. Jeg sendte derfor ut brev til alle representantene i Eldrerådet i kommunen, og informerte om prosjektet, og om at jeg trengte informanter. I tillegg fulgte jeg opp med en telefon til noen av representantene i Eldrerådet. Det viste seg at de kunne hjelpe meg. Flere av dem tok kontakt med eldre som de trodde kunne være interessert, og de som var interessert tok igjen kontakt med meg. En av informantene fant en ny informant, og i tillegg valgte jeg å sette inn en kortere annonse i avisa. Den førte til at ytterligere to eldre tok kontakt. Totalt fikk jeg åtte informanter. Oppsummert kan jeg si at det ville ha blitt en stor utfordring å få tak i informanter alene, men at det gikk greit fordi jeg fikk hjelp fra andre.

I utgangspunktet tok jeg imot de informantene jeg fikk. Det viste seg at utvalget hadde store variasjoner både med hensyn til alder og nedsatt funksjonsevne, men også i forhold til boforhold. Noen bodde i privat bolig, andre i omsorgsbolig. I tillegg var begge kjønn representert. Alle hadde pårørende i nærheten, og samtlige bodde alene. Jeg hadde et ønske om å få en eller flere informanter som bodde lengre bort fra den mest sentrale delen av kommunen, for å se om det var store forskjeller for eksempel på mulighet til å motta tjenester, men det fikk jeg ikke.

De åtte eldre som ble intervjuet varierer i alder fra 70 – 93 år, og de hadde store variasjoner i forhold til funksjonsevne. Noen var ganske funksjonsfriske, mens andre hadde veldig redusert funksjonsevne. Noen har vært syk over lang tid, mens andre har fått hjelp over en kortere periode. De trenger hjelp i svært forskjellig grad fra daglig tilsyn og til flere hjelpetiltak som daglig hjelp til stell, pleie, dusjing, medisin, framkommelighet, handling, renhold, osv. De er alle enslige og har i ulik grad kontakt med familie og venner. De fleste har voksne barn som bor i kommunen. Mange har opplevd tap av ektefelle og andre i familie eller vennekrets. Noen er svært sosiale og har ofte venner på besøk, mens andre lever et mer isolert liv.

3.3 Datainnsamling

Innsamling av data ble gjennomført ved hjelp av samtaleintervju. Tid og sted ble avtalt med informantene. Jeg dro hjem til samtlige, og det var viktig for dem fordi de fleste var lite mobile. Jeg startet med grundig informasjon om studien, og vektla at de når som helt kunne velge å trekke seg dersom de ønsket det. Kontaktinformasjon ble derfor viktig. Jeg introdusere meg selv tidlig i samtalen, og fortalte hvorfor jeg var engasjert i emnet. En slik presisering kan bidra til å unngå en form for avstand mellom meg og de eldre (Thagaard, 2009). Alle informantene virket interessert og engasjerte, og var først og fremst ivrige til å fortelle omkring tema. Tidlig i intervjuet noterte jeg ned alder, samt boligtype (om de bor i privat bolig eller i omsorgsbolig) og om de bodde alene.

Under selve intervjuene hadde jeg intervjuguiden foran meg. Jeg forholdt meg til intervjuguiden i den grad det var naturlig. Noen svarte kort på spørsmålene uten å utdype noe særlig, og da stilte jeg oppfølgingsspørsmål. Andre kom med lange historier som hadde med selve temaet å gjøre, eller som kunne være litt på siden av tema, men som likevel var svært interessante. Det var for eksempel opplevelser som jeg ikke kjente til, eller hadde tenkt over som en problemstilling, og som jeg av den grunn ikke ville ha spurt om. Ut fra denne informasjon stilte jeg da en del oppfølgingsspørsmål som ikke i utgangspunktet var med i intervjuguiden. Noen fortalte også historier som var litt på siden av tema. Jeg benyttet alle spørsmålene i guiden, men ikke alltid i den rekkefølgen de var skrevet i. Informantene var imøtekomende og noen hadde veldig mye de ønsket å fortelle. Noen fortalte historier som om jeg skulle ha kjent dem lenge, andre virket noe mer forsiktig.

Jeg avsluttet med å spørre om det var mer de ønsket å fortelle som hadde med tema å gjøre. Noen av samtalene var gjennomført på 45 minutter, andre tok 1,5 time. Jeg dro nytte av personlig erfaring med samtaler som jeg har hatt i gjennom år som lærer og som sosionom. I tråd med Dalen (2011) sine anbefalinger ble umiddelbare tanker og refleksjoner notert i etterkant av hvert intervju.

3.4 Etisk refleksjon

Å skulle intervju eldre syke mennesker om deres hjelpebehov, og hvordan de opplever sin hverdag, er ikke uproblematisk. Det er å gripe inn i deres private sfære. Det betyr at man må være ekstra varsom med tanke på hva som kan regnes som personidentifiserbare opplysninger. Den som deltar skal delta frivillig, og frivilligheten skal baseres på at den som undersøkes vet om hvilke farer og ulemper som er knyttet til å delta i denne undersøkelsen. De skal være informert. I tillegg til at nesten alle informantene hadde fått skriftlig informasjon på forhånd (se vedlegg 2 Forespørsel – intervju med eldre), så brukte jeg god tid på muntlig informasjon før intervjuet startet. Det var viktig at de visste hva intervjuet gikk ut på, hvorfor jeg ville intervju dem, hvordan jeg ville oppbevare og behandle informasjon, og i tillegg måtte jeg forsikre meg om at de visste at de kunne trekke seg når som helst. Opplysningene jeg skulle samle inn inneholdt en del sensitiv informasjon. De jeg intervjuet var en sårbar gruppe som i tillegg var i et avhengighetsforhold til de som de mottok hjelp fra. Min oppgave var blant annet å sikre anonymitet, både at det ikke var teknisk mulig å koble gitt informasjon med en navngitt person, samt at ingen skulle kunne gjenkjennes ut fra innholdet i oppgaven. Informantene kalte jeg informant 1, informant 2, osv., og det ble tidlig viktig å luke bort alle opplysninger som kunne føre til at personer ble gjenkjent. En del informasjon ble derfor fjernet umiddelbart.

NSD er personvernombudet for forskning, og prosjekter som dette skal meldes til og godkjennes av NSD. En godkjenning innebærer at prosjektet er vurdert og at personopplysninger er ivarettatt på en godkjent måte. Godkjenningen er tidsbegrenset og endringer skal meldes inn til NSD.

3.5 Fra empiri til analyse

Målet med kvalitativ analyse er å få dypere innsikt i, og å øke kunnskap om det forhold som vi forsker på. Dette arbeidet fordrer at vi viser en sensitivitet over hva dataene skal bidra med (Tjora, 2012). Situasjonen til informantene var som nevnt svært forskjellige, de hadde forskjellig grad av nedsatt funksjonsevne, noen hadde vært syk over lang tid, andre en kort periode. De hadde forskjellige boforhold, noen var nyinnflyttet i omsorgsbolig, andre var på flyttefot fra en korttids plass i institusjon på vei hjem, og noen hadde alltid bodd hjemme. Intervjuene ble derfor også svært forskjellige. Noen inneholdt rike fortellinger som ikke bare handlet om hovedfokuset for oppgaven. Andre intervjuer var mer kortfattet med direkte svar på spørsmål.

Når det gjelder innholdsanalyse så var det for det første viktig at alle intervjuene ble transkribert. Dette ble første trinn for å beskrive data. Jeg satt igjen med åtte intervju. De var av ulik lengde, fra ca. 7 – 14 sider. Videre i bearbeidelsen av data var som nevnt anonymitet et viktig fokus. Alle opplysninger som kunne føre til at personer med gjenkjent ble fjernet.

Å jobbe seg i gjennom intervjuene flere ganger, førte til at jeg ble godt kjent med hvert enkelt intervju. Disse dataene skulle etter hvert gi meg mer kunnskap og innsikt om de fenomenene og den tematikken som jeg i utgangspunktet var interessert i. Hvor skulle jeg begynne når jeg nå skulle i gang med innholdsanalysen? I følge Tjora (2012, s. 178) kan det være lurt å begynne med et overordnet spørsmål som for eksempel, hva er det mest interessante funnet her? Han mener at slike spørsmål kan være en inspirasjon til å gå i gang med den videre mer systematiske analysen.

Jeg jobbet først nært opp mot materialet og brukte begrep og forståelser som allerede fantes i datamaterialet. Slik fant jeg ord, uttrykk og tema som beskrev avsnitt eller mindre utsnitt av datamaterialet direkte, for eksempel: *om å søke hjelp, om å få bistand fra pårørende for å få helse- og omsorgstjenester, om tyveri i omsorgsbolig, og om å få avslag på søknad om helse- og omsorgstjenester*. Videre startet en indirekte beskrivelse, altså en første tolkning av data. Hva er det som blir sagt her, eller hva var det den eldre mente med denne uttalelsen eller dette avsnittet? Eksempler her er: *travelhet, om usikkerhet i forhold til rettigheter, om å bli misforstått, om fortvilelse og desperasjon, om skuffelser, om forskjellsbehandling og om medbestemmelse for å nevne noen*. Da satt jeg etterhvert igjen med mange tema. Noen

tema gikk igjen i flere intervju, og de som handlet om likelydende tema ble samlet under felles overskrift. Det var naturlig å systematisere data på en slik måte for å få bedre oversikt. Neste steg i analysen var å få en oversikt over temaene.

3.5.1 Kategorisering

Kategoriene skal være fundert i data. De skal springe ut fra de intervjuene vi har tilgjengelige (Jacobsen, 2005, s. 193). Fantet det kobling til teorien? Honneth hadde som beskrevet i teorikapittelet tre grunnleggende former for anerkjennelse (Follesø, 2010): den private sfære der primære relasjoner og kjærlighet er sentralt, den rettslige sfære der rettigheter er sentralt, og den solidariske sfære der det sosiale og solidaritet er sentralt. Da jeg igjen søkte i det materialet jeg hadde, så fant jeg at disse temaene var fremtredende i det som de eldre hadde snakket om. Honneth sine sfærer skulle vise seg å ha en kobling til innsamlet data. For eksempel så var det deler av intervjuene som handlet om den private sfære og de nære relasjoner som de eldre hadde. De snakket om relasjoner til hjelperne sine, og om å utvikle nye tillitsforhold. Eksempler på tema her var: *om relasjoner man er avhengig av, om kommunikasjon, om opplevd omsorg, om trygghet og utrygghet.*

Videre var det data som omhandlet rettigheter og dermed den rettslige sfære for eksempel: *om manglende medbestemmelse, om usikkerhet i forhold til rettigheter, tjeneste dårlig tilpasset behovet, om å søke hjelp, om forskjellsbehandling, om medbestemmelse, og om å få avslag på søknad om helse- og omsorgstjenester.* I tillegg var det tema som sa noe om betydningen av det sosiale og solidaritet altså den solidariske sfære for eksempel: *om ensomhet, om livserfaring og å forholde seg til mange personer, om manglende internettilgang, om sosialt liv i omsorgsbolig, om engasjement og deltagelse, og om å bry seg.* Disse utsagnene kunne igjen deles inn i positive erfaringer og erfaringer som de eldre var mer kritiske til. De ble derfor igjen delt inn i faktorer som fremmer en opplevelse av fellesskap, og faktorer som begrenser en opplevelse av fellesskap.

Videre oppsummert jeg funn innenfor de nevnte sfærene og tok med det vesentligste, for så å avslutte analysen ved å hente fram og sortere mer konkrete svar på forskningsspørsmålene.

3.6 Pålitelighet og gyldighet

I det følgende vil jeg drøfte undersøkelsens gyldighet og pålitelighet (Jakobsen, 2010). Generelt kan man si at all forskning vil være en forenkling og reduksjon av mangfoldet i virkeligheten. Det er ikke menneskets liv, det er et svært avgrenset område i et menneskes liv. Enhver presentasjon av forskningsresultatet vil derfor også være en reduksjon av virkeligheten.

3.6.1 Pålitelighet

Kan vi stole på de data vi har samlet inn? Hvor pålitelig er egentlig våre data? Når det gjelder den såkalte undersøkelseeffekten, så vet man at undersøkelsesmåten kan påvirke selve resultatet. Vi lar oss alle påvirke. De eldre påvirkes av situasjonen og av meg, samtidig som jeg påvirkes av de relasjonene som oppstår i selve datainnsamlingsprosessen. I forhold til å bli kjent, så startet jeg gjerne som nevnt med å fortelle litt om meg selv, og hvorfor jeg skriver oppgave om eldre, slik at de ikke skulle ha opplevelsen av å snakke med en totalt fremmed.

Selv måtte jeg tenke gjennom at jeg skulle gjennomføre intervju som er forsker, ikke som en sosionom. Vanligvis er det slik at når jeg kartlegger noe i jobbsammenheng, så er det i den hensikt å også vurdere om noe kan gjøres, hvilke tiltak som er nødvendig, osv. Forskerrollen var en ny og uvant rolle for meg. På forhånd ville jeg ha trodd at det at jeg gjorde lydopptak, ville ha en innvirkning, fordi det ble en uvant og noe kunstig situasjon for informantene. Ingen nevnte opptaket underveis i samtalen, det virket som om de snakket og oppførte seg naturlig, og at opptakeren ikke var et forstyrrende element for dem. Jeg kan imidlertid ikke vite om det er tilfellet. Når det gjelder konteksteffekt så er informasjonen samlet inn i naturlige omgivelser hjemme hos informantene.

3.6.2 Intern gyldighet

Har jeg fått svar på det jeg ønsket å få svar på, og oppfattes resultatene som riktige? Har jeg for eksempel fått tak i de kildene som kunne gi den riktige informasjonen? Jeg hadde noe begrenset mulighet til å få tilgang på informanter, fordi jeg ikke kunne ta kontakt direkte.

Informantene som eldrerådet fikk tak i kan være valgt ut tilfeldig. Men de kan også være valgt fordi eldrerådet visste at vedkommende var sosial og kunne tenke seg å bli intervjuet. De som

er mer stille og tilbaketrukket, er det kanskje vanskeligere å komme i kontakt med. Spørsmålet blir om det kunne ha tilført undersøkelsen annen informasjon? Jeg tenker om dette at dersom jeg hadde kommet i kontakt med eldre i omsorgsbolig som hadde hatt en vanskeligere situasjon i forhold til helse- og funksjonsnivå, så ville det nok ha tilført undersøkelsen et mer nyansert bilde av hvordan det er å leve i omsorgsbolig.

Når det gjelder annonsen som jeg satte i avisa, så er det nok slik at de som er syk og begrenset sjeldnere leser avisa. Jeg erfarte at intervjuguiden (se vedlegg 1) passet best til de eldre som bodde i privat bolig, og som hadde vært syk over noe tid. Dette blant annet fordi den hadde spørsmål som handlet om tjenester som var blitt innvilget. De eldre som bodde i omsorgsbolig, fikk den hjelpen de trengte ved innflytting. Det var ikke nødvendig for dem å søke om noen tjenester. Informantene i omsorgsbolig tilførte likevel verdifull informasjon. De fortalte for eksempel om hvordan de fikk omsorgsbolig, samt om hvordan det var å bo der og være en del av et sosialt fellesskap.

Ut fra mitt ønske og spørsmål om å komme i kontakt med eldre som hadde nedsatt funksjonsevne og som mottok helse- og omsorgstjenester, så er det enda ei gruppe som jeg ikke har nådd fram til, og det er de som har søkt om eller som har hatt et ønske om å få innvilget helse- og omsorgstjenester, men som ikke har lykket med det. Jeg har intervjuet åtte eldre som selv mottar tjenester i ulik grad, og som slik sett er direkte involvert. Det bør være større gyldighet knyttet til at det er deres egne erfaringer enn om historien skulle blitt fortalt gjennom andre.

Neste spørsmål man kan stille seg er om de eldre har gitt fra seg korrekt informasjon, eller om de forteller det de synes er viktig å fortelle, eller det de tror jeg ønsker at de skal fortelle. For meg virket de eldre veldig troverdige og opptatt av å fortelle om sine egne erfaringer. Men variasjonen var stor - fra korte besvarelser på konkrete spørsmål - til lange historier om tema som jeg ikke direkte hadde spurt om. I forhold til skriftlige kilder, så bør det knyttes stor lit til for eksempel forskningsrapporter som er skrevet av anerkjente forskere. I tillegg er det benyttet en del offentlig litteratur for eksempel fra Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet.

Kvalitativ forskning gir oss en annen kunnskap om sammenhenger som vi ikke får når vi gjør statistiske undersøkelser. I noen undersøkelser er det kanskje ikke et poeng i å generalisere, vi skal inn å forstå og beskrive akkurat et bestemt felt

3.6.3 Ekstern gyldighet

Når det gjelder ekstern gyldighet, så er spørsmålet om man kan overføre funn til andre sammenhenger? I hvilken grad kan funnene fra undersøkelsen generaliseres fra noen få enheter som vi har undersøkt, til andre som ikke har blitt undersøkt? Utvalg av enheter er ofte skjeve og ikke representative i kvalitativ metode, eksempelvis så var det få menn av de personene jeg intervjuet, og det var bare personer som bodde i sentrumsnære strøk. Men hovedhensikten er som regel ikke å generalisere fra et utvalg av enheter til en populasjon.

I denne oppgaven var formålet å undersøke og forstå. Spesielt for intervjuene var at erfaringene til de eldre var individuelle og at de varierte. Selv om funnene i liten grad kan generaliseres, så kan de gi en dypere forståelse av hva de eldre opplever som viktig når de mottar tjenester fra det offentlige, og hvordan de opplever sine relasjoner til hjelperne. Dette kan være nyttige opplysninger for ansatte eller ledere innen helse- og omsorg i kommunen, for eldrerådet, politikere eller andre som er interessert i eldreomsorg.

Fra redegjørelse for metode og fremgangsmåte, så går jeg nå over til presentasjon av empiriske funn og analyse av data.

4 Presentasjon av empiriske funn og analyse

I oppgavens teoridel foran beskrives Honneth sin teori om anerkjennelse og de tre sfærene: den private sfære, den rettslige sfære og den solidariske sfære (Follesø 2010, Honneth 2008). Dette analysekapittelet, som anvender de nevnte sfærene, består også av tre deler: Del 4.1, Den private sfære som er knyttet til begrep som kjærlighet og selvtillit, del 4.2, Den rettslige sfære, har rettigheter og selvrespekt som tema, og del 4.3, Den solidariske sfære, der solidaritet og selvverdsettelse er sentralt.

Innenfor de tre delene presenteres ulike undertema. Disse inneholder sitat fra intervjuene som illustrerer tema, fortolkning av sitatet samt diskusjon i lys av relevante teorier og begreper. Hver av de tre delene har en kort innledning og en oppsummering.

4.1 *Den private sfære*

Opprinnelig var det ulike tema som fremkom og problematisert i intervjuene. Ved kategorisering ble de forskjellige fokusområdene samlet til tre hovedtema. Dette kapittelet består av tre tema som handler om den private sfære, og som var sentrale i de eldres erfaringer. Temaene dreier seg om: relasjoner man er avhengig av, betydningen av kommunikasjon, samt opplevd omsorg, trygghet og utrygghet.

4.1.1 *Om relasjoner man er avhengig av*

Eksemplene som følger har det til felles at de handler om nære relasjoner som informantene beskriver at de er avhengig av. I den private sfære er de primære relasjoner som består av følelsesmessige bindinger viktige (Honneth 2007, i Follesø 2010, s. 77).

Ei av kvinnene som hadde vært kronisk syk lenge og som pga det ikke hadde kommet ut av huset på flere år uttrykte følgende:

«Ja dersom hun (støttekontakten) hadde sluttet så hadde det blitt et stort savn.»

Informanten uttrykker med få ord at relasjonen til støttekontakten har stor betydning for henne. Dette er en relasjon som hun er avhengig av. En annen informant vektlegger relasjon til hjemmehjelpen:

«Jeg er veldig godt fornøyd med hjemmehjelpen jeg får. Det er én person, bortsett fra at det er andre når det er ferietid. Jeg er veldig godt fornøyd med vaskingen og støvsugingen, og hun som gjør jobben er svært trivelig og tar seg alltid tid til litt prating. Hun har så godt humør og det smitter over på meg.»

Informanten gir uttrykk for at relasjonen til hjemmehjelp er verdifull for henne. Det er ikke bare praktisk bistand som er viktig, men den gode kontakten mellom dem, og det at hjemmehjelpen tar seg tid, som understrekes. Det ligger omsorg i det, og ifølge Vetlesen (2004) husker vi omsorg som gulvet i et hvert menneskes liv, det vi står på, det vi støtter oss til, det som holder oss oppe (2004, s. 27). Vetlesen legger vekt på at omsorg ikke bare gjelder barnet, men at det er livsunderstøttende livet igjennom. Han viser til at det er nødvendig i forhold til sårbarhet, svakhet og skrøpelighet (2004, s. 29). Det kan hevdes at alderdom kan kjennetegnes av nettopp sårbarhet, svakhet og skrøpelighet i noen form og grad, og dermed blir omsorg særlig viktig i denne fasen av livet. Fravær av noen som bidrar med omsorg kan da bli en utfordring, som denne kvinnen beskriver:

«Akkurat nå har jeg ingen som støtter meg, jeg kan ikke bruke min sønn for han er også syk. Jeg ringer ofte hjemmesykepleien tidlig om morgenen og sier at jeg er dårlig, men de tror ikke på meg.»

I kvinnens utsagn ligger et savn etter kontakt. Denne kvinnen er syk og ofte i dårlig form. Slik uførhet og kronisk lidelse kan gi en følelse av meningsløshet. Når håpløsheten og avmakten melder seg, så kan den gamle trenge hjelp til å bearbeide vanskelige følelser gjennom samtaler for aksept og forsoning for å etablere en ny mening i tilværelsen (Johansen, 2010). En annen informant beskriver relasjonen til en som skal bistå henne:

«Når jeg trenger hjelp da tar jeg kontakt med ei som heter Men jeg synes det er lite med henne. Det er lite tak i henne. Det skjer ikke noe.»

Informanten er misfornøyd. Hun får ikke den hjelpen som hun forventer å få og som hun trenger, og beskriver også at det «det er lite med henne». Det kan tolkes som om relasjonen ikke synes å være meningsfull for informanten. Hun trenger noe mer enn kun hjelp – en type støtte. I all omsorgsutøvelse vil det ligge en forventning om anerkjennelse, tillit og solidaritet (Lillestø, 2004). En annen kvinne beskriver også forventninger om anerkjennelse som ikke blir møtt:

«Når jeg ringer dem (hjemmesykepleien) om morgenen med smerter, så sier de at 'jammen det ordner seg' ..., og så kommer de ikke før langt ut på formiddagen. Som i dag for eksempel så har jeg hatt smerter siden klokken 5 i natt, og ikke med ei setning har jeg fått bekreftet at de forstår hvordan jeg har det. Tvert imot, de sier for eksempel at det der kan du jobbe deg ut av, det der er du vant med, så det får du til.»

Informanten forsøker å få hjelp på grunn av smerter men hun opplever manglende bekreftelse, at hennes problemer blir bagatellisert og at hun blir ignorert. Omsorg kjennetegnes ved asymmetri ved at den som er avhengig av hjelpen får det uten at det stilles krav. Tillit er også viktig når det gjelder det relasjonelle aspektet. Hvis man er usikker på om man får hjelp når man er syk, vil tilliten bli erstattet med mistillit og angst (Lillestø 2004, s. 607). Fravær av anerkjennelse kan også, ifølge Honneth, føre til at mennesker krenkes (Honneth 2008 i Føllesø 2010).

Definisjonsmakten, det vil si å få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten, vil i større eller mindre grad være til stede i alle relasjoner hvor folk er avhengige av hverandre, for eksempel i relasjonen terapeut – klient. Når den ene parten bruker sin posisjon til å definere den andres opplevelse, uten å anerkjenne dennes perspektiv, kan vi snakke om misbruk av definisjonsmakt (Bae, 1992, s. 26).

4.1.2 Om betydningen av kommunikasjon

Informantene var opptatt av kommunikasjonen med hjelperne sine. Et eksempel på hvordan betydningen av kommunikasjon kom til uttrykk er følgende utsagn, som er et svar på mitt spørsmål: Har kommunen spurt deg om du er fornøyd med tilbudet du får, eller om du ønsker noen endringer?

«Nei jeg opplever at de ikke har tid til snakke, de har for eksempel sagt at de kan ikke være selskapsdamer. Jeg har ikke lyst å si noe stygt om dem, men de forstår ikke så mye om min situasjon.»

Informanten uttrykker en opplevelse av at de som jobber innen tjenesten ikke har tid til å lytte til henne. Hun ønsker kontakt med dem for å forklare om sin situasjon, men hun opplever ikke at hun gis tid, og får dermed en opplevelse av at hun ikke blir forstått. Utsagnet kan ses på som et eksempel på manglende anerkjennelsen innen private sfære (Honneth 2008 i Follesø 2010, s. 77), og der resultat kan bli at selvfølelsen krenkes. En kvinne (87 år) uttrykker seg slik:

«Nei jeg har ikke en kontaktperson, men jeg skulle ønske jeg hadde hatt det. For jeg spør så mange, men jeg får sjelden svar eller oppfølging. Jeg vet ikke hvor beskjedene havner.»

Kvinnen uttrykker et ønske om en person hun kan henvende seg til. Hun beskriver at hun ikke får svar på spørsmål, og er derfor usikker på om spørsmålene blir brakt videre, og i tilfelle til hvem. Et lignende utspill uttrykkes av en annen kvinne:

«Jeg har for eksempel sagt så lenge at jeg har så vondt i ei skulder, men det er ingen som har lyttet til meg. Det er så mange som er innom. Hadde det vært samme person, så hadde det ikke vært noe problem, men det er minst tre forskjellige som kommer pr dag.»

Kvinnen har smerter og sier ifra om det, men hun opplever at det ikke er noen som lytter til henne. Hun ville ha fortrukket å snakke med en person, men det er flere som kommer innom hver dag, og det fører til at kommunikasjon blir vanskelig for henne. Betydningen av én person å henvende seg til er tematisert eksempelvis når det gjelder individuell plan og koordinator, hvor det påpekes at samspill med en eller få hjelpere skaper trygghet og forutsigbarhet og sparer den enkelte for å måtte informere om egne behov til stadig nye personer (Hansen, 2011, s. 97). En kvinne beskriver:

«Når hjemmesykepleien spør 'har du vondt her eller der', og jeg sier at 'jeg har vondt i hele kroppen', så har jeg inntrykk av at de godtar ikke det, når ikke pasienten kan oppgi et bestemt sted. Har du vondt i en fot, så har du vondt i en fot, men jeg har vondt overalt.»

Kvinnen beskriver at de ansatte stiller spørsmål på en måte som hun har vansker med å svare på. Når hun forteller at hun har vondt i hele kroppen, så opplever hun at dette ikke blir forstått eller akseptert. Hennes opplevelse er ikke i samsvar med forventningene fra hjemmesykepleien.

Lillestø (2004) påpeker at på tross av kunnskap om omsorg og faglig teoretisk tyngde, så er det pasientens tilstand og opplevelse av situasjonen som bør være utslagsgivende for de handlinger som sykepleieren foretar seg (Lillestø, 2004 s. 610). To kvinner ga uttrykk for at lærlingene skilte seg ut på en positiv måte.

«Er det ikke rart at de (studenter) har så mye mer tid enn de andre som har jobbet lenge? Noen virker lei av jobben sin rett og slett. Noen ser ikke at de kan reie sengen for eksempel. Det blir så tungt å spørre om alt.»

Denne kvinnen gir uttrykk for at lærlingene tar seg bedre tid. Hun opplever det som om at noen av dem som har jobbet lenge i tjenesten er lei av jobben sin, og at de dermed overser oppgaver som er viktig for henne å få utført.

«Elevene, eller de som går i lære, de er som regel de beste. De er mere lydhør og de tar seg tid, og de gjør jobben uten at jeg trenger å spørre, de ser for eksempel at jeg trenger nytt vann i glasset.»

Av denne kvinnens beskrivelse går det fram at lærlingene bruker mer tid og at de dermed også har tid til å lytte. Det uttrykkes også at lærlingene i større grad ser behovene til den gamle.

Kritikken i forhold til New Public Management gikk blant annet nettopp på temaet tidsbruk. Den rammet spesielt de ensomme eldre som knapt fikk annet besøk enn besøket fra hjemmetjenesten, og de opplevde det krenkende når hjemmehjelperen knapt hadde tid til å svare dem (Vabø, 2007, s. 222). Å gi den gamle tid og oppmerksomhet bidrar til at den eldre opplever sine behov som anerkjent. Anerkjennelse handler både om å se og bli værende hos den personen som trenger det, en prosess som krevet tid, påpeker Bae & Waastad (2005, i Follesø 2010, s. 76). En annen kvinne som også hadde opplevd sykdom over lengre tid ga uttrykk for følgende:

«Det må jo forandres av og til for pasienten, men det er akkurat som om alt skal gå i en dur i hjemmesykepleien. De spør ikke hvordan jeg har det, så når det er noen som en sjelden gang spør om det, så blir jeg så paff. Det virker ikke som om de hører etter hva jeg sier, for jeg får ikke noe tilbakemelding. Jeg vet ikke om de sier i fra videre når jeg spør om noe eller lurere på noe.»

Informanten beskriver at hun savner å bli sett som ett individ, med sine individuelle behov. Hun opplever ikke å bli hørt, hun vet ikke hvem beskjedene ender hos, og hun savner tilbakemelding. Hun får ikke svar på sine spørsmål. Vabø ser en fare i at en for sterk vektlegging på de byråkratiske forvaltningsverdiene kan bidra til å undergrave tjenestens fleksibilitet, formaliserte tildelingsrutiner og for streng avtalestyring kan bidra til å innskrenke muligheten for å reagere i vanskelige og uforutsette situasjoner (2007, s. 284).

Ei av kvinnene som beskriver negativ erfaring, beskriver imidlertid også en positiv erfaring:

«Men så skjer det at det er noen som ordner opp innimellom. Noen tar tak i spørsmål og så skjer det endringer, for eksempel at jeg ville gå til sengs ca kl.17 det var noe jeg ønsket så lenge og sa ifra om til så mange, men jeg ventet i mange uker og måneder før det plutselig kom ei som sa at hun skulle skrive i journalen at jeg ønsket å komme tidlig i seng, og da snudde det plutselig.»

Kvinnen opplever at det av og til er noen av de ansatte som ordner opp. For henne betyr det at hun blir hørt når det for eksempel gjøres endringer i rutiner ut fra hennes ønsker. Lysaker fremhever fra Honneth sin anerkjennelsesteori om sammenhengen mellom anerkjennelse og tillit. Anerkjennelse i nære omsorgsbaserte relasjoner gir tillit overfor andre (Lysaker, 2015).

Tillitsforhold kjennetegnes ofte av åpenhet, i motsetning til relasjoner preget av usikkerhet som lett kan skape misforståelse og mistillit. Følgende sitat er siste som omhandler kommunikasjon, og det handler om tillit:

«Og jeg vet ikke om jeg hadde tort å snakke så ærlig som jeg har gjort med deg til kommunen dersom de hadde spurt. Jeg er blitt mer mistenksom fordi jeg har inntrykk av at de snakker om meg og sier at dere må ikke høre på henne fordi hun er bedre enn det

hun selv vil ha det til. Dersom kommunen hadde kommet og spurt meg, så tror jeg at jeg hadde sagt at jeg hadde det bra.»

Kvinnen uttrykker usikkerhet i forhold til om hun kan snakke like fritt ovenfor kommunen som hun gjorde under intervjuet. Hun beskriver at hun er blitt mer mistenksom på grunn av at hun opplever at de ansatte har snakket mer om henne enn til henne. Dette har medført større usikkerhet hos kvinnen. Dersom anerkjennelse uteblir så kan det skape mistillit (Lysaker, 2015).

4.1.3 Opplevd omsorg, trygghet og utrygghet

I samtlige intervju kom tema som omhandler omsorg, trygghet og utrygghet frem. De eldre kom uoppfordret med historier, både gode og dårlige erfaringer, som beskrev temaet. Følgende tre sitat kommer fra kvinner som på ulike måter uttrykker å være fornøyd:

«Ja det var ... som er sjef her, hun er helt fantastisk. Det er forresten mange som er fantastiske her, de jobber så godt her. Jeg fikk den hjelpen jeg trengte, de kunne til og med sitte hos meg dersom jeg hadde behov for det, og jeg fikk hjelp til alt.»

Kvinnen roser de ansatte; hun opplevde trygghet fordi hun får den hjelpen hun trengte, og blir i tillegg positivt overrasket over fleksibiliteten i tjenesten.

«Og så fikk jeg telefonnummer, og de sa, husk hele døgnet. Ja, og det synes jeg var veldig raust. Jeg skulle ha en serie med sprøyter blant annet etter operasjonen. Og de var så flinke, det var ikke vondt en gang. Jeg følte meg så godt ivaretatt.»

Kvinnen fikk vite hvor hun kunne ringe når hun trengte hjelp, og det gjaldt både dag og natt. Hun ble positivt overrasket. Hun trengte hjelp en tid i etterkant av en operasjon, og hun opplevde at de ansatte var faglig dyktige, noe som igjen førte til at hun følte seg ivaretatt.

«Hjemmesykepleien var tilgjengelig for meg hele døgnet. Og det var fantastisk, for det ga meg en sånn trygghet. Ellers så hadde jeg trodd at når de var ute av grinden, så var det gjort. Men nei da. Og så var det sånn at jeg ble ganske nedstemt og tungsindig. Og

jeg ringte ei venninne. Hun er bestemt og hun sa at jeg skulle ringe hjemmesykepleien og si fra om det med en gang. Så gjorde jeg det. Og det var en søndag, og om søndag ettermiddag så kom det ei dame som jeg ikke husker hva hette, for da satt jeg her og gråt, men hun satt her sammen med meg og snakket fornuftig, hun snakket om mat og hun snakket om alminnelige praktiske ting. Hun var rolig og ikke tilgjort. Til å begynne var jeg så flau for at hun skulle plages hit osv, men da sa hun nei det var jobben hennes og det skulle jeg ikke tenke på, så ringte hun etterpå og spurte hvordan det gikk og hvordan jeg hadde det.»

Kvinnen beskriver forventninger til at de ansatte bare er til stede der og da, men når hun finner ut at tjenesten er tilgjengelig for henne hele døgnet, så gir det trygghet. Johansen (2010) beskriver at for å lykkes innen eldreomsorg trenges det kontinuitet i bemanning og kompetanse: «samtalene må finne sted når anledningen er der og situasjonen tilsier det». Fra sitatet over kan vi se hvor mye nettopp det, at noen kom til henne akkurat når hun trengte det, betydde for kvinnen.

Noen beskriver imidlertid negative opplevelser. Følgende to sitater kommer fra eldre som har hatt negative opplevelser med helse- og omsorgstjenesten.

«Nei det (hjelp til renhold) har jeg ikke, og jeg vil ikke ha det siden da vet jeg ikke hvem som låser seg inn her. Men det har ikke vært noe problem etterpå. Jeg bryr meg ikke om de tingene som jeg har mistet, men jeg har hatt en redsel, og når man har angst så har man en redsel, og gå å legge seg uten innvendig lås, det var ikke mulig for meg. Jeg satt våken på sofaen om natta.»

Denne informant vil ikke ha hjelp til renhold i omsorgsleiligheten fordi hun ikke vet hvem som kommer for å vaske. Hun har tidligere blitt frastjålet noen gjenstander av ansatte. Tapet av gjenstandene har ikke lenger noen betydning, men det har ført til redsel, utrygghet og problemer med å ha tillit til hjelperne. Tillit er, ifølge Lillestø (2004) viktig når det gjelder det relasjonelle aspektet av omsorg. Hvis man er usikker på om man får hjelp når man er syk, vil tilliten bli erstattet med mistillit og angst (Lillestø, 2004 s. 607). Og nettopp mistillit og angst er synlig i kvinnenes beskrivelser. En annen beskriver:

«Jeg trodde at hjemmesykepleien var noe annet enn det de er. Jeg trodde at de roet seg litt og satte seg ned og snakket litt med folk. Ei stund hadde jeg veldig behov for det. Men sånn var det ikke. Jeg lærte meg etter hvert å kjenne hver enkelt person. Jeg mener at de må jo ha tid til å spørre oss hvordan vi har det. Dersom de ikke gjør det så føler jeg at de ikke bryr seg, de er bare interessert i å komme seg videre, og jeg blir stresset ut av det, og dersom jeg skulle huske å si noe, så glemmer jeg det.»

Her forteller den eldre at tilbudet ikke står til forventningene. Hun hadde forventninger om at de ansatte hadde tid til å sette seg ned å prate, og det var det hun trengte. Hun opplevde omsorgen som personavhengig og ujevn. Dette resulterte i en mangelfull opplevelse av omsorg, det påvirket henne i form av opplevd stress, som igjen førte til at hun glemte å be om det hun trengte.

Et dilemma som ble diskutert etter innføringen av New Public Management var at hjemmetjenesten har løfterike mål på den ene siden og knappe ressurser på den andre. Den daglige tjenesten var klart preget av hensynet til å økonomisere og sette grenser for det offentlige omsorgsansvaret. Man skulle holde seg til de de kalte reelle hjelpebehov som behov for mat og pleie. Det måtte gå foran behovet for sosial kontakt, og det satt en stopper for den gamle kaffekoppkulturen. Kommunen kan ikke påta seg å erstatte familie og sosialt nettverk (Vabø, 2007, s. 145). Denne tankegangen vitner om en forståelse av at det er et klart skille mellom det sosial behov og det reelle behov. Kvinnen beskriver at det er en sterk sammenheng mellom behovene, og at det er gjennom den sosiale kontakten hun opplever å kunne gi uttrykk for hva hun trenger når det gjelder omsorg.

4.1.4 Oppsummering - privat sfære

Relasjoner man er avhengig av

Når det gjelder relasjoner man er avhengig av for eksempel en støttekontakt eller hjemmehjelp, så viser intervjuene at den eldre kan være avhengig av en slik relasjon både på grunn av hjelpen den eldre får, men like mye grunnet opplevelsen av vennskap, altså betydningen av den sosiale kontakten. De eldre opplever ikke alltid å nå fram med budskapet sitt. Hjelpen de får står ikke alltid i forhold til forventningene, og det nevnes manglende bekreftelse og opplevelse av at problemer blir bagatellisert og en opplevelse av å bli ignorert. Noen av de eldre merker kvalitetsforskjeller på tjenesten alt etter hvem som er hjelperen og mener at noen ansatte er lite

på tilbudssiden. Det går også fram at de eldre ønsker å få mer omsorg og savner å bli sett ut fra sine individuelle behov.

Betydningen av kommunikasjon

I forhold til betydningen av kommunikasjon så kommer det frem at de eldre ikke opplever at de blir forstått. De savner også en kontaktperson fordi det er mange ansatte å forholde seg til, og det kan være forvirrende, og de vet ikke «hvor beskjeder havner». Kronisk sykdom over tid medfører mange spørsmål, særlig kan det oppstå misforståelser dersom den eldre har problemer med å forklare hvor vedkommende har vondt. Flere nevnte at lærlingene i større grad så behovene og handlet uoppfordret. Informantene beskriver også positive endringer, at de blir hørt og føler seg ivaretatt.

Opplevd omsorg, trygghet og utrygghet

Tema som handler om omsorg, trygghet og utrygghet er de eldre opptatt av. De opplever trygghet når de får den hjelpen de trenger, og pga faglig dyktighet. De roser enkeltpersoner og verdsetter fleksibilitet i tjenesten. Utrygghet oppstod i forbindelse med negative opplevelser for eksempel personen som ble frastjålet gjenstander. De eldre fortalte også at når de ansatte ikke spør hvordan de har det, så ga det en mangelfull opplevelse av omsorg. Omsorgen ble dermed personavhengig og ujevn. Omsorg er livsunderstøttende livet igjennom (Vetlesen, 2004), og anerkjennelse som kjærlighet skjer i nære omsorgsbaserte relasjoner og gir selvtillit og tillit overfor andre (Johansen, 2010). De eldre opplever trygghet når de får den hjelpen de trenger, men omsorgen blir personavhengig og ujevn, og det fortelles om manglende forståelse når det gjelder kommunikasjon. Det beskrives at den sosiale kontakten er viktig, for gjennom den får man gi uttrykk for hva man trenger når det gjelder omsorg.

4.2 Den rettslige sfære

Ved systematisering av intervjuene og under videre arbeid med kategorisering så viste det seg at det var tema som gikk igjen også når det gjaldt rettigheter. Følgende tema blir presentert og drøftet i dette kapittelet: Mulighet for medbestemmelse, dårlige erfaringer og forventninger til tjenesten, samt forskjellsbehandling og tilgang på tjenesten.

I tråd med Honneths rettslige sfære setter også beskrivelsene som følger fokus på rettigheter. Honneth påpeker at det å være rettsinnehaver i et samfunn handler om å få like rettigheter.

Sentralt i dette er anerkjennelse, for i det mennesker aksepteres og aksepterer andre som fullverdige medlemmer av samfunnet med de rettigheter og plikter det medfører, så oppstår anerkjennelse (Honneth 2008, i Follesø 2010, s. 77).

4.2.1 Om mulighet for medbestemmelse

Ei kvinne forteller om at hun søkte kommunen for å få hjelp til å dusje. På grunn av kronisk sykdom og svekkelse over tid var det ikke trygt for henne å dusje alene uten hjelp og tilsyn lenger, selv om hun hadde et sterkt ønske om å fortsatt være mest mulig selvstendig.

«Da fikk jeg en fast dusjedag i uka, men jeg måtte vente ekstra fordi dusjedagen havnet på en rød dag. Påførende ringte da og bad om at jeg kunne få dusje på en annen dag, men det var vanskelig. Jeg skulle ønske å få dusje to ganger i uka. For når man hjelper seg selv så dusjer man jo oftere enn en gang i uka. De setter det opp på sånne dager så det passer for de ansatte. Det er de som bestemmer dagen og hvor ofte det blir.»

Det var færre ansatte på jobb på røde dager, derfor fikk ikke kvinnen dusje da. Kvinnen sier også at når man har helse til det, så dusjer man gjerne flere ganger i uka. Hun opplever at det er kommunen som bestemmer både hvor ofte og når hun skal dusje, og at hun i mindre grad får være med å definere dette selv.

Brukermedvirkning er en mulighet for innflytelse gjennom dialog, deltagelse og medbestemmelse (Elster, 2001). Ideen om å være lydhør overfor hjelpemottakerens preferanser og ønsker ble knyttet til økt brukermedvirkning, og ifølge Vabø var hjemmetjenesten bevisst på at hver enkelt hjelpemottaker, innenfor rimelighetens grenser, burde få ordne dagliglivet på sin egen måte (2007, s. 141). I tilfellet nevnt over opplevde kvinnen mangelfull medvirkningen. En av informantene som hadde hatt smerter over lang tid opplevde følgende:

«Det skal komme ei å snakke med meg, hun arbeider innen psykologisk helse. Det må være doktoren eller de i hjemmesykepleien som har gjort det (bedt om den hjelpen), for jeg ble så himlene forbauset når jeg fikk telefon om at de kommer da og da. Men da hadde de (hjemmesykepleien) lenge sagt at det du trenger, det er psykologhjelp. Ja ja, tenkte jeg, at dere må jo bare bestemme. Men jeg føler at de bestemmer over meg.»

Kvinnen hadde ofte ringt hjemmesykepleien fordi hun hadde smerter. Så fikk hun beskjed om at en person som jobbet innen psykisk helsevern skulle komme å snakke med henne, og hun ble forbauset fordi hun visste ikke hvem som hadde bedt om denne hjelpen. Kvinnen gir uttrykk for at hun opplever manglende medbestemmelse, og at tilbudet blir påtrengende. Yrkesutøvere må være oppmerksomme på brukernes ulike behov for å ivareta individuelle hensyn (Elster, 2001). Omsorgen skal være deltakende, men ikke invaderende, og den skal være tilgjengelig, men ikke påtrengende (Nordtvedt, 2004, s. 44).

Ei kvinner som ønsket mer tilsyn da hun fikk en endring av helsetilstand forteller følgende om mulighet for medbestemmelse:

«Jeg ble så sløv og tåkete og klarte ikke å ha øynene åpen til å begynne med når jeg fikk smertepaster, og det var så uvant for meg, så da spurte jeg om de kunne se innom meg litt ekstra. Men det kunne de ikke. Jeg spurte flere om dette, men jeg fikk ikke mer tilsyn. Jeg ble jo litt urolig når jeg ble så søvnig».

Ved endring i medisinerer (overgang til smertepaster) fikk kvinnen en reaksjon som var ny for henne. Hun ba derfor om ekstra tilsyn, men det fikk hun ikke. Krav til saksbehandling skal sikre at den enkeltes rettsikkerhet blir ivaretatt. Dette gjelder særlig mennesker som har små muligheter til å gjøre sine interesser og rettigheter gjeldene (Elster, 2001).

Hjemmetjenesten har ofte travle arbeidshverdager ut fra oppgaver de får tildelt. Helse- og omsorgstjenesten ved tildelingskontoret gjør vedtak på tjenester, og kvinnen hadde vedtak på tilsyn. Men tildelingskontoret evaluerer ikke vedtakene. Dersom det skal gjøres endringsvedtak er det nødvendig at ansatte ser behovet og bringer videre sine observasjoner og pasientens ønsker, eller at pasient eller pårørende formidler endret behov direkte til tildelingskontoret.

Kvinnen hadde tre forskjellige personer fra hjemmetjenesten innom hver dag, men hennes ønske ble ikke brakt videre, og hun ble ikke fortalt hvordan hun skulle gå fram for å få endringer tilpasset hennes behov. Dette sier noe om sammenhengen mellom medbestemmelse og rettsikkerhet. I følge Vabø er det slik at fordi hjelpebehov er utydelige og skiftende, ble det ansett som viktig og nødvendig at omsorgspersonalet har øyne og ører med seg.

Behovsvurderinger kan ikke fryses fast etter det første vurderingsbesøket, men må foretas fortløpende (2007, s. 148).

Ei av kvinnene ønsket endringer fordi hun følte seg misforstått. Noen av de ansatte hadde en filosofi om at å jobbe med hendene på ryggen var det beste for pasienten. Tanken var at den ansatte ikke skulle overta oppgaver som den eldre selv kunne klare. Denne filosofien kan komme i konflikt i møte med et eldre menneske som gjerne vil klare seg selv, men som ikke gjør det, og som i tillegg synes det er vanskelig å skulle be om hjelp hele tiden. Ei kvinne som ikke fikk den hjelpen hun trengte forteller at det fikk negative konsekvensene for henne at hun sa ifra:

«Det er noen som ikke er på mitt parti. Og det er nok etter en episode der jeg sa ifra om at jeg ikke fant meg i å bli dårlig behandlet, og de som var på hennes vaktlag, de har ikke vært så hjelpsom med meg i etterkant. Så det at jeg sa ifra, tror jeg gikk ut over meg selv».

Kvinnen opplevde en endring i adferd fra noen av de ansatte etter at hun sa ifra om en episode som hun opplevde som negativ. Hun trekker dermed en konklusjon om at det gikk ut over henne at hun sa ifra. Man blir ekstra utsatt når man gir kritikk til de som skal utføre omsorgsarbeid. Det å ikke bli sosialt sett eller hørt oppleves som en krenkelse, og dette påvirker opplevelse av integritet og selvfølelse (Natland & Rasmussen, 2012, s. 13).

Når det gjelder mulighet til medbestemmelse så var det mange av de eldre som hadde kjennskap til Eldrerådet, og rådet ble trukket fram som en mulighet til å få økt medbestemmelse. Men i praksis viste det seg av erfaringen ikke alltid stod i forhold til forventningene. En av de eldre forteller om kontakt med eldrerådet:

«Jeg kunne ha ønsket meg mer og bedre kontakt med eldrerådet for de skal jo være vårt organ. Vi fikk beskjed av vaskerne her at vi skulle vaske moppene selv. Da tok jeg kontakt med eldrerådet, fordi vi er mange som ikke har vaskemaskiner her. Da ringte jeg til eldrerådet og spurte hva vi skulle gjøre. Men jeg fikk ikke noe respons på det. Jeg purret på det, og da sa de at det er klart at du skulle hatt tilbakemelding fra oss. Ja sa jeg, men det har jeg jo ikke fått.»

Personen har forventninger til rådet, men får ikke respons. Det å ikke bli hørt kan føre til reduserte forventninger og manglende lyst å engasjere seg i spørsmål som handler om

rettigheter, og manglende mulighet for medbestemmelse, en form for krenkelse. Krenkelse kan skade individets handlingskapasitet (Honneth 2008 i Natland & Rasmussen 2012, s. 8).

Ei kvinne, som hadde hatt mange år med sykdom, og som bodde alene i eget hjem forteller at hun forsøker å si fra om at hun er misfornøyd:

«Senest i går sa jeg ifra om at maten ikke var skikkelig varm, men hun som var her dro bare av gårde. Jeg er ikke så prippen, men jeg synes at maten må være varm. Jeg mister gleden ved dette. Næring er viktig for meg, jeg har tatt av meg mange kg. Det er ingen som spør om jeg har fått i meg mat. De har det så travelt.

Kvinnen hadde også sagt fra tidligere. Selv om hun sa ifra til hjemmetjenesten så ble ikke hennes mening tatt hensyn til. For kvinnen får denne mangelen på medbestemmelse stor betydning, hun mister gleden ved å spise. Fra å fortelle om denne spesielle episoden, går kvinnen over til å tolke sitt generelle inntrykk som er at de ansatte har det for travelt til å gi henne den omsorgen hun trenger. Personalets oppmerksomhet bør rettes mot pasientenes individuelle behov fremfor rutinepregede gjøremål (Foss & Wahl 2009).

En av informantene var noe yngre enn de andre, og hadde et relativt kort sykdomsforløp. Hun var selv med i eldrerådet og fortalte om gode erfaringer med rådet:

«Ja vi opplever at vi blir hørt i eldrerådet, blant annet gjennom dette brukerrådet. Så vi føler oss privilegert. De andre nabokommunene har ikke samme erfaring. Nå er det tilbud om seniorkino på dagtid også. Og eldre har bedt om tid for svømming i bassenget».

Når hun uttaler seg her så er det ikke som pasient, men med tidligere erfaring fra rådet. Hun opplever å bli hørt og at hun får medbestemmelse gjennom brukerrådet, og trekker fram egen kommune som et godt eksempel i motsetning til det hun erfarer fra nærliggende kommuner. Hun gir eksempel på hva rådet har fått gjennomslag for. Dette fører til at hun føler seg privilegert. Alle mennesker skal bli anerkjent og møtt som en potensiell ressurs (Honneth 2008 i Natland & Rasmussen 2012, s. 8).

4.2.2 Om dårlige erfaringer og om forventninger til tjenesten

Flere av de som ble intervjuet hadde dårlige erfaringer med hjemmetjenesten for eksempel at de følte seg misforstått. Andre ga uttrykk for at forventninger til kommunal helsetjenesten ikke ble innfridd. En av informantene følte seg misforstått. Hun hadde levd med kroniske smerter over mange år, og hun hadde lang erfaring med samarbeid med hjemmetjenesten:

«Hjemmesykepleien tror at jeg er ensom og at jeg trenger noen å snakke med, fordi jeg levde et rikt sosialt liv tidligere og at jeg nå er så mye alene, men selv oppfatter jeg det ikke slik. Jeg er bare så dårlig at det begrenser sosial aktivitet. I utgangspunktet synes jeg jo at hjemmesykepleien er et godt tiltak. Men jeg blir ikke trodd, de tror ikke at jeg er så dårlig, og de tror at jeg kan klare mer selv.»

Informanten mener at de ansatte drar for raske slutninger når de tror at hun er ensom. Hun føler seg ikke ensom, men smertene fører til at hun ikke har kapasitet til noe særlig sosial aktivitet. Hun føler seg misforstått selv om hun i utgangspunktet hadde positive forventninger til tjenesten. Smerter kan være ganske så usynlig, og hvordan skal de ansatte som er innom kunne forstå hvordan vedkommende har det? Er det realistisk å nå fram til en dypere forståelse både av personens følelser og erfaringer. Hva skjer når den andre sin livserfaring er langt unna det en selv har erfart (Brekke, 1995 s. 100)?

En av de hjemmeboende hadde en sykdom som var gradvis fremskridende. Da hun ble intervjuet var helsetilstanden relativt god. Hun forklarte følgende:

«Ja og jeg ønsker å bo hjemme i lang tid, derfor spurte jeg ergoterapeut når hun var her om det var mulig å søke om heis. Jeg tenker at slikt tar lang tid, og at man bør begynne tidlig å planlegge det. Jeg har jo trapp slik det er nå og vanskelig framkommelighet fra gateplanet. Jeg kan gå ut i kjelleren, men jeg må jo uansett komme meg ned kjellertrappa og den er bratt, jeg har allerede problemer med den. Da jeg spurte, svarte ergoterapeuten bare at jeg ikke var dårlig nok.»

«Jeg må passe på å spørre om alt selv, jeg får ingen informasjon ellers. Jeg savner det at noen viser litt ansvar i forhold til å informere når jeg har fått en slik diagnose. Lege er bare opptatt av en liten ting om gangen og at tiden er brukt opp.»

Kvinnen ønsker å planlegge framkommeligheten i huset sitt slik at hun kan få bo hjemme så lenge som mulig. Svaret hun får er lite tilfredsstillende for henne. Hun har forventninger om at kommunen informerer henne om hva slags muligheter og tilbud som finnes, men i praksis erfarer hun at det ikke skjer. Krenkelse kan skade individets handlingskapasitet (Honneth 2008 i Natland & Rasmussen 2012, s 8).

Ei av kvinnene som bodde hjemme og som hadde levd lenge med sykdom forklarer hvordan hun har det:

«Smertene starter gjerne like etter at jeg har våknet og så øker de på. Sist jeg ringte og spurte, kan du komme innom for nå er jeg så dårlig. Neida sa hun, jeg kan ikke komme nå, det er jo natt, du må legge deg rolig ned å slappe av, så får du sove. De er ekspert på å si sånne ting, men jeg vet jo at jeg får de samme beskjedene og de samme rådene. Jeg er ikke redd for å dø, men jeg er redd for å være alene når jeg har sånne smerter.»

Kvinnen beskriver hvordan hun har det, og at hun ber om tilsyn fra hjemmetjenesten men at hun ikke får det. Videre i sitatet går det fram at hun har ringt før og fått lignende svar tidligere, og at forventningene er reduserte. Vektleggingen av effektivitet gjør dessverre i perioder de eldre til objekter som skal håndteres (Johansen, 2010).

Ei av informantene, som bodde hjemme, hadde en klar mening om hvorfor hun ikke ønsket seg en omsorgsleilighet. Hun hadde erfaring fra da hennes mann var syk og bodde i omsorgsleilighet, og hun fortalte om det:

«Han falt da han skulle på do, og han slo seg veldig. Han hadde fryktelig vondt og det ble infeksjon i såret. Det grodde ikke, og han ble sendt til sykehuset, men det var for sent, infeksjonen gikk i blodet. Han ble sendt videre til sykehjemmet for siste pleie og han døde etter to dager der. Så jeg og familien min har ikke så stor tro på at man skal får det godt på fordi de har det for travelt der. Mannen min sa at de holdt på å springe beina av seg de som jobbet der, og de gjorde så godt de kunne, men de var for få ansatte på så mange eldre. Men det var jo kommunen sin feil, for det var jo de som ikke hadde nok folk.»

Hun forteller at mannen hennes slo seg stygt da han bodde i omsorgsbolig, at han fikk infeksjon i såret med forverring som førte til at han døde. De erfarte at de ansatte hadde for mye å gjøre, og på grunn av denne erfaringen har informanten ikke tro på at man skal få det godt i omsorgsleilighet. Kvinnen plasserer ansvaret hos kommunen. Dersom det hadde vært flere ansatte tilgjengelig, så kunne fallet ha vært unngått. Syke eldre er ofte prisgitt den hjelpen de får, ute av stand til å rope høyt eller gjøre krav på juridiske rettigheter (nsf.no). En del av de svakeste og mest hjelpeløse vil være ute av stand til å formidle hva de trenger for å klare seg (Vabø, 2007, s. 137).

Siste sitat under overskriften om dårlige erfaringer og forventninger til tjenesten kommer fra en informant som forteller om sitt desperate behov for å få hjelp:

«Så ringte jeg selv til legesenteret, og de kjenner meg der, og der har jeg fått et dårlig ord på meg, så hun kunne ikke gjøre noen ting, men jeg sa, du vet at jeg plages med forskjellige ting. Ja men hva skal vi gjøre sa hun. Nei jeg aner ikke, det er derfor jeg ringer til dere. Men jeg har sånne smerter at jeg vet ikke min arme råd. Ja hva tenker du, sier de. Ja jeg tenker at jeg kan få komme til behandling hos noen som kanskje skjønner tilfellet mitt, for eksempel å komme til en doktor. Ja hun skulle ringe fastlegen min. Men hun (fastlegen) forstår det ikke så veldig godt. Og jeg har vært flere ganger innom sykehuset, men de finner ikke ut av det, og så får jeg sånne hjemsendelseskort fordi de blir fort lei av å lete. Så sier de på legekantoret at de finner jo ikke ut av det på sykehuset heller. Og da sier jeg at ja men de gjør det jo veldig fort. De leter jo ikke så mye, kanskje jeg kunne ha bidratt selv. Hun på telefonen på legekantoret sa at sykehuset er jo ikke noe oppbevaringsplass for den typen syke. Men pasienten står bom fast når man ikke får hjelp hos legen, da er man fastlåst totalt. Jeg hadde en annen fastlege for en del år siden, det var den legen som ga meg denne medisinen som jeg ble avhengig av. Han ble sint på meg og sa at dersom du ikke er fornøyd, så skal du bare skifte lege. Jeg har nok å gjøre likevel. Jeg satt bare musestille og lurte på hvor lenge han skulle snakke slik til meg, for det var ikke noe fin samtale.»

I kvinnens fortelling kommer det frem at hun ved flere anledninger har vært i kontakt med lege både på legesenteret og på sykehuset, men at hun ikke har fått den hjelpen hun trenger.

Kvinnen opplever at de som skal hjelpe henne ikke lytter til henne og at de gir opp for fort.

Hun presiserer at hun føler seg maktesløs når hun ikke får hjelp. Beskrivelsen hennes er sterk

og står som eksempel på en ensom søken for å få hjelp. Eldre understreker behovet for å bli behandlet med respekt og anerkjennelse (Calnan et al., 2006).

4.2.3 Om forskjellsbehandling og tilgang på tjenesten

For å få tilgang til tjenester så må man søke. Hvordan vet man hva man skal søke på? Er tilgangen til tjenesten lik uansett hvor man bor i kommunen? De følgende eksemplene sier noe om hvordan de eldre opplevde dette. Ei av kvinnene var på et rehabiliteringsopphold i kommunen etter en ulykke. Hun hadde som mål å komme seg hjem igjen til egen bolig så snart som mulig og å bli mest mulig selvstendig, og hun fortalte følgende:

«Det går så fint framover med foten at jeg tror at jeg skal komme hjem snart. Jeg skal få montert en rundstokk som er god å gripe i. Jeg har snakket om hvordan jeg skal klare meg hjemme den første tiden, det blir nok ikke bare bare. Men det er ikke bare bare å få hjemmesykepleie på, de har vist lite folk, og det er langt å dra dit.»

Kvinnen skal snart skal flytte hjem, men hun er litt usikker på hvordan det skal bli å klare seg hjemme. Det kommer fram at der hun bor, et godt stykke utenfor sentrum, er det vanskeligere å få hjemmesykepleie. Hun mener at det skyldes at de er få ansatte og at det er langt å kjøre. Et dominerende element er bekymring for negativ behandling og omsorg for eldre pga effektivitetskrav, og at dette påvirket personlig identitet og autonomi (Calnan et al., 2006).

Denne kvinnen hadde vært på et rehabiliteringsopphold utenfor egen kommune og hun hadde følgende erfaring:

«Lege som jeg snakket med under dette oppholdet sa til meg at jeg skulle ta kontakt med sosionom i NAV og be om å få informasjon om diverse rettigheter. Jeg dro til NAV og ventet lenge før det ble min tur og jeg ba om å få snakke med en sosionom. Han jeg spurte svarte med et spørsmål: «hvorfør skal du det?» Og da orket jeg ikke å være der lenger. Jeg tok videre kontakt med lege for å spørre om det samme, «er det en sosionom i Alstahaug kommune, for jeg skulle gjerne ønske å få snakke med en». «Ja hvorfor det, svarte doktoren». Jeg blir jo så oppgitt. Jeg skulle ha ønsket at man fikk mer oppfølging fra lege når man fikk en slik diagnose.»

Kvinnen fulgte rådet med å forsøke å få snakke med en sosionom, men både på NAV og hos legen blir hun møtt med et spørsmål. Systematiske empowering-prosesser mot egne mål kan føre til en bedret livssituasjon for skrøpelige eldre (Hansen, 2011). Hun ber om informasjon som kan være nyttig for henne, og hun forventer at tjenesten skal informere henne slik at hun blir bedre i stand til å ta avgjørelser som har betydning for hennes helse og livskvalitet. Men hun blir møtt på en måte som fører til at hun gir opp, og dermed blir det vanskelig for henne å få tilgang til mulige rettigheter.

En av mennene som ble intervjuet hadde en plagsom astma. Han fortalte følgende om møtet med en lege på sykehuset:

«Jeg var på sykehuset for astma for ca. 3 år siden, og da spurte de (legen) etter hvor jeg bodde. For jeg bodde i en kjellerleilighet, og jeg ble potte tett. Så spurte de om jeg ville at de skulle søke om omsorgsbolig til meg. Og det ville jeg. Legen forstod at det var en sammenheng mellom der jeg bodde, og de astmaplagene jeg hadde. Det gikk likevel 2,5 til 3 år før jeg fikk plass i omsorgsbolig. Da var det ungene mine som tok kontakt med kommunen, og sa at nå måtte noe gjøres. Så da hastet det.»

Mannen forteller at det ble søkt om omsorgsleilighet fordi legen skjønnte at det var en sammenheng mellom boforhold og helsetilstand. Det tok likevel lang tid før han fikk omsorgsbolig, og da skjedde det etter at nærmeste pårørende purret på saken.

Brukermedvirkning dreier som om hvem sin forståelse av situasjonen som skal legges til grunn i samarbeidet, hvem som er hovedperson og hva det medfører (Hutchinson, 2007, s. 70). En kvinne som var kronisk syk og svekket, og som bodde i egen bolig fortalt:

«Jeg hadde vondt i nakken og ba om å få fysioterapi i hjemmet, men da fikk jeg beskjed om å kjøpe meg et massasjeapparat, selv om fastlegen hadde skrevet en henvisning om at jeg trengte fysioterapi fordi jeg hadde så ofte hodepine pga stramhet i nakken. Da ble jeg ganske oppgitt. Har man rett til fysioterapi i hjemmet eller har man det ikke?»

Kvinnen som blant annet var plaget med hodepine, hadde derfor fått en henvisning til fysioterapi i hjemmet. Hun var for syk til å reise til fysioterapeuten. Men da terapeuten kom

fikk hun beskjed om at disse problemene kunne hun ordne selv ved å kjøpe et massasjeapparat. Dette førte til at kvinnen ble usikker på hvilke rettigheter hun hadde. Med dårlig håndfunksjon kunne hun dessuten ikke klare å slå av og på et massasjeapparat.

Når det gjelder brukermedvirkning så kan man spørre seg om brukeren får muligheter til å mestre sin egen livssituasjon på en måte som oppleves god, og til å finne handlingsmuligheter og veier (Hutchinson, 2007, s. 70). En av informantene hadde hatt jobb i kommunen i mange år med ansvar for mennesker, og hun hadde et stort nettverk. Hun svarte følgende på spørsmålet om hun opplevde å bli behandlet med respekt: *«Ja, det er nesten ekkelt å si, men de torde vel ikke annet, jeg har jo vært en (yrket) i så mange år.»*

Her forteller kvinnen at hun har blitt behandlet med respekt, og at hun ser dette i sammenheng med tidligere yrkesstatus i lokalsamfunnet. Honneth mener at det å være rettsinnehaver i et samfunn handler om å få like rettigheter (Honneth 2007 i Føllesø, 2010, s. 77). Ei kvinne som hadde fylt 90 år fortalte om prosessen da hun søkte om omsorgsbolig.

«Jeg var mye alene og så var det svimmelheten og nervene, og da sendte jeg inn en søknad om omsorgsbolig. Den ble avslått og det var jo greit. Ja den ble avslått for de fant ut at jeg var en fin dame som tok bussen til byen. Men ingen visste hvordan jeg hadde det. Så når jeg tok bussen og handlet ved Rema 1000, så mente de at jeg var for frisk til å få omsorgsbolig. Men jeg måtte jo ta bussen for å handle, for jeg kom ikke opp den bakken. Og jeg hadde jo ikke søkt om å komme hit, hadde det ikke vært for at jeg hadde visst at jeg trengte det.»

Kvinnen forteller at hun sendte inn søknad om omsorgsbolig, og at hun reagerte på begrunnelsen for avslaget. Hun er tydelig på at hun ikke ville ha søkt om omsorgsleilighet dersom hun hadde sett at det var mulig å fortsatt bo hjemme. Her kan det virke som om søknaden er blitt behandlet uten at kvinnen fikk fortalt om sine begrensninger og ønsker. Brukermedvirkning er samhandling mellom mennesker med forskjellige roller i forskjellige maktposisjoner der deltagerne skal medvirke for å få innflytelse (Elster, 2001, s. 8). Den samme kvinnen fortalte videre:

«Ja jeg seg sammen på gulvet, men jeg nådde til alarmen som lå på bordet, for det hadde dattera mi ordnet med, og så trykket jeg. Når de svarte fikk jeg sagt at jeg var så

svimmel og ikke klarte å stå. Så da kom det ei sykesøster og målte blodtrykket og det var høyt. Så sa sykepleier at du må ha lege, så sendte hun bud på ambulansen, og de kom. Da hadde svimmelheten lettet litt så de leide meg ned trappene, for jeg hadde ei ganske bratt trapp opp fra gangen og opp til stue og kjøkken. Så kom jeg til legen og han undersøkte meg og fant ut at jeg hadde og at det kan gi utbrudd av svimmelhet. Så derfor takket jeg legen for at jeg kunne få komme hit til omsorgsboligen, for jeg hadde ikke klart meg alene.

Hun forklarer at hun fikk tilkalt hjelp, og at da hun kom til legen fikk hun en diagnose som forklarte svimmelheten. Diagnosen førte til at hun fikk rett til omsorgsbolig.

Formell makt innebærer å ha en posisjon der en har kontroll over informasjonen, mulighet til å treffe beslutninger og overprøve andres beslutninger (Elster, 2001, s. 41). Å skulle forholde seg til informasjon og rettigheter krever en aktiv rolle. Mange eldre, også de som i utgangspunktet er kunnskapsrike og ressurssterke, er så svekket eller så mentalt redusert at de ikke makter å holde rede på sine rettigheter og krav og/eller til å sette seg inn i hvilke avtalebetingelser og klageprosedyrer som gjelder for tjenesten. For enkelte ble rettighetene mer en ekstra belastning og stressfaktor enn en trygghet (Vabø, 2007, s. 231).

4.2.4 Oppsummering - rettslig sfære

Mulighet for medbestemmelse

Det kommer frem at når det gjelder mulighet for medbestemmelse at de eldre ikke alltid når fram. For eksempel nevner de manglende fleksibilitet i forhold til tilbud om dusjing, og det oppleves som lite tilfredsstillende at andre bestemmer en så vesentlig del av livet. Når det blir foreslått tiltak som ikke er forspurt, så kan det medføre en opplevelse av manglende medbestemmelse og at tilbudet blir påtrengende. Dersom det er mangelfull kommunikasjon ved behov for ekstra tilsyn, så kan det få konsekvenser for medbestemmelse og rettssikkerhet. Man er ekstra utsatt, når man skal gi kritikk til de som skal utføre omsorgsarbeid. Dersom forventninger i kontakt med eldrerådet ikke blir innfridd, så kan det føre til manglende lyst å engasjere seg i spørsmål som handler om rettigheter. Noen ga tilbakemelding om at de ansatte i hjemmetjenesten har det for travelt til å kunne gi individuell omsorg, og denne mangelen på medbestemmelse får konsekvenser for de eldre som for eksempel mister gleden ved å spise. Når de eldre opplever medbestemmelse, så føler de seg privilegert.

Dårlige erfaringer og forventninger til tjenesten

I forhold til dårlige erfaringer og forventninger til tjenesten, så kom det fram at de eldre kan føle seg misforstått. Noen gir uttrykk for at forventninger til tjenesten ikke blir innfridd fordi de ikke ble hørt eller trodd, og dette fører i neste omgang til reduserte forventninger til tjenesten. Når man har konkrete spørsmål og ikke får svar, så oppleves det som om kommunen fraskriver seg ansvaret. Eldre beskriver en følelse av maktesløshet når de ikke får hjelp. Syke eldre er ofte prisgitt den hjelpen de får, og det kom fram at krav til effektivitet fører til manglende individuell omsorg, som igjen kan øke risiko for skade.

Forskjellsbehandling og tilgang på tjenesten.

Når det gjelder tema om forskjellsbehandling og tilgang på tjenesten, så ble det gitt uttrykk for bekymring over å ikke få tilgang til hjemmesykepleie utenfor sentrumsnære strøk, samt at det tok lang tid fra det ble søkt om omsorgsleilighet og til tilbudet forelå. Det ble også fortalt om frustrasjon over å ikke få informasjon om hvilke tjenester og rettigheter man har krav på. Det medførte resignasjon.

Tilgang til tjenesten viste seg i praksis å være komplisert, for på tross av henvisning til fysioterapi i hjemmet, og at fysioterapeut kom hjem til kvinnen, så fikk hun beskjed om å kjøpe seg et massasjeapparat. En kvinne som var veldig godt fornøyd med tjenesten så dette i direkte sammenheng med at hun tidligere har hatt en framtrødende posisjon i lokalsamfunnet. Og tilgang til tjenester viste seg heller ikke å være enkelt for den eldste av damene som fortalte at hun først fikk avslag på omsorgsbolig, men at hun fikk omsorgsbolig likevel etter et besøk hos legen der hennes tilstand ble bekreftet med en diagnose.

Idealet til Honneth om at alle mennesker skal bli anerkjent og møtt som en potensiell ressurs, viser seg ikke som en rød tråd i det som de eldre gir uttrykk for i intervjuene, men de opplever i tråd med det som Honneth sier at krenkelse kan skade individets handlingskapasitet (Honneth 2008 i Natland & Rasmussen, 2012, s. 8).

4.3 Den solidariske sfære

Dette delkapittelet, den solidariske sfære, består av to underkapittel, som tar for seg henholdsvis faktorer som hemmer/begrenser ens opplevelse av inkludering i fellesskap, og faktorer som fremmer ens opplevelse av fellesskap.

Temaene som presenteres her handler om samhold, kontakt og fellesskap, og kom fram ved kategorisering etter en systematisk gjennomgang av det informantene var opptatt av. Den solidariske sfære viser til kulturelle, ideologiske og arbeidsmessige fellesskap i samfunnet. Tanken er at gjennom deltagelse i samfunnet blir mennesket anerkjent for sin autonomi, sine kvaliteter og kompetanse som menneske (Follesø, 2010, s. 77). Jeg ønsket å undersøke i hvilken grad fellesskap var viktig også for de som har en mer begrenset mulighet til deltagelse.

4.3.1 Faktorer som hemmer/begrenser en opplevelse av inkludering i fellesskap

En hjemmeboende kvinne, som er enslig og som mottar helse- og omsorgstjenester snakker om hvordan hun opplever hverdagen:

«Jeg hadde ønsket meg mer tilsyn, en fast person som kunne ha vært hos meg om ettermiddagen. På formiddagen skjer det ofte en del ting, enten at hjemmesykepleier eller støttekontakt er her, eller hun som er og vasker en gang i uka er her, men ettermiddagene er lange og tunge. Av og til klarer jeg ikke å gå over gulvet selv, så da kommer jeg meg ikke i seng, selv om jeg ønsker det. Det blir et savn når man er alene så mye».

Hun beskriver at det skjer en del aktivitet hos henne om formiddagene, men om ettermiddagene går tiden sakte, og hun er lite mobil pga fysiske begrensinger. Hun beskriver et savn når hun er alene. Tap av uavhengighet påvirker verdighet (Calnan et al., 2006). Dette kan ses som et eksempel på at fysisk begrensing og sykdom over tid fører til marginalisering som hemmer inkludering i sosiale fellesskap. Vabø skriver også om at ansatte synes det var bekymringsfullt at besøkene var i korteste laget for noen av de mest hjelpetrengende som kunne trenge en ekstra håndsrekning og litt sosial kontakt (2007, s. 145).

En eldre mann i omsorgsbolig har en kronisk sykdom som fører til at han er nokså redusert. Han forteller fra sitt yrkesaktive liv, og han summerer opp med følgende kommentar:

«Jeg har lært mye gjennom livet, men det er ikke noe snakk om det her. Det er mange som jobber her, mange forskjellige å forholde seg til.»

Han forteller at livet har vært lærerikt men at tidligere erfaringer ikke er en del av hverdagen i omsorgsbolig. Videre gir han en slags forklaring på hvorfor det er slik når han tilføyer at det er mange ansatte å forholde seg til. Det kan gis et inntrykk av at de som jobber ved omsorgsboligene ikke kjenner han fra hans tidligere liv, men bare ut fra den han er i dag. Gjennom deltagelse i samfunnet blir mennesket anerkjent for sin autonomi, sine kvaliteter og kompetanse som menneske (Follesø, 2010, s. 77). Erfaringer fra et lagt arbeidsliv er en viktig del av identiteten til et menneske. Når denne delen uteblir, så kan det føre til at man føler seg mindre viktig, og det kan begrense en opplevelse av inkludering i fellesskap.

En eldre kvinne som hadde midlertidig opphold i omsorgsbolig svarte dette på spørsmål om hun benyttet internett:

«Ja men jeg er ikke så flink, dvs her er det ikke internett, og det er jo et minus. Og det tok vi opp på siste eldrerådsmøte. Jeg var ikke klar over det før jeg kom hit, jeg har jo bærbar pc hjemme, men den kunne jeg ikke bruke her.»

Kvinnen uttrykker at det et savn å ikke ha internett. Da hun fikk kjennskap til det tok hun saken opp i eldrerådet. Fagfolks forståelse av seg selv som kompetente, gjør at de ikke så lett ser brukerne som mennesker med kunnskap og kompetanse (Elster, 2001, s. 20). Brukere har ulike behov. Eldre som kan og ønsker det, bør få mulighet til å følge med i nyhetsbildet og hva som skjer i samfunnet, samt opprettholde kontakter via sosiale media. Dette kan både øke trivsel å unngå pasifisering, og det kan være viktig med tanke på inkludering i fellesskap.

To av kvinnene som hadde levd lenge med smerter fortalte fra erfaringer hos fastlegen:

«Sist jeg var hos legen reiste hun seg opp litt demonstrativt når det var gått en stund, og sa at nå var timen over.»

«Jeg fikk tilbud om å bo i omsorgsleilighet men jeg ville ikke det for jeg hadde ikke følt meg trygg nok der. Men en natt jeg hadde sånne smerte ringte jeg legevakten, og vet du

hva han legen sa? Han sa at du skulle jo ha flyttet på ræva di. Jeg ble helt paff og tenkte først at jeg hadde hørt feil, men da jeg spurte hva han sa så sa han det om igjen, at jeg skulle ha flyttet på ræva mi. Og da tenkte jeg at han mente at jeg hadde fått tilbud om omsorgsbolig men ikke takket ja til det. Jeg sa til han at jeg hadde ikke regnet med at en lege skulle snakke slik til pasientene sine og at jeg ikke ville forstyrre han mer.»

Disse kvinnene søkte begge hjelp men ble møtt med avvisning. Den første opplevde avvisning gjennom at legen reiste seg og i tillegg kommenterte at tiden var ute. Den andre kvinnen som var i telefonkontakt med legen uttrykte vantro over det han sa. Det å ikke bli hørt kan oppleves som en krenkelse, og dette påvirker igjen integritet og selvfølelse (Natland & Rasmussen, 2012). Det er ikke vanskelig å tenke seg at disse situasjonene kan oppleves som en avvisning som kan føre til skuffelse og at man føler seg overflødig og krenket. Det er faktorer som hemmer en opplevelse av inkludering i fellesskapet.

De neste to utsagnene kommer fra en kvinne som opplevde episoder på sykehuset som en psykisk påkjenning. Hun hadde tidligere jobbet innen helse- og omsorgstjenesten i kommunen, men var pensjonert og hadde nylig vært utsatt for en ulykke:

«Ja jeg hadde en veldig dårlig opplevelse av sykehuset på Jeg ble gipset på sykehuset i og sendt til .., og når man har vært utsatt for en ulykke så er det ikke bare bare. Det var ingen som spurte hva som hadde skjedd selv om jeg kom dit på gipset fot. Og så fikk jeg beskjed om at jeg ikke bare kunne ligge der, jeg måtte opp å trene. Vondt hadde jeg, noe så helt forferdelig. Jeg hadde tre brudd i foten. Jeg opparbeidet meg etter hvert et traume mens jeg var på sykehuset.»

«På sykehuset var det en lege som sa, ja du har et stygt brudd, du blir neppe bra igjen. Har en lege lov til å si noe sånt? Så det var en trist opplevelse. Men jeg har kommet over det nå. Jeg kom tilbake hit (til rehabiliteringsplass i hjemkommunen) fire dager etter operasjon. Jeg kom på bære hit, og traff ei som jeg kjente, de var overgitt over hvor dårlig jeg var psykisk.»

Ut fra det hun forteller så ble hendelsen en stor psykisk påkjenning. Hun opplevde at det ikke var noen som snakket med henne om det som hadde skjedd, og hun fikk beskjed om å trene på tross av store smerter. Hun forklarer videre at hun ble traumatisert på grunn av dette, i perioden

på sykehus. I tillegg møtte hun en lege som påstod tidlig at hun neppe ville bli bra. Og hun stiller spørsmål ved om en lege bør uttale seg slik. Hvis man er usikker på om man får hjelp når man er syk, vil tilliten bli erstattet med mistillit og angst (Lillestø, 2004, s. 607). En hemmende faktor her var altså behandling som førte til at kvinnen ble dårligere psykisk.

Kvinnen sier også at hun har gått videre i livet sitt, og at endringen skjedde da hun kom til hjemkommunen, for da møtte hun noen som forstod hvor vanskelig hun hadde det. En annen av informantene hadde selv erfaring fra å ha jobbet innen tjenesten, men hun hadde nå vært pensjonist noen år:

«Jeg kunne ikke ha tenkt meg en slik jobb i dag, for det er ikke mye sosialt de har tid til nå. Før var det sosialt, når de kom for eksempel til mannen min når han hadde fått slag. De kom hver dag og hadde tid til å sette seg ned, drikke kaffe og prate. Og det betydde så mye for mannen min, og da også for meg».

Kvinnen fremhever forskjeller på før og nå og forteller at hjemmetjenesten hadde tid til mer sosialt tidligere, og at det hadde stor betydning både for pasient og pårørende. Tid til pasient og pårørende gir en opplevelse av at man fortsatt er anerkjent og verdifull, på tross av sykdom og alderdom. Anerkjennelse er ikke noe statisk eller ferdigutviklet, men det er en levende prosess som utvikles og forandres i ulike relasjoner og kontekster (Bae, 1992, s. 28).

4.3.2 Faktorer som fremmer en opplevelse av fellesskap

I denne samtalen forteller ei av kvinnene om en annen kvinne som hun har kontakt med i bofelleskapet:

«Men så er det hun som heter (...), så sa jeg (kvinne1) til henne at i dag kommer Lions, og jeg kommer og henter deg og tar deg med opp. Noen dager før kom hun og banket på og jeg sa kom inn og få deg kaffe, så satte hun seg der. Så sa hun at hun hadde fått i gave en fin krem, sånn at hun kunne få smurt føttene sine når hun hadde dusjet. Ja men det måtte jo være fint, sa jeg. Ja men sa hun, hun som dusjet meg, hun er stygg med meg. Hva sier du, sa jeg (kvinne1), er hun stygg mot deg. Ja jeg (kvinne2) spurte henne om hun ville smøre føttene mine, og da så hun bare på meg og sa at hun hadde bare ett minutt og så måtte hun gå. Da tenkte jeg (kvinne 1) at sånn skal det ikke

være her. Jeg (kvinne 1) sendte bud på, og sa til henne at jeg tåler ikke at de behandler folk sånn. Hva er det du sier, sa, jeg (ansatt) må gå å snakke med henne. Ja sa jeg (kvinne 1), nå har du mine ord.»

Her forteller den ene kvinnen til sin venninne om en hendelse som har vært negativ for henne. Hun hadde sett fram til å få smurt føttene, men den ansatte tok seg ikke tid til det. Da reagerer fortelleren og gir full støtte til sin medsøster og hun sier klart ifra til en ansatt, at slik skal det ikke være.

Ut fra et kollektivt baserende menneskesyn er man avhengige av hverandre, og i all omsorgsutøvelse ligger det en forventning om anerkjennelse, tillit og solidaritet (Lillestø, 2004, s. 607). Kvinnen som opplevde avvisning fikk samtidig støtte fra sin medsøster som viste henne solidaritet. Et annet eksempel som kan knyttes til samme teoretiske utsagn (Lillestø, 2004, s. 607) er følgende:

«Ja men sist jeg var ute så fikk jeg et illebefinnende på kaia. Det var en mann om bord i en forsyningsbåt der som oppdaget at jeg gikk så rart med rullatoren. Så han kom og spurte hvor jeg bodde, og jeg sa at nå klarer det opp her, dette går snart over, så jeg kommer meg hjem. Nei, sa han, du skal ha skyss så du kommer trygt hjem. Og han spurte om jeg var ...væring, og jeg sa at ja jeg er faktisk født her på kaia. Og er du det, sa han. Ja sa jeg og derfor går jeg ofte her nede på kaien, og den dagen folk ikke ser at jeg går nede på kaien, så er jeg død, sa jeg (og hun ler). Så om ettermiddagen var det kommet blomster til meg, men uten navn, men jeg skjønnte at det var han. Han hadde spurt noen på kaia hva jeg het, tenkt så sendte han blomster til meg den mannen.»

Når hun gikk turer på kaia opplevde hun fortsatt å få være en del av fellesskapet/samfunnet. Hun ble tilfeldig observert av en totalt fremmed, og ble godt ivaretatt og sendt hjem i drosje. Kvinnen bar med seg hendelsen som viser hvordan vi er avhengige av hverandre, og hun hadde fortalt historien utallige ganger. Hun opplevde støtte, trygghet, og en glede over å bli ivaretatt og anerkjent. De neste to informantene forteller fra det sosiale livet i omsorgsbolig:

«Ja for når jeg kom hit så begynte jeg å banke på dørene hos de andre, og det brukte de ikke å gjøre her. De kan møtes på storstuen som det heter i etasjene. Men jeg var der en gang, og det var bare en eller to der, og kaffen kostet 1,50 der. Så jeg lager heller

kaffen selv og så inviterer jeg. Så jeg har det så koselig sammen med de vennene jeg har her.»

Da hun flyttet inn tok hun direkte kontakt med beboerne fordi hun møtte få av dem i fellesarealet. Slik fikk hun seg nye venner.

«Ja og der (omsorgsbolig) kjenner jeg alle som er, og vi er nesten som en stor familie alle sammen. Så det er mange av dem som har vært på besøk her, så jeg har ikke vantrivdes en eneste dag enda jeg måtte være her på julaften også.»

Denne kvinnen beskriver også det sosiale fellesskapet som veldig betydningsfullt, og at det skaper trivsel. Personens virkelighetsbeskrivelse kan tolkes i forhold til opplevelse av anerkjennelse, tillit og evnen til å bygge tillitsfulle relasjoner (Natland & Rasmussen 2012, s. 15). Det informantene forteller viser oss at det sosiale, det å få være en del av et felleskap, har stor betydning også for eldre som pga alderdomssvekkelse havner i en form for bofellesskap. Det siste eksemplet jeg tar med er fra en engasjert kvinne i omsorgsbolig:

«Ellers er det aller tiders, vi har det kjempe bra. Helse- og omsorgssjefen og kommunelegen kom hit og spurte om hvordan maten var og sånn, og da sa ifra om at brødkivene var så tykke og tørre at det gikk nesten ikke an å tygge dem. Jeg har sagt det til de mennene som går her med rullator, dere må jo møte opp å høre hva de tar opp. Og da var det en av de som sa det at dere må begynne med ordentlige grønnsaker til de som har middag her, for det mangler visst. Så de fikk i hvert fall den orienteringen.»

Kvinnen forteller at ledelse i kommunen har vært på besøk og at det ga de eldre en mulighet til å uttale seg direkte. I den forbindelse har hun snakket med andre beboere for å få økt deltagelse, og det var dermed flere som fikk uttale seg. Medvirkning kan gi en mulighet for innflytelse gjennom dialog, deltagelse og medbestemmelse (Elster, 2001, s. 12). Engasjement, støtte og medbestemmelse kan også fremme en opplevelse av fellesskap, og det kan styrke fellesskapet.

4.3.3 Oppsummering - solidariske sfære

Faktorer som hemmer/begrenser en opplevelse av inkludering i fellesskap

Når det gjelder faktorer som hemmer/begrenser en opplevelse av inkludering i fellesskap, så viser samtalen med de eldre at fysisk begrensning og sykdom over tid kan føre til marginalisering som hemmer inkludering i sosiale fellesskap.

Faktorer som begrenser kan være at de eldre tidligere livserfaringer, for eksempel fra arbeidslivet, ikke er en del av hverdagen i omsorgsbolig, og at det kan føre til at man føler seg mindre viktig. Manglende mulighet til kontakt var også nevnt som et hinder for eksempel pga manglende tilgang til internett, samt at eldre opplevde det som en krenkelse at de ikke ble hørt i møte med legen, eller når det oppstår usikkerhet i forhold til om man som pasient får den bistand man trenger. Avvisning kan føre til skuffelse og at man føler seg overflødig og krenket. Travelhet i tjenesten medfører mindre tid og mulighet til å utvikle relasjoner både for pasient og pårørende.

Faktorer som fremmer en opplevelse av fellesskap

De eldre forteller også om faktorer som fremmer en opplevelse av fellesskap. Det å få være en del av et fellesskap, har stor betydning også for eldre som pga alderdomssvekkelse havner i en form for bofellesskap. De viser engasjement ved å ta vare på hverandre både i form av sosialt fellesskap og ved å stå opp for hverandre og si fra når de opplever å bli dårlig behandlet. Det styrker også selvværdet når noen utenfra viser uventet støtte, samt når de eldre blir spurt om sine synspunkter og gis mulighet til medvirkning.

5 Avslutning

I dette avslutningskapittelet gir jeg i første del en detaljert oppsummering av studiens resultater. Kapittelets andre del består av en refleksjon over forskningsprosessen, hvorpå jeg ser studien i forhold til tema, i forhold til praksis og i forhold til videre forskning.

5.1 Oppsummering

Med denne studien har jeg undersøkt hvordan eldre opplever tjenestene de mottar fra det offentlige.

Studiens forskningsspørsmål er som følger:

- Hvordan erfarer eldre hjelpen som de mottar?
- Hvordan opplever de eldre relasjonen til hjelperne som skal bistå dem i deres hverdag?
- Hva opplever de eldre som viktigst ved tjenestene de mottar?

I studien har jeg intervjuet åtte eldre som mottar helse- og omsorgstjenester om hvordan de erfarer hjelpen de mottar, hvordan de opplever relasjonen til hjelperne og hva de opplever som det viktigste ved tjenestene de mottar. Jeg vil i det videre presentere en oppsummering av hovedfunnene i forbindelse med problemstillingen.

5.1.1 *Hvordan erfarer eldre hjelpen som de mottar?*

Når det gjelder spørsmålet om hvordan de eldre erfarer hjelpen som de mottar, så er tilbakemeldingene varierte. De opplever trygghet når de får den hjelpen de trenger, men de forteller at omsorgen kan bli personavhengig og ujevn. Informantene har kritiske innvendinger men beskriver også positive endringer, at de blir hørt og føler seg ivaretatt.

Forventninger

Noen gir uttrykk for at forventninger til tjenesten ikke blir innfridd fordi de ikke ble hørt eller trodd, og dette fører i neste omgang til reduserte forventninger til tjenesten. Hjelpen de får står

ikke alltid i forhold til forventningene, og det nevnes manglende bekreftelse og opplevelse av at problemer blir bagatellisert og en opplevelse av å bli ignorert. Avvisning kan føre til skuffelse og at de føler seg overflødig og krenket.

Kommunikasjon

De eldre har erfaringer om manglende forståelse når det gjelder kommunikasjon, de opplever ikke alltid å nå fram med budskapet sitt. Dersom det er mangelfull kommunikasjon ved behov for ekstra tilsyn, så kan det få konsekvenser for medbestemmelse og rettssikkerhet. Eldre opplevde det som en krenkelse når de ikke ble hørt i møte med legen, eller når det oppstår usikkerhet i forhold til om man som pasient får den bistand man trenger. Når de har konkrete spørsmål og ikke får svar, så oppleves det som om kommunen fraskriver seg ansvaret. Eldre beskriver en følelse av maktesløshet når de ikke får hjelp.

Medbestemmelse

Det kommer frem når det gjelder mulighet for medbestemmelse at de eldre ikke alltid når fram. For eksempel nevner de manglende fleksibilitet i forhold til tilbud om dusjing, og det oppleves som lite tilfredsstillende at andre bestemmer en så vesentlig del av livet. Når det blir foreslått tiltak som ikke er forspurt, så kan det medføre en opplevelse av manglende medbestemmelse og at tilbudet blir påtrengende (Hutchinson, 2007).

Individuell omsorg

Syke eldre er ofte prisgitt den hjelpen de får, og det kom fram at krav til effektivitet fører til manglende individuell omsorg, som igjen kan øke risiko for skade (Calnan et al., 2006).

5.1.2 Hvordan opplever de eldre relasjonen til helperne som skal bistå dem i deres hverdag?

På spørsmålet om hvordan de eldre opplever relasjonen til helperne som skal bistå dem i hverdagen så beskrives det først og fremst at den sosiale kontakten er viktig.

Betydning av sosial kontakt

Gjennom sosial kontakt får de eldre gi uttrykk for hva de trenger når det gjelder omsorg (Johansen, 2010). Når det gjelder relasjoner man er avhengig av for eksempel en støttekontakt eller hjemmehjelp, så viser intervjuene at den eldre kan være avhengig av en slik relasjon både på grunn av hjelpen den eldre får, men like mye grunnet opplevelsen av vennskap, altså betydningen av den sosiale kontakten som oppnås gjennom relasjonen.

Kvalitetsforskjeller

Noen av de eldre merker kvalitetsforskjeller på tjenesten alt etter hvem som er hjelperen og mener at noen ansatte er lite på tilbudssiden. Flere nevnte at lærlingene i større grad så behovene og handlet uoppfordret. De eldre fortalte også at når de ansatte ikke spør hvordan de har det, så ga det en mangelfull opplevelse av omsorg (Vetlesen, 2004).

Individuelle behov og kommunikasjon

Det går også fram at de eldre ønsker å få mer omsorg og savner å bli sett ut fra sine individuelle behov (Foss & Wahl, 2009). I forhold til betydningen av kommunikasjon så kommer det frem at de eldre ikke alltid opplever at de blir forstått.

Krav til effektivitet

Travelhet i tjenesten medfører mindre tid og mulighet til å utvikle relasjoner (Calnan et al., 2006). De erfarer også at de er ekstra utsatt når de skal gi kritikk til de som skal utføre omsorgsarbeid.

Utrygghet på grunn av hendelser

Utrygghet oppstod i forbindelse med negative opplevelser for eksempel personen som ble frastjålet gjenstander.

5.1.3 Hva opplever de eldre som viktigst ved tjenestene de mottar?

På spørsmålet om hva de eldre opplever som viktigst ved tjenestene de mottar så er de opptatt av tema som handler om trygghet, kontaktperson i tjenesten, individuell omsorg, informasjon, medbestemmelse og sosial kontakt.

Trygghet

De eldre opplever trygghet når de får den hjelpen de trenger, og når de blir ivaretatt med faglig dyktighet. De roser enkeltpersoner og verdsetter fleksibilitet i tjenesten.

Kontaktperson

Kronisk sykdom over tid medfører mange spørsmål. De eldre savner en kontaktperson fordi det er mange ansatte å forholde seg til, det kan være forvirrende, og de vet ikke «hvor beskjeder havner» (Hansen, 2011).

Tilgang til tjenesten, informasjon og medbestemmelse

Når det gjelder tema om tilgang på tjenesten, så ble det gitt uttrykk for bekymring over å ikke få tilgang til hjemmesykepleie utenfor sentrumsnære strøk, samt at det tok lang tid fra det ble søkt om omsorgsleilighet og til tilbudet forelå. De opplevde det som viktig å få tilgang til tjenester når de trengte det. Tilgang til tjenesten viste seg i praksis å være komplisert (Vabø, 2007).

Det ble også fortalt om frustrasjon over å ikke få informasjon om hvilke tjenester og rettigheter man har krav på. Det medførte resignasjon (Elster, 2001). Når de eldre opplever medbestemmelse så føler de seg privilegert (Hansen, 2011). Det virket positivt når noen utenfra viser støtte, samt når de eldre blir spurt om sine synspunkter og gis mulighet til medvirkning.

Individuell omsorg

Noen ga tilbakemelding om at de ansatte i hjemmetjenesten har det for travelt til å kunne gi individuell omsorg, og denne mangelen på medbestemmelse får konsekvenser for de eldre som for eksempel mister matlysten.

Den sosiale kontakten

Det beskrives at den sosiale kontakten er viktig, for gjennom den får man gi uttrykk for hva man trenger når det gjelder omsorg. Faktorer som kan begrense sosial kontakt kan være at fysisk begrensning og sykdom over tid kan føre til marginalisering som hemmer inkludering i

sosiale fellesskap, samt at de eldres tidligere livserfaringer for eksempel fra arbeidslivet ikke er en del av hverdagen i omsorgsbolig, og at det kan føre til at man føler seg mindre viktig.

Manglende mulighet til kontakt var også nevnt som et hinder for eksempel pga manglende tilgang til internett. Det å få være en del av et fellesskap, har stor betydning også for eldre som pga alderdomssvekkelse havner i en form for bofellesskap (Follesø, 2010). De viser engasjement ved å ta vare på hverandre både i form av sosialt fellesskap og ved å stå opp for hverandre og si fra når de opplever å bli dårlig behandlet.

5.2 Refleksjon rundt forskningsprosessen

All forskning vil som tidligere nevnt være en forenkling og reduksjon av virkeligheten. Det er ikke menneskets liv, men et svært avgrenset område i et menneskes liv. Enhver presentasjon av forskningsresultatet vil derfor også være en reduksjon av virkeligheten. I denne oppgaven var formålet mer å undersøke å forstå. Selv om funnene i liten grad kan generaliseres, så kan de gi en dypere forståelse av hva de eldre opplever som viktig når de mottar tjenester fra det offentlige, og hvordan de opplever sine relasjoner til andre.

Selv erfarer jeg en dypere innsikt, og økt kunnskap om det jeg har forsket på. Man kan likevel gjøre seg tanker om resultatet ville sett annerledes ut dersom det ble foretatt andre valg, og det hadde vært lagt vekt på andre alternativ, osv. Syke hjemmeboende eldre er en gruppe som ikke er ensartet. For å skaffe mer konkrete funn, så kunne det være nyttig å definere en nærmere bestemt gruppe av informanter, for eksempel bare eldre som har vært syk over noe tid, og som bor alene i egen bolig. Årsaken er at dette er en gruppe som utpeker seg, i og med at de lever med store utfordringer, de kommer seg sjelden eller aldri ut og er i en helt spesiell situasjon når det gjelder behov for forståelse, hjelp og bistand.

5.3 Studien sett i forhold til oppgavens tema

Jeg har lært en del om emnet som jeg ikke hadde reflektert over fra før. For eksempel så har jeg lært om sammenheng mellom sosial kontakt og trivsel, at dette er minst like viktig for eldre som for yngre. Jeg har lært om sammenhengen mellom informasjon og rettigheter i eldreomsorg. Jeg har fått bedre innsikt i utfordringene som de eldre lever med, og en større

forståelse for hvorfor de opplever frustrasjon og resignasjon. Samtidig ser jeg hvor viktig gode relasjoner til hjelperne er for eksempel i forhold til kommunikasjon og medvirkning, og at effektivitetskrav kan få konsekvenser for opplevd omsorg.

Vil disse erfaringene få betydning for praksisfeltet? Personlig skulle jeg ønske at de fikk det. Ut fra kommunale planer innen eldreomsorg, ut fra kommuneøkonomi, bemanningssituasjon o.l., så er jeg mer usikker.

5.4 Studien sett i forhold til praksis

De eldre har kommet fram med sin stemme gjennom denne studien, og deres stemme er viktig. Det er de som lever med utfordringene som kan fortelle oss hvordan det føles på kroppen. I gjennom skriveprosessen har jeg tenkt en del på et sitat jeg leste av en ukjent: «de eldre krever så lite, men det de trenger, trenger de så veldig». Sitatet stemmer men min opplevelse av at dagens eldre ikke er storforlangende, men at de er på mange måter en sårbar gruppe. Det er viktig å lytte til dem for at de skal behandles med verdighet. Vi bør være opptatt av hva vi definerer som kvalitet i eldreomsorg, og hvem som definerer det.

Mitt ønske hadde vært at det ble benytte tverrfaglig team i omsorg for de sykeste hjemmeboende eldre. De er ofte for syke til å dra til lege, eller til å finne ut av egne rettigheter. Tverrfaglige team kan benyttes både for å sikre individuelle helsemessige rettigheter, men og for å ivareta sosial rettigheter. Jeg har ikke gjennom studien sett at noen med sosialfaglig kompetanse jobber innen denne delen av helse- og omsorgstjenesten. Jeg har heller ikke hørt at det har vært benyttet koordinator eller individuell plan.

Arbeid innen eldreomsorg bør være gjenstand for evaluering. De eldre ga ikke uttrykk for at det hadde skjedd. De sier for eksempel ifra om at de merker at de ansatte har det travelt. Spørsmålet har vært stilt før, om hvor langt man skal gå når det gjelder krav til effektivitet. Det kan virke som om helsebyråkratiet skaper barrierer som det blir vanskelig å forholde seg til. Et tildelingskontor som ikke møter den eldre, er helt avhengig av informasjon for å gjøre om på vedtak.

5.5 Studien i forhold til videre forskning

Det kan virke som om hverdagen for en del hjemmeboende eldre ikke er helt i tråd med målformuleringer i stortingsmeldinger, for eksempel at ingen beslutninger om meg som pasient, skal tas uten meg (Helse- og omsorgsdepartementet 2014, s. 19). Funnene kan peke på noen variabler som kvantitative undersøkelser ikke fanger opp. Dette kan være nyttige opplysninger for ansatte eller ledere innen helse- og omsorg i kommunen, for eldrerådet, politikere eller andre som er interessert i eldreomsorg.

Forskningsbaserte brukerundersøkelser kan være et viktig virkemiddel både for å kartlegge brukerbehov, for å evaluere tjenestetilbud, men også for å prøve ut tiltak, for senere å følge opp med en ny undersøkelse. I et slikt arbeid kan det kan være nyttig å samarbeide på tvers av kommunegrensene. Kan man i større grad dra nytte av gode erfaringene som allerede er høstet?

Litteraturliste

Bae, B. & Waastad, J (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse*. Universitetsforlaget

Brekke, V. (1995). Empati og sjukepleie. Martinsen, K. (Red.), *Den omtensomme sykepleier* (s. 111- 130). Engers boktrykkeri AS

Calnan, M., Badcott, D. & Woolhead, G. (2006). *Dignity under threat? A study of the experiences of older people in the United Kingdom*. International journal of health services, vol 36, nr 2

Elster, E. (2001). *Eldre og medvirkning. Også eldre har sko som trykker*. Kommuneforlaget

Everett, E. & Furseth, I. (2012). *Masteroppgaven*. Universitetsforlaget

Follesø, R. (2010). *Ungdom, risiko og anerkjennelse. Hvordan støtte vilje til endring?* Tidsskrift for ungdomsforskning

Foss, B., & Wahl, A. (2009). *Pasienters behov viktigere enn rutiner*. Sykepleien 2009. Hentet fra <https://sykepleien.no/forskning/2009/03/pasienters-behov-viktigere-enn-rutiner>

Gallagher, A. (2004). *Dignity and respect for dignity – two key fealth*. Nursing Ethics

Gautun, H. & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press. Kommunenes helse- og omsorgstilbud til eldre*. Fafo-rapport 12. Oslo: Fafo

Gjernes, T., Gjertsen, H., & Solvoll, G. (2012). *Tidsbruk og byråkrati i pleie- og omsorgstjenestene. En studie av omfang, nytte og kostnader ved rapporterings- og dokumentasjonsarbeid i kommunale pleie- og omsorgstjenester* (NF-rapport nr.12 for KS). Hentet fra <http://www.nordlandsforskning.no/publikasjoner/tidsbruk-og-byrakrati-i-pleie-og-omsorgstjenestene-article268-152.html>

Grønmo, S. (1996). ”Forholdet mellom kvalitative og kvantitative tilnæringer i samfunnsforskningen”. I H. Holter & R. Kalleberg (red.), *Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*. Oslo: Universitetsforlaget. (s73-s109: 37 sider).

Hansen, W. (2011). *Empowerment mestring og omsorg*. Mastergradsavhandling) UIO Hentet fra <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/28213/wmhansen-masterx7.pdf?sequence=2>

Haukelien, H., Møller, G., & Vike, H. (2011). *Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren*, TF-rapport nr. 284 for KS

Honneth, Al. (2008). *Kamp om anerkjennelse*. Pax forlag 2007

Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Universitetsforlaget

Hutchinson, G. (2007). *Sosialt arbeid i kommunen*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Jacobsen, D. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring*. Høyskoleforlaget

Johansen, H (2010) *Eldreomsorg og livskvalitet, 2010*. Norsk sykepleieforbund. Hentet fra <https://www.nsf.no/vis-artikkel/335087/Eldreomsorg-og-livskvalitet>

Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Universitetsforlaget

Lillestø, B. (2004). Sygeplejens tre dimensioner. Mekki, T. & Pedersen, S. (Red.), *Sygeplejebogen I Grundlæggende sygepleje* (s.603 – 626). København Gads Forlag,

Lysaker, O. (2015, 20. juli) *Frihet gjennom anerkjennelse*. Hentet fra <http://www.salongen.no/?p=7206>

Natland, S. & Rasmussen, M. (2012). *Jeg var ganske usynlig. Sju ungdommer om sine grunner for å avbryte videregående utdanning*. Fontene forskning Nr. 1

Nilsen, L. (2004, 23. april). *Husserl for nybegynnere*. Hentet fra URL

<https://www.nrk.no/kultur/husserl-for-nybegynnere-1.1390031>

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier*. Universitetsforlaget

Nordtvedt, P. (2004). Profesjonell omsorg – dyd eller ferdighet? Ruyter, K & Vetlesen, A (Red.), *Omsorg – mellom avhengighet og autonomi* (s. 41 – 66). Oslo Gyldendal Akademiske

Otnes, B. (2011). *Mindre kommunal hjemmehjelp til eldre*, Statistisk sentralbyrå gjengitt i Samfunnsspeilet Årg. 25 nr 2.

Otnes, B. (2015). *Utviklingen i pleie- og omsorgstjenestene 1994-2013*, Statistisk sentralbyrå gjengitt i Tidsskrift for omsorgsforskning, Årg.1, nr. 1

Postholm, M. B. (2010). *Kvalitativ metode. En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* (2.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Ringdal, Kristen (2001). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Kunnskapsforlaget.

Stamsø, M. A. (Red.). (2008). *Helsetjenester, Velferdsstaten i endring*. Gyldendal Norsk Forlag AS

Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Gyldendal Norsk Forlag

Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd. Hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid*, Forskningsrapport NOVA nr. 22 Universitetet i Oslo

Vetlesen, A. (2004). Omsorgens tvetydighet. Ruyter, K. & Vetlesen, A. (Red.), *Omsorg – mellom avhengighet og autonomi* (s. 27 – 40). Oslo: Gyldendal Akademiske

Vike, H. (2004). *Velferd uten grenser. Den norske velferdsstaten ved veiskillet*. Akribe

Ytrehus, S (2013). Kvalitet i eldreomsorg, Bergland, Å., Moser, I. (red.) *Kvalitetsarbeid i helsetjenester til eldre* (27-85). Cappelen Damm AS

Øgård, M. (2008). New Public Management – fornyelse eller fortapelse av den kommunale egenart? Baldersheim, H & Rose, L. (Red.), *Det kommunale laboratorium* (s. 25-50). Fagbokforlaget

Organisasjoner og institusjoner

Helse- og omsorgsdepartement. (2009) *Samhandlingsreformen* (Meld. St. 47 2008-2009)

Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgsdepartement. (2013) *Morgendagens omsorg*. (Meld. St. 29 2012-2013).

Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/sec2>

Helse- og omsorgsdepartement. (2015) *Fremtidens primærhelsetjeneste– nærhet og helhet*

(Meld. St. 26 2014-2015) Hentet fra

<https://www.regjeringen.no/contentassets/d30685b2829b41bf99edf3e3a7e95d97/no/pdfs/stm201420150026000dddpdfs.pdf>

Helse- og omsorgstjenestelov. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester mm

LOV-2011-06-24-30 hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>

Helsetilsynet. (2011). *Krevende oppgaver med svak styring. En samlerapport fra tilsyn i 2010 med kommunenes sosial- og helsetjenetjenester til eldre.* (5/2011). Hentet fra <https://www.helsetilsynet.no/publikasjoner/rapport-fra-helsetilsynet/2011/krevende-oppgaver-med-svak-styring-samlerapport-tilsyn-2010/>

Kunnskapsdepartementet. (2006). *Tidlig innsats for livslang læring.* (Meld. St. 16 2006-2007) Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stmeld-nr-16-2006-2007-/id441395/>

NOU 2011:11. (2001) *Innovasjon i omsorg.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Statistisk sentralbyrå. (2014). *Befolkningsframskrivinger 2014-2100.* Dødelighet og levealder. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå. (2015). *Helsefakta – Norge i verden.* Fakta om helsetilstand og helsetjenester i Norge. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Statistisk sentralbyrå. 2016. *Befolkningsframskrivinger 2016-2100.* Økonomiske analyser. Oslo: Statistisk sentralbyrå

Vedlegg 1: Intervjuguide

Generelle data:

Alder, kjønn, enslig/par, funksjonsnivå/sykdom/type problematikk.

Pårørende/sosialt nettverk/aktivitet:

Hovedspørsmål: Kan du fortelle om ditt sosiale liv?

Har du pårørende og eller venner som du ofte har kontakt med?

(På besøk eller pr telefon?)

Er du ofte alene? Hvordan opplever du det?

Type tilbud, mengde tilbud

Hovedspørsmål: Kan du fortelle om hva slags tilbud du har fra kommunen? Hva slags hjelp/tilbud har du i dag fra kommunen?

Hva får du hjelp til?

Har du bedt om denne hjelpen selv, eller er det andre som har foreslått denne hjelpen for deg?

Hvor lenge har du mottatt tilbudet?

Hvordan har tilbudet endret seg underveis?

Forventninger til tilbud/hjelp?

Hvilke forventninger hadde du til den hjelpen du mottar?

Mer om tilbud/hjelp?

Opplever du generelt at du får den hjelpen du trenger?

Hva er du fornøyd med evnt ikke fornøyd med, og hvorfor?

Hvordan synes du hjelpen du får er i forhold til det du forventet?

Får du hjelp til dusjing, og hvem var det evnt som foreslo det? Hvor ofte får du det, og synes du det er passende?

Gir hjelpen deg en bedre hverdag?

Opplever du at det er trygt og godt å fortsatt bo hjemme?

I hvilken grad opplever de at tjenesten blir tilpasset og endret ut fra behovet?

Brukermedvirkning/medbestemmelse

Ble det foretatt en kartlegging av dine ønsker, behov, begrensninger, ressurser osv i forbindelse med at du ble innvilget hjelp fra kommunen? Hvordan ble dette gjort?

Har du selv sagt fra om hvilke tjenester du ønsker å ha, eller er det andre som har bestemt det for deg?

Tror du at det er mulig for deg å forandre på ting dersom du kommer med et ønske?

Har kommunen spurt deg om du er fornøyd med tilbudet du får, eller om du ønsker noen endringer? Har du deltatt i brukerundersøkelse el?

Har du en primærkontakt i kommunen som du kan ta kontakt med ved evt spørsmål? Synes du at du har behov for en slik kontaktperson?

Vet du om det blir benyttet omsorgsplan eller kvalitetsplan?

Har du hørt om koordinator og/eller individuell plan?

Opplever du at du har en selvstendighet på tross av hjelpen du mottar?

Opplever du at du blir behandlet med respekt?

Får du tatt i bruk din kunnskap og dine erfaringer?

Opplever du at du får delta aktivt når du ønsker og kan det?

Opplever du at du er betydningsfull i samarbeidet med kommunen? Hvordan?

Opplever du mestring, og finner du en vei videre?

Kontakt med lege:

Hvordan blir endringene i helsesituasjonen fanget opp?

Hva skjer dersom du trenger legehjelp, hvordan får du kontakt med lege?

Har du fast kontroll av lege?

Mat:

Synes du at du har et variert og godt kosthold?

Hvem handler inn og lager maten?

Er du fornøyd med ordningen slik den er i dag, evt hva ønsker du å forandre på når det gjelder kosthold?

Informasjon:

Vet du hvilke tilbud som finnes i kommunen for eldre som ønsker hjelp fra kommunen for eksempel: trygghetsalarm, middag levert på døra, praktisk bistand, fysioterapi i hjemmet, hverdagsrehabilitering, hjemmesykepleie, støttekontakt og diverse hjelpemidler for å nevne noe?

Hvordan har du fått informasjon om tilbud som kommunen har?

Bruker du internett?

Opplever du at kommunen er tilgjengelig for deg når du har noe du trenger å ta opp?

Sikkerhetstiltak:

Er det gjort noen tiltak for å øke sikkerhet i forhold til komfyr og brannvarsling?

Aktivitet og annen bolig:

Drar du ofte ut, og kommer du deg dit du ønsker?

Kunne du tenke deg at det var et dagtilbud i kommunen, og hva kunne du tenke deg å gjøre der?

Er det andre tilbud som du ønsker å delta på?

Har du hatt ønske om å få flytte over i annen bolig for eksempel omsorgsboliger, aldershjem, sykehjem eller annet?

Vedlegg 2 - Forespørsel – intervju med eldre

Jeg ønsker å snakke med eldre mennesker som bor i sitt hjem eller i omsorgsbolig, og som mottar hjemmebaserte tjenester fra sin kommune. Jeg er student ved Universitetet i Bodø. I forbindelse med min masteroppgave ønsker jeg å komme i kontakt med eldre mennesker som pga alderdomssvekkelse og/eller sykdom mottar hjelp fra kommunen, for eksempel hjemmesykepleie og/eller hjemmehjelp. Oppgaven er veiledet av professor Trude Gjernes, og søknad om å få intervjuere eldre er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste.

En verdig alderdom er noe som angår oss alle. Noen mener at et samfunn måles ut fra hvordan de eldre har det. Jeg ønsker med denne oppgaven å få mer kunnskap om hvordan eldre, som bor hjemme eller i omsorgsbolig, har det i hverdagen. Hvordan opplever de sin situasjon på tross av alderdom, sykdom og hjelpebehov? Får de være med å påvirke den tjenesten de mottar? Hva er de fornøyd med eventuelt ikke fornøyd med? Situasjonen for eldre syke kan endre seg raskt. Hvordan blir disse endringene fanget opp? Hvilke ønsker og håp har de eldre for framtiden? Kommer de seg ut? Finnes det noe aktivitetstilbud i nærmiljøet? Hvem handler inn og lager maten? Opplever de eldre at deres stemme blir hørt? Dette er eksempler på spørsmål som jeg ønsker å finne ut mer om.

De som ønsker å ta kontakt med meg, vil få mer utførlig informasjon og har ingen forpliktelser til å delta videre. De som velger å delta, kan når som helst trekke seg uten noe grunn. De som deltar, vil være garantert anonymitet. Kan dette være aktuelt for deg, eller kjenner du noen som dette kan være aktuelt for?