

MASTEROPPGAVE

Masterstudiet i Helse og empowerment

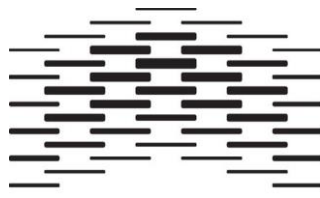
2014

«Det er de små seiere som teller i dagliglivet»

Hvordan opplever eldre mennesker pasientmedvirkning og
hvilken betydning har medvirkning for dem?
Hva fremmer og hva hemmer eldre menneskers medvirkningsmuligheter?

Solvår Andreassen

Fakultet for helsefag
Institutt for helse, ernæring og ledelse



HØGSKOLEN I OSLO
OG AKERSHUS

Forord

Jeg ønsker med dette å synliggjøre Geriatrisk Daghospital fordi det er et flott geriatrisk tilbud. Som helsepersonell kan man ønske at det skulle være flere slike steder for eldre. Jeg anser Daghospitalet for å være et godt sted å være pasient og det arbeider mange flotte mennesker der, som tar jobben sin på alvor og er opptatte av pasientenes ve og vel. Jeg ønsker å rette en takk til alle dere ved Daghospitalet, som imøtekommet la alt til rette for at jeg skulle få dette til.

Jeg vil også gjerne sende en stor takk til alle pasientene som så velvillig stilte opp til intervju. Dere er med meg fortsatt. Jeg ser dere for meg og hører stemmene deres når jeg leser gjennom intervjuene. Det at dere så uforbeholdent gav av dere selv har lært meg mye og deres visdom og klokskap tar jeg med meg videre. Jeg tror ikke jeg noensinne kommer til å glemme dere.

Jeg vil gjerne takke min mann, Dag, fordi han har støttet meg hele veien, med oppmuntrende ord, trøst, ferdig middag, ryddig hus og lommepenger. Uten deg og din optimistiske innstilling, Dag, hadde jeg nok ikke kunnet klare dette.

Jeg ønsker også å takke mine to veiledere Ragnhild Flittie Onstad og Magne Haukland, som har bidratt til en lærdom om at alt har flere sider. Kollokviene med Anita og Anita har hatt betydning både faglig og sosialt, og jeg håper vårt vennskap vil bestå. Familie og venner som har trodd på meg skal også ha en stor takk.

Disse to årene ved masterstudiet i helse- og empowerment har vært en del av en reise som startet i 2006, da jeg påbegynte bachelorstudiet i sykepleie. Jeg har aldri angret på mitt valg. Det har vært tøffe og utfordrende, morsomme, spennende og lærerike år.

Hvamsmoen, 15. mai 2014

Solvår Andreassen

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Medvirkning anses grunnleggende viktig for pasientenes selvrespekt og følelse av kontroll. Medvirkning berører etiske aspekter innen helseprofesjonene, som også påvirkes av samfunnets holdninger om hvorvidt eldre er å anse som byrde eller ressurs. Eventuelle negative holdninger kan medføre at Eldres ressurser og evne til medvirkning ses bort fra. Det meste av eksisterende forskning rettes mot fysisk miljø og ikke mot samfunnsmessige faktorer som påvirker Eldres medvirkningsmuligheter.

Hensikt: Hensikten er å undersøke og beskrive eldre menneskers opplevelse av pasientmedvirkning og betydningen av dette, samt de samfunnsmessige årsaker som fremmer eller hemmer medvirkning.

Teoretisk forankring: For økte medvirkningsmuligheter er salutogenese og empowerment-perspektivets prinsipper viktige elementer.

Metode: Kvalitativ metode, og ni semi-strukturerte intervjuer er utført. Frivillige, 67 år, eller eldre, som ikke er sterkt demente eller deprimerte er inkludert. Utgangspunktet for analysearbeidet er Malteruds metode for systematisk tekstkondensering.

Resultater: Forskningspersonene definerer medvirkning som deltakelse og samarbeid. Autonomi og informasjon har betydning for egenverd og medvirkning. Medvirkning innebærer mestring og anerkjennelse via bruk av egne ressurser, eie relevante og nyttige kunnskaper, ha tillit til helsepersonellens kompetanse, bli tatt på alvor av helsepersonellet, samt oppleve tilhørighet og bekreftelse fra omgivelsene. Miljøet beskrives som demokratisk, fritt og trygt. Tillitsbrudd hva angår informasjon og kontinuitet oppfattes problematisk.

Konklusjon: Medvirkning defineres som deltakelse og samarbeid. Autonomi og informasjon er av betydning for egenverd og medvirkning. Med en delvis medvirkningsgrad avhenger medvirkningsmulighetene av mestring på bakgrunn av anerkjennelse fra omgivelsene; samfunnsforhold, helsepolitikk, helsepersonell- og helsevesenets begrepsforståelse og faglige tilnærming. (Antall ord: 32956).

Nøkkelbegreper: Eldre, medvirkning, rehabilitering, kvalitativ/kvantitativ forskning.

ABSTRACT

Background: Participation is considered of fundamental importance for the patients' self-esteem and sense of control. Participation touches ethical aspects of health professions, which also influenced by society's attitudes about whether or not older are considered as burden or, resource. Any negative attitudes can lead to the elderly resources and ability to participate disregarded. Most of the existing research is directed towards the physical environment and not against societal factors that affect the elderly participation opportunities.

Purpose: The purpose is to examine and describe older people's experience of patient participation and the importance of this, as well as the social causes that promote or inhibit participation.

Theory: For increased participation opportunities are salutogenesis and empowerment principles essential elements.

Method: Qualitative methodology, and nine semi-structured interviews are conducted. Volunteers, 67 years or older, who are not severely demented or depressed are included. The starting point of the analysis work is Malteruds method for systematic text condensation.

Results: Research subjects defines participation as participation and cooperation. Autonomy and information are important for self-worth and contribution. Participation involves mastery and recognition through use of its own resources, possess relevant and useful knowledge, trust in health personnel and experience of belonging and confirmation from the environment. The environment is described as democratic, free and secure. Trust Violations terms of information and continuity perceived problematic.

Conclusion: Participation is defined as participation and cooperation. Autonomy and information of importance to self-worth and contribution. With a partial participation grade depends on participation opportunities of mastery on the bases of recognition from the environment; social attitudes, health policy, health professionals and healthcare concept understanding and professional approach.

Key concepts: Older, participation, rehabilitation, qualitative/quantitative research.

Innholdsfortegnelse

1	INNLEDNING	7
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	7
1.2	HENSIKT OG FORMÅL	10
1.3	PROBLEMSTILLING OG FORSKNINGSSPØRSMÅL	10
1.4	FORSKNINGSPROSJEKTETS AVGRENSNINGER	11
1.5	STUDIENS OPPBYGNING	11
2	TIDLIGERE FORSKNING	12
2.1	PRESENTASJON AV AKTUELL FORSKNING	12
2.1.1	<i>Medvirkning som begrep</i>	12
2.1.2	<i>Medvirkning som begrep og Mestring har betydning for å medvirke:</i>	13
2.1.3	<i>Medvirkning som begrep, Mestring har betydning for å medvirke og Anerkjennelse har betydning for å medvirke:</i>	13
2.1.4	<i>Medvirkning som begrep og Anerkjennelse har betydning for å medvirke:</i>	14
2.1.5	<i>Mestring har betydning for å medvirke:</i>	14
2.1.6	<i>Mestring har betydning for å medvirke og Anerkjennelse har betydning for å medvirke:</i>	15
2.1.7	<i>Anerkjennelse har betydning for å medvirke:</i>	16
3	TEORETISK STÅSTED	17
3.1	ALDRING OG ELDRE MENNESKER	17
3.2	HELSEPOLITIKK	19
3.2.1	<i>Helsen i Norge</i>	23
3.3	HELSEBEGREPET	24
3.4	MESTRING	28
3.5	EMPOWERMENT	30
3.6	MEDVIRKNING	34
3.7	TILLIT OG MAKT	37
4	METODOLOGI	40
4.1	VITENSKAPSTEORETISK STÅSTED	40
4.2	FORSKNINGSDESIGN	41
4.2.1	<i>Forskere forforståelse</i>	42
4.2.2	<i>Teoretisk referanseramme</i>	43
4.3	PRESENTASJON AV INTERVJUGUIDE/SPØRSMÅLSSKJEMA	43
4.4	STUDIENS UTVALG	43
4.5	FORSKNINGSMETODE	44
4.6	DATAINNSAMLING	45

4.6.1	<i>Forberedelser</i>	45
4.6.2	<i>Gjennomføring</i>	45
4.6.3	<i>Fortolkning av intervjupersonenes uttalelser</i>	46
4.7	TRANSKRIBERING	47
4.8	ANALYSEMETODE OG PROSEDYRE.....	48
4.8.1	<i>Analyse av de transkriberte tekstene</i>	48
4.9	ETISKE OVERVEIELSER	51
4.9.1	<i>Godkjenning og formaliteter</i>	52
4.9.2	<i>Etiske refleksjoner i forhold til informert samtykke</i>	52
4.9.3	<i>Etiske refleksjoner i forhold til konsekvens</i>	53
4.9.4	<i>Etiske refleksjoner i forhold til fortrolighet</i>	53
4.9.5	<i>Etiske refleksjoner i forhold til forskerens rolle og relasjonen mellom forskningspersonen og forsker</i> 54	
5	PRESENTASJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER	55
6	DISKUSJON	66
6.1	STUDIENS KVALITET.....	66
6.1.1	<i>Utvalget</i>	66
6.1.2	<i>Intervjuene</i>	68
6.1.3	<i>Dataanalyse</i>	70
6.2	HVORDAN OPPLIVER ELDRE MENNESKER PASIENTMEDVIRKNING OG HVILKEN BETYDNING HAR MEDVIRKNING FOR DEM? HVA FREMMER OG HVA HEMMER ELDRE MENNESKERS MEDVIRKNINGSMULIGHETER? 72	
6.2.1	<i>Medvirkning som begrep</i>	73
6.2.2	<i>Mestring har betydning for å medvirke</i>	78
6.2.3	<i>Anerkjennelse har betydning for å medvirke</i>	90
6.2.4	<i>Implikasjoner for eksisterende kunnskap og klinisk helsearbeid</i>	98
7	KONKLUSJON OG AVRUNDING	100
7.1	RESYMÉ AV STUDIEN	100
7.2	KRITISK REFLEKSJON.....	102
7.3	KONKLUSJON OG AVSLUTTENDE REFLEKSJONER	102
	LITTERATURLISTE	104
	VEDLEGG 1 - INTERVJUGUIDE	116
	VEDLEGG 2 - INFORMASJONS- OG SAMTYKKESKJEMA	117
	VEDLEGG 3 – TILBAKEMELDING FRA REK	119
	VEDLEGG 4 – GODKJENNING FRA NSD	120

VEDLEGG 5 – SVAR FRA PERSONVERNOMBUDET FOR FORSKNING OG KVALITETSSIKRING	122
VEDLEGG 6 – GODKJENNING AV BRUK AV 10 % EKSTRA ORD UTOVER MAKSGRENSEN...	124

1 INNLEDNING

Mitt utgangspunkt for valg av tema til denne studien var refleksjoner jeg gjorde meg i etterkant av å ha lest pensumbøker for masterstudiet i helse- og empowerment som, blant annet, omhandlet helsepolitikk, helsebegrepet, mestring og empowerment. Dette gav meg en større bevisstgjøring i forhold til ulike samfunnsforhold som kan påvirke ulike pasientgruppers muligheter til å medvirke. Med min bakgrunn fra hjemmesykepleien og Geriatrik Daghospital ble det naturlig å søke å synliggjøre eldre menneskers opplevelse av pasientmedvirkning og hvilken betydning dette har for dem, samt de ulike samfunnsmessige aspektene ved dette.

Jeg vil først gjerne gi et lite glimt inn i arbeidshverdagen ved Geriatrik Daghospital. Pasientene ankommer i drosjer. Enkelte går fint uten hjelpemidler, andre har funksjonshemminger etter hjerneslag, sykdom og ulykker og er avhengige av gå-staver, krykker eller rullator for å kunne ta seg fram. Noen har vært innlagt en stund og er vant med å komme hit. Andre er nye og mer tilbakeholdne og spente. De kommer fordi de trenger medisinsk hjelp eller rehabilitering. Noen er innlagt grunnet opptrening etter hjerneslag, andre for utredning av demens, parkinsonisme og stabilisering av høyt blodtrykk og diabetes m.m. Enkelte har sosiale problemer som de trenger hjelp til, andre har spist lite over en tid og atter andre trenger å få satt i gang hjelpetiltak hjemme. Felles for dem er at de er eldre mennesker som har vært gjennom de fleste av livets faser.

VELKOMMEN TIL DAGHOSPITALET!

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Pasientmedvirkning tar utgangspunkt i FNs menneskerettigheter (1948), som innebærer at alle mennesker har rett til verdighet gjennom deltakelse og medbestemmelse. Medvirkning er både et demokratisk prinsipp og et helsefaglig etisk prinsipp. Medvirkning innebærer at pasientene involveres i egen situasjon, samt anses som likeverdige parter og ressurser i forhold til egne behov og opplevelse av kvaliteten på helsetjenestene som mottas (Myhra, 2012). Medvirkning gir rett til innsyn og informasjon (Bredland, Linge & Vik, 2011). Se også kapittel 3.6.

Vik, Lilja & Nygård (2007) sin studie retter seg mot hvilke miljømessige faktorer som påvirker eldre menneskers opplevelse av medvirkning. Her sies det at forskning relatert til eldre ofte rettes mot fysisk miljø og ikke de samfunnsmessige faktorer som påvirker deres medvirkningsmuligheter (Vik et al., 2007). Dette tilkjenner et behov for studier rettet mot eldre menneskers brukermedvirkningsmuligheter, satt i en samfunnsmessig kontekst.

Forebyggende folkehelsearbeid omfatter både det sykdomsforebyggende perspektiv og det helsefremmende perspektiv på helse, og bør ut fra et holistisk menneskesyn betraktes som komplementære helseperspektiver. Det sykdomsforebyggende perspektiv omfavner både primær, sekundær og tertiær forebygging hva angår å forhindre sykdom, skade og død via forebyggende medisin, hygiene og rehabilitering. Det helsefremmende perspektiv innebærer å synliggjøre de positive helseressurser den enkelte og befolkningen som sådan besitter i form av tilrettelegging, styrking og stimulering for økt helseutvikling og livskvalitet (Mæland, 2010). Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helsefremmende arbeid som en prosess hvor befolkningen settes i stand til økt kontroll, forbedring og bevaring av sin helse (WHO, 1986).

Hvorvidt helsefremmende arbeid påvirker helsen positivt kommer, blant annet, an på hvilken holdning helsepersonell imøtegår pasientene med. Helsefremmende arbeid har således en forankring både til salutogenese, der kilden til god helse for den enkelte står i fokus, og et humanistisk menneskesyn hva angår likeverd og like rettigheter på både individ-, gruppe-, og systemnivå (Sletteland & Donovan, 2012). Se også kapittel 3.3.

Empowerment skjer på individ-, gruppe-, og systemnivå og anses å være en del av salutogenesen og innebærer å snu uønskede forhold, slik at folk kan settes i stand til å ta styring i eget liv ut fra egne målsetninger og behov. Pasient/brukermedvirkning blir da et viktig aspekt (Sletteland & Donovan, 2012). Det motsatte av empowerment kan beskrives som maktesløshet, som kan tilskrives både individuelle og ulike samfunnsgruppers sosiale, økonomiske og kulturelle forhold. Se også kapittel 3.5.

I Norge har folkehelsen bedret seg kraftig de siste 100 årene (Laake, 2006). Forventet levetid for menn var 79 år og for kvinner 83,5 år i 2011 (Folkehelseinstituttet, 2010). Forskjellene i dødelighet viser at det dør flest menn i alderen 55-74. Geriatri retter seg derfor ofte mot spørsmål som vedrører kvinners levekår, helse og funksjon (Laake, 2006). Personer

over 67 år karakteriseres som eldre og antallet beregnes å øke fra 625 000 i 2010 til rundt 716 000 i 2015 (Statistisk Sentralbyrå, 1999). Aldring innebærer kroppslige, kognitive og mentale endringer, samt endringer i arbeids- og familieliv (Kirkevold, Brodtkorb & Ranhoff, 2008).

Aldring kan innebære helse- og funksjonssvikt, ensomhet og maktesløshet som gjør eldre utsatte for etiske overtramp (Laake, 2006). Sykepleieutdanningen har et faglig fokus rettet mot brukermedvirkning (Kunnskapsdepartementet, 2008) og man lærer at det å kunne medvirke i eget liv er grunnleggende viktig for selvrespekt og følelse av kontroll (Mekki & Pedersen, 2004). Likevel viser studier at eldre ofte ikke gis mulighet til aktiv deltakelse, samt at helsepersonells støtte har betydning for den Eldres mestingsressurser og evne til medvirkning (Kvigne, 2004; Kvigne, Kirkevold & Gjengedal, 2004; Eilertsen 2005; Efraimsson, 2005). Dette har skapt ettertanke på det faglige og samfunnsmessige plan for meg som sykepleier og et ønske om å vite mer.

Denne studien er utført ved et Geriatrik Daghospital (Daghospitalet) ved et større sykehus i Norge, med et tverrfaglig, medisinsk tilbud til eldre brukere som trenger rehabilitering, behandling, observasjon eller medisinsk utredning på sykehus. Dette favner et vidt spekter av ulike brukergrupper; opp-trening etter hjerneslag, utredning av diabetes og demens, stabilisering av blodtrykk. Forskningspersonene i studien er eldre personer som er pasienter ved Dag hospitalet. Dag hospitalet har tilbud til pasienter som ikke trenger døgnplass og utgjør et høyt kvalifisert geriatrik tilbud, samt individuell, tverrfaglig rehabilitering. Tilbudet omfatter diagnostisering og kartlegging av psykososiale og medisinske forhold. Dette innebærer medisinsk behandling, opptrening og tilpasning av hjelpemidler, samt tilrettelegging av hjemmeforhold i nært samarbeid med pårørende og hjemmetjenesten. Pasientene er personer som trenger en helhetlig vurdering grunnet sammensatte helseproblemer; uklar funksjonssvikt, utstøhet/gangvansker, besvimelser og falltendens, demensproblematikk, pasienter som trenger medisinsk oppfølging etter akuttinnleggelse, slagpasienter med behov for dagbasert rehabilitering (nytt eller gammelt slag), førerkortvurdering (hjerneslag og demens). I tillegg gis også tilbud til andre pasientgrupper og også yngre personer med behov for tverrfaglig rehabilitering. Forutsetning for tilbud om opphold ved Dag hospitalet er at personen bor hjemme og er transportabel. Fagteamet består av leger, sykepleiere, hjelpepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, sosionom og logoped.

Samarbeidende virksomheter er ortoped og ortopediteknikker, nevrolog, alderspsykiatrisk avdeling og smerteklinikken.

Tverrfaglig samarbeid er et innarbeidet prinsipp innenfor geriatrien (Kirkevold, 2005). I henhold til nordiske retningslinjer for geriatrisk utredning innebærer dette kartlegging, observasjon og datainnsamling i forhold til eksempelvis sykdom, funksjonstap og ressurser, samt aldersforandringer og sosialt nettverk (Slettevold, Engedal og Tilvis mfl., 1997). Ved Daghospitalet samarbeider flere profesjoner sammen for å søke å fremme pasientenes ressurser. Eksempelvis forestår lege den medisinske behandlingen, ergoterapeuter og fysioterapeuter vurderer i forhold til tap av funksjonsevne og ferdigheter, samt muligheter for lokal opptrening. Som sykepleier ved Daghospitalet innebærer arbeidet en kontinuerlig kartlegging i forhold til pasientens pleiebehov og ressurser. Arbeidet skjer i samarbeid med pasientene selv og pårørende. De ulike profesjonene er til daglig rundt hverandre i avdelingen, men møtes til et ukentlig tverrfaglig møte hvor framdriften i pasientbehandlingen, samt pasientenes tilstand drøftes og vurderes. Pasientens stemme er med inn i møtet eksempelvis via sykepleier eller fysioterapeut.

1.2 Hensikt og formål

Prosjektet har til hensikt å undersøke og beskrive hvordan eldre mennesker opplever pasientmedvirkning og hvilken betydning medvirkning har for dem, samt undersøke og beskrive de samfunnsmessige faktorer som fremmer eller hemmer medvirkning. Formålet er å bidra til større bevisstgjøring hos helsepersonell til beste for pasientgruppen.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

Med utgangspunkt i hensikten har jeg kommet fram til følgende problemstilling og forskningsspørsmål:

Hvordan opplever eldre mennesker pasientmedvirkning og hvilken betydning har medvirkning for dem? Hva fremmer og hva hemmer eldre menneskers medvirkningsmuligheter?

Forskningsspørsmål: - Hvordan opplever eldre å få medvirke?

- Hva legger eldre mennesker i begrepet medvirkning?

- Hva hemmer og fremmer eldre sine muligheter for å medvirke?

1.4 Forskningsprosjektets avgrensninger

Studien vil rette seg mot Daghospitalets virksomhet og eldre som ikke er alvorlig psykisk eller mentalt reduserte og som er innlagt for rehabilitering eller medisinsk utredning.

Uavhengig av diagnose anses medvirkning viktig og å inneholde sett av mellommenneskelige aspekter, likt for alle mennesker. Dette selv om behovet for å medvirke kan variere i forhold til alder, fysisk, psykisk og mental tilstand. Ansatte ved Daghospitalet må hele tiden forholde seg til ulike pasientgrupper. For å kunne gi et best mulig bilde av pasientenes opplevelse av medvirkning og betydningen av det, samt fremmende/-hemmende samfunnsmessige faktorer, er det ønskelig fra min side å favne vidt. Det vide perspektivet anses å utgjøre en begrensning, fordi det blir en «oppsummering» av ulike pasientgruppers samlede opplevelse av medvirkning.

1.5 Studiens oppbygning

Slik leseren har sett i det foregående innledningskapitlet omhandler studien hvordan eldre mennesker kan oppleve medvirkning og hvilken betydning dette har for dem, samt samfunnsmessige faktorer som kan påvirke deres medvirkningsmuligheter. Annet kapittel tar for seg det empiriske grunnlaget som studiens funn i all hovedsakelig vil drøftes opp imot. Kapittel tre omhandler det teoretiske grunnlaget som vil bygge på aldring og eldre mennesker. Videre, vil helsepolitikk der WHO setter føringer og helsebegrepet der, blant annet, det biomedisinske og helsefremmende perspektiv beskrives. Etter dette vil mestring relatert til salutogenesens betydning for medvirkning synliggjøres. Deretter omtales empowerment, før medvirkning forklares som en etisk, helsefaglig og juridisk rettighet. Forholdet mellom tillit og makt avslutter teoridelen. Kapittel fire vedrører metodologi og tar for seg vitenskapsteoretisk ståsted, forskningsdesign, presentasjon av intervjuguide- og spørsmålsskjema og studiens utvalg, samt forskningsmetode og datainnsamling. Deretter redegjøres for transkribering, analysemetode og prosedyre, samt etiske overveielser for studien. Kapittel fem presenterer studiens funn og fortolkninger. Kapittel seks drøfter studiens kvalitet ut fra kriteriene for troverdighet, overførbarhet og pålitelig. Deretter drøftes funnene i studien, der medvirkning som begrep, mestring og anerkjennelse utgjør viktige momenter, før studien avrundes i kapittel syv med konklusjon og avsluttende refleksjoner.

2 TIDLIGERE FORSKNING

2.1 Presentasjon av aktuell forskning

Enkelte av artiklene som presenteres nedenfor har dannet utgangspunkt for flere inkluderte artikler. Søk i høgskolens databaser er utført i Chinal, Cochrane, ERIC, Helsebiblioteket, Joanna Briggs Institute, og Medline (Ovid), samt ProQuest. Databasesøkene har vært rettet mot eldre og medvirkning og utført i ulike kombinasjoner (og synonymer) av ordene: older people (elderly), patientparticipation (participation) og interprofesjonal care. Søk utført med henblikk på forskning vedrørende salutogene faktorer for eldre er utført i ulike ordkombinasjoner (og synonymer) av salutogenic (empowerment), elderly og rehabilitation, dog uten å finne frem til relevant forskning for mitt formål. Det er utført litteratursøk etter ny relevant forskning via høgskolens biblioteksdata-baser. Dette er forskning som ikke er eldre enn 2013. Søkene er utført i ulike ordkombinasjoner i henhold til tidligere søk. Videre har søkeprosessen vært utført i form av manuelle søk i pensumlister for masterstudiet Helse- og empowerment, samt referanselister fra pensumlitteratur og litteratur anbefalt av forelesere, veiledere og andre studenter. Både kvalitativ og kvantitativ forskningslitteratur har vært interessant. Samtidig som det anses viktig med bredde i litteraturen, påpeker Ellingsen & Dragset (2008) at kvalitative studier ofte har små utvalg som gir dybdeinnsikt i et tema. Det anses derfor viktig å også finne flere studier med noen lunde samme resultat. Dette for valid og overførbar kunnskap som øker teoretisk innsikt og refleksjonsgrunnlag (Ellingsen & Dragset, 2008). Litteraturen bør helst ikke være eldre enn femten år, men der det anses hensiktsmessig er også eldre litteratur tatt med.

Nedenfor følger en presentasjon av aktuell forskning som denne studiens funn i hovedsak drøftes opp imot i kapittel 6. For struktur presenteres artiklene etter den eller de hovedkategoriene de er benyttet.

2.1.1 Medvirkning som begrep

Tveiten (2009) har utført en kvalitativ innholdsanalyse som forteller at dialog og veiledning bør anses som del av helsefaglige arbeid for å fremme reell pasientmedvirkning. Tveiten konkluderer med at god dialog inkluderer å la pasientene fortelle sin historie, at det settes av tilstrekkelig tid, samt at helsepersonell lytter aktivt og har fokus på pasienten i samtalen. Artikkelen anses relevant fordi den tar opp dialog og kommunikasjon som er et viktig aspekt ved pasientmedvirkning.

2.1.2 Medvirkning som begrep og Mestring har betydning for å medvirke:

Aujoulat, Le Faou, Sandrin-Berthon, Martin & Deccache, (2001) sin del-litteraturstudie undersøker nivået og forholdene helsefremmende sykehus (health promoting hospitals (HPH)) skal utvikles under, både i Frankrike og Europa. Fokuset er rettet mot hvordan konseptet «helsefremmende sykehus» blir implementert, samt hvordan sykehusene settes i stand til å drive helsefremmende. Studien finner manglende retningslinjer for hvordan helsefremmende arbeid skal implementeres. Artikkelen anses overførbar til Norske forhold og tar opp kritiske og viktige samfunnsspørsmål vedrørende implementeringen av helsefremmende perspektiv.

Foss (2011) fokuserer i sin diskursive studie på hvordan rammebetingelsene for eldre menneskers medvirkningsmuligheter er strukturert ut fra historiske og sosiale samfunnsmessige strukturer. Atten personer, 80 år og eldre, ble intervjuet. Resultatene viser at eldre aktivt posisjonerer seg i forhold til ulike diskurser og benytter ulike strategier i sin interaksjon med helsepersonell for å oppnå innflytelse og medvirkning. Studien viser at eldre sine medvirkningsmuligheter vekslet fra en diskurs med dominans og selvfølighet til pasientmedvirkning som rettighet, samt at deres forståelse av pasientmedvirkning kommer i konflikt med nåtidens ide. Artikkelen synes relevant hva angår hvordan samfunns-holdninger overfor eldre påvirker deres medvirkningsmuligheter og syn på seg selv.

Litteraturstudien til Longtin, Sax, Leape, Sheridan, Donaldson & Pittet (2010) forteller at medvirkning anses som et nøkkelbegrep i utforming av helsevesenet. Pasientrelaterte faktorer som eksempelvis manglende medisinsk kunnskap, tillit og ulike sosiale faktorer påvirker ønsket om å medvirke. Hva angår helsepersonell relateres medvirkning til eksempelvis et ønske om å beholde kontroll, manglende tid, personlige overbevisninger etc. Artikkelen tar opp interessante momenter i forhold til studien her og annen litteratur.

2.1.3 Medvirkning som begrep, Mestring har betydning for å medvirke og Anerkjennelse har betydning for å medvirke:

Wikman & Fältholm (2006) sin kvalitative (grounded theory) studie av seks deltakere beskriver pasienters erfaring av medvirkning og innflytelse i en rehabiliteringssituasjon. Resultatene indikerer at pasientene har små påvirknings- og medvirkningsmuligheter hva angår rehabiliteringsprosessen. Informantene stoler på fagkompetansen til helsepersonellet og

søker å innordne seg systemet. Pasientenes erfaringene tilsier at fysisk aktivitet bør støttes og følges opp. Informasjon vedrørende rettigheter etterspørres. Opplevelsen av å være anerkjent av helsepersonellet kombineres med små krav og stor takknemlighet fra pasientenes side. Mestring ble oppnådd via informasjon fra helsepersonell, familie og venner. Artikkelen bekrefter mye av funnene i denne studien, samt vedrører den parallelle prosessen rehabilitering består av og som også gjenspeiles.

2.1.4 Medvirkning som begrep og Anerkjennelse har betydning for å medvirke:

Holm & Severinsson (2013) har utført en kvalitativ systematisk gjennomgang av ti studier over eldre menneskers oppfatning av helse, dårlig helse og deres behov for kommunale helsetjenester. Funnene viser at eldre menneskers helse avhang av aksept av livet slik det var blitt, behov for å gjenvinne identitet og egenverd til tross for funksjonsnedsettelse. En opplevelse av å være noe verd i forhold til helsevesenet og samfunnet ledet til mening i pasientenes strev og mentale kamp for å gjenvinne autonomi og uavhengighet. Artikkelen anses å vedrøre flere aspekter ved denne studien og påpeker viktige individuelle og samfunnsmessige årsaker til eldre menneskers vansker med å medvirke.

Sørensen, Axelsen & Avlund (2002) sin kohort-studie, inkluderer 190 menn og 252 kvinner i alderen 75 år eller eldre. Sosial deltakelse, ikke hjemmehjelp eller depresjon ved 75 års alder tilsa god sosial deltakelse for menn også ved 80 års alder. For kvinner tilsa god sosial deltakelse, god fysisk funksjon og normalt humør fortsatt sosial deltakelse ved 80 års alder. Når det gjaldt funksjonsevne ble både forbedring og forringelse funnet. Studien understreker viktigheten av preventive helsefremmende tiltak og tidlig intervensjon hva angår forebygging, øke og beholde funksjonsevne og sosial deltakelse for å beholde et aktivt liv også inn i alderdommen. Artikkelen gjenspeiler noe av det forskningspersonene i min studie sier, samt viser hva som er av betydning å tilrettelegge for av helsepersonellet.

2.1.5 Mestring har betydning for å medvirke:

Den kvalitative studien til Minichiello, Browne & Kendig (2000) diskuterer australske, eldre menneskers oppfatning av ordet «ageism». «Ageism» forklarer de sosiale betingelsene eldre mennesker gjenkjennes og identifiseres ved, samt hvilke forutsetninger som behandling begrunnes ut fra. Studien diskuterer eldre menneskers strev med å måtte forholde seg til og tilpasse seg «ageism», samt negative erfaringer i forhold til å oppleve seg diskriminert. Artikkelen anses relevant hva angår samfunnsmessige hindringer for eldre sine

medvirkningsmuligheter, samt empowerment versus ikke empowerment blant eldre mennesker.

Stacey, D., Légaré F, Col, N. F., Bennet, C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., Holmes-Rovner, M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt A., Thomson, R., Trevena, L. & Wu, J. H. C., (2014) har i sin systematiske oversikt, med 115 studier, vurdert effekten av beslutningsstøtte versus ordinær behandling. Resultatene forteller at beslutningsstøtte er mer effektivt hva angår å øke pasientenes helsekunnskaper, øke pasientenes risikoforståelse, øke samsvar mellom pasientenes verdier og behandlingspreferanser, øke pasientenes opplevelse av egne verdier og å være velinformert, samt øke pasientenes involvering i behandlingsvalg. Studien anses relevant i forhold til å bekrefte pasientenes nytte av samarbeid og støtte fra helsepersonell.

Den kvalitative studien til Tollén, Fredriksson & Kamwendo (2007) har fokus på eldre menneskers forventninger hva angår deltakelse på et kommunalt dagrehabiliteringssenter. 22 prospektive intervjuer ble utført og analysert ut i fra en fenomenologisk tilnærming. Funnene indikerer at oppfølging hjemme og sosiale aktiviteter er verdifullt supplement til dagrehabilitering, samt at helsepersonell som arbeider innen rehabilitering bør være bevisst ambivalensen mellom hjelpemidler og eldre menneskers behov for kontinuitet hva angår målsetting og individuelle planer. Studien er interessant i forhold til hva som leder til opplevelse av mestring og anerkjennelse, som er en viktig del av denne studien.

2.1.6 Mestring har betydning for å medvirke og Anerkjennelse har betydning for å medvirke:

Langeland (2009) har utført en kvantitativ studie med 107 hjemmeboende personer med psykiske helseproblemer. Studien viser hvordan mestring som sosial støtte, definert som «sense of coherence» (SOC), kan bidra til positiv utvikling av livskvalitet. Salutogene terapiprinsipper i gruppesamtaler anses å styrke SOC, og det vil sannsynligvis være viktig å inkludere slike behandlingsprinsipper overfor pasientgruppen. Det er foretatt databasesøk etter artikler som retter seg mot forskning på salutogene faktorer relatert til eldre uten hell. Artikler vedrørende hva som gir eldre livskvalitet er allerede inkludert og salutogenese anses å være av allmennmenneskelig betydning. Artikkelen anses derfor overførbart.

I Randström, Asplund, Svedlund & Paulson (2013) sin kvalitative intervjustudie er seks eldre personer og seks pårørende inkludert. Studien konkluderer med at eldre mennesker ønsker å returnere til sitt dagligliv, uten å føle seg avhengig av andre. Pårørendes deltakelse, samt psykososial støtte og autonomi var essensielt for eldre sin aktivitet og medvirkning. Studien påpeker nødvendigheten av helsepersonells helhetlige syn, samt viktigheten av å kunne bo hjemme. Artikkelens relevans vedrører hva som har betydning hva angår medvirkning i en rehabiliteringssituasjon for eldre og anses derfor overførbar.

2.1.7 Anerkjennelse har betydning for å medvirke:

Powers (2003) sin diskursive studie argumenterer for at begrepet empowerment er redefinert av helsepersonell som en intervensjon for å oppnå ettergivenhet (compliance) hos pasientene. Studien konkluderer med at empowerment er en «tvangstrøye» som rettfærdiggjøres av utfall, som skaper en avhengig befolkning og derigjennom større makt til helsepersonellet/vesenet, samt at pasienter kun anses «empowerd» hvis de tar helsevalgene helsepersonellet anser som riktige. Powers har en kritisk stemme i forhold til teori om empowerment, som ofte fremstilles i positive vendinger og kan drøftes opp mot annen litteratur.

Levasseur, Desrosiers & Noreau (2004) søker i sin eksplorerende studie å stadfeste relasjonen mellom omgivelsenes holdninger og selvoppfatning og subjektiv opplevelse av livskvalitet hos eldre mennesker med fysiske funksjonshemninger. Statistisk antydes ingen sammenheng mellom fysiske omgivelser og opplevelse av livskvalitet, men sosial støtte og holdninger i omgivelsene ble statistisk relatert til livskvalitet hos eldre. Studien anses relevant fordi den vedrører samfunnsmessige årsaker som kan påvirke eldre menneskers livskvalitet og derigjennom evne til å medvirke.

Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014) forteller i sin kvalitative studie finner at eldre mennesker, med depressive symptomer og deres pårørende ønsker at helsepersonell bruker sin faglige autoritet og omsorg, selv i de tilfeller hvor pasientene avviser hjelpen. Det påpekes at hverdagsprat bidrar til trygge rammer, slik at autonomien ivaretas. Synes spesielt relevant i forhold til anerkjennelse og fremmedgjøring.

3 TEORETISK STÅSTED

3.1 Aldring og eldre mennesker

Ulike generasjoner vokser opp under historisk sett ulike vilkår og livsløp med erfaringer og opplevelser typisk for sin generasjon. De som er født i første del av forrige århundre startet sitt arbeidsliv i etterkant av konfirmasjonen, som ble oppfattet som en overgang til voksenlivet. De hadde et hardt, strevsomt og langt arbeidsliv og alle inntekter gikk til livsopphold. Oppdragelsen de fikk var rettet mot respekt for øvrighetspersoner og overordnede, samt å opptre høflig, ærlig, lydig, punktlig og å gjøre seg flid i arbeid. Det tunge kroppsarbeidet medførte at mange tidlige fikk helseproblemer; hjerte- og karlidelser, lungesykdommer og muskel- og skjelettplager m.m. (Thorsen, 2005). For de fleste av dagens eldre er levekårene en historie ut av fattigdom til et liv i materiell og sosial trygghet (Romøren, 2005). Etterkrigstiden medførte økende velstand med utdanningsmuligheter, utbygging av offentlig sektor og kvinnene gikk inn i yrkesliv utenfor hjemmet (Thorsen, 2005). Etter innføring av folketrygden i 1967 har nye generasjoner eldre gradvis fått bedre økonomi, tross inntektsøkning blant yrkesaktive og inntektsforskjeller avhengig av om man er minstepensjonist eller ikke (Romøren, 2005). Dagens eldre mennesker ønsker å delta i samfunnet (St meld nr. 21 (1998-99), 1998). Deltakelse i arbeid og aktiviteter som oppleves meningsfulle, kunne klare seg selv og forbli aktiv er kjent for å forbygge sykdomsutvikling og fremme fysisk og mental helse (Law, 2002).

Med eldre menneske personer over 67 år. Biologisk aldring er felles for alle levende organismer og er innbygget i kroppens celler. Alle kroppens organer påvirkes hva angår reservekapasitet og reguleringsmekanismer, samt svekkelse av syn, hørsel etc. Psykologisk aldring innebærer redusert evne til problemløsning og å lære, endringer i hukommelse og intelligens, samt at det skjer endringer i selvbildet. Våre karaktertrekk holdes ganske stabile livet gjennom. Aldring har også en sosial dimensjon i forhold til endringer i sosiale roller innen arbeids- og familieliv (Kirkevold et al., 2008).

Følelsen av å være gammel kan oppstå når kroppslige plager reduserer evnen til å gjøre ting like raskt som tidligere, samt leve slik vi ønsker. Omgivelsenes holdninger bidrar til ens egen oppfatning av seg selv som gammel (Kirkevold et al. 2008). Myter omkring alderdom kan forbinde eldre med klokskap, livserfaring og gode historiefortellere (Skaare, 2012) eller syk,

utenfor og forhenværende etc. (Kirkevold et al. 2008). Dette til tross for at aldringsprosessene hva angår helsesvikt, tap og livsendringer innebærer stor evne til tilpasning og mestring. Eldre avstemmer og tilpasser mål og ressurser ut i fra mulighetene for realisering. Kroppens aldring innebærer endring, men mange eldre føler seg som da de var unge (Kirkevold, et al. 2008). Sykdom og redusert funksjon er regnet som hovedårsaken til at eldre mennesker ikke medvirker, men også de fysiske omgivelsene rundt påvirker. I tillegg antas sosiale faktorer å spille en rolle hva angår holdninger, helsetjenester og politisk linje, slik som for unge med funksjonshemninger (Vik et al., 2007).

Mennesker kan ikke forstås helt uten at man ser tilbake på livsforløpet til den enkelt. Dette i tillegg til de livserfaringer og den generasjon man er av og som angir sett av sosialt definerbare hendelser, roller og kontekster man har levet i og under. Aldring innebærer en reorientering hva angår tidsperspektiv i forhold til liv og død, i og med at man har mer levd liv bak seg enn foran seg. Livsområdene til eldre består av familieliv, arbeidsliv og fritidsliv som går over i hverandre og påvirker livsløpet. Det gir mening til livsutfoldelse, samt preges av kjærlighet, lyst, ansvar og plikt (Thorsen, 2005)

Aldring innebærer tap av nær familie og venner, fysisk og psykisk helse, yrkesrolle, funksjonsnivå, samt å kanskje måtte flytte fra hus og hjem til omsorgsbolig/sykehjem. Dette anses som naturlige livsendringer, men som like naturlig også fremkaller sorg- og krisereaksjoner, samt kan redusere selvfølelse og gi depresjon. Mange har i tillegg mistet noen av sine nære i ung alder, samt har sterke minner fra annen verdenskrig hvor nære og kjente ble drept eller satt i konsentrasjonsleir. Mange av disse opplevelsene er ikke bearbeidet fordi det ikke var vanlig å snakke om slikt med barn, samt at barn ikke deltok i begravelser. Eldre ser livene sine i et livsløpsperspektiv og mange har behov for å fortelle sin livshistorie, samt få hjelp til å sortere tapsopplevelser livet har gitt (Tvedt, 2005).

Eldre mennesker har mye av sin stolthet og identitet knyttet til å gjøre nytte for seg og at andre har bruk for dem. Det at eldre får fortelle hva de har utrettet i løpet av livet blir dermed en måte å bekrefte deres verdi og identitet på (Tvedt, 2005). Mange mottar både uformell hjelp, som relateres til familie og venner, og formell hjelp som relateres til assistanse fra det offentlige hjelpeapparatet eller private- eller offentlige organisasjoner. De fleste har flere hjelpere av både uformell og formell art, men ofte er det en som har hovedansvaret,

eksempelvis et familiemedlem. Den skandinaviske velferdsmodellen er i all hovedsak bygget opp de siste 40 årene (Romøren, 2005) og de siste årene har det vært en helsepolitisk målsetning å styrke hjemmetjenestene, bygge flere omsorgsboliger og styrke sykehjemmene (St. meld. nr. 50 (1996-97), 1996). Familien yter gjerne praktisk hjelp og sosial støtte, mens det offentlige sørger for de tyngre pleieoppgavene (Romøren, 2005).

Vi er alle en del av samfunnet via sosiale nettverk og roller, som innebærer forventninger og oppgaver som tilligger en bestemt posisjon i samfunnet. Roller og overganger i eldre år innebærer utgang og endring fra etablerte roller, eksempelvis tap av yrkesrolle ved pensjonering (normativ rolle) eller tap av ektefelle, venner og helse (ikke-normativ). Inngang i nye roller kan eksempelvis være som pasient eller klient. Slike overganger krever mestring og tilpasningsevne. Eldre har fortsatt en viktig posisjon i familien i vårt samfunn noe som uttrykkes via sosial kontakt, gjensidig hjelp og emosjonell nærhet. Eldre inntar også selv hjelpe-roller, spesielt hva angår økonomisk bistand til barn og barnebarn og det å bidra økonomisk styrker eldre menneskers posisjon innad i familien (Daatland & Solem, 2011).

3.2 Helsepolitikk

De fleste eldre klarer seg selv og det er først når helseplagene og/eller sykdom blir så omfattende at den gamle og dennes familie ikke lengre håndterer situasjonen at helsevesenet kommer inn i bildet. Det har vært rettet massiv kritikk mot kvaliteten på eldreomsorgen de siste årene, noe som er bekymringsfullt grunnet det forventede økende antallet eldre i årene som kommer (Kirkevold, 2005). Et utvalg oppnevnt av Sosial- og helsedepartementet i 1995 påpeker flere årsaker til kritikk; Fra et pasientperspektiv innebærer kritikken manglende kvalitet og tilgjengelighet. Sykehusene på sin side savner økonomi til å forbedre systemer for mål- og resultatstyring, samt ivareta kompetanseutvikling og undervisning. Helsepolitisk, påpekes skjev tilgang på helsetjenester i regionene, samt sviktende rekruttering av sykepleiere og leger ute i kommunene (NOU 1996:5, 1996).

Forskning gir et flertydig bilde av sammenhengen mellom funksjonstap, omsorgsbehov og levealder. Levekårsundersøkelsen (1985 for 1998) antyder en bedring av eldre sin funksjonsevne (Botten, Hagen & Waaler, 2000.). Samtidig forteller SWEOLD-studien at økt levealder ikke nødvendigvis tilsier flere friske leveår og at eldre i alderen 77-98 år sin helse er dårligere i 2002 enn 1992 (Thorslund, 2003). 90-åring lever nå 1,2 år lengre enn på 1980-

tallet, og levetiden etter alvorlig funksjonstap er 2,8 - 3,2 år for kvinner og 1,8 år for menn (Romøren, 2001). Dette indikerer at den eldre befolkningens hjelpebehov i årene framover vil holde seg relativt stabilt (St.meld. nr. 25 (2005-2006), 2005).

Fordelingen av goder kan fortelle noe om hvilket verdier som råder i samfunnet, og utgjør dermed et viktig grunnlag for det psykososiale samfunnsklimaet og derigjennom helsen vår. Dette betyr at en kombinasjon av økonomisk vekst og rettferdig ressursfordeling, samt forbedringer av hygienisk og sosial art bedrer befolkningens helsevilkår (Fugelli & Ingstad, 2009). Rammevilkårene for befolkningens helse bestemmes helsepolitisk både globalt, nasjonalt og lokalt og berører de fleste livsområder; mat, levekår, samferdsel, kultur- eller helse, arbeid, utdanning, inntekt, bolig, mat og miljø (Mæland, 2010).

Allerede i 1946 ble det påpekt fra Verdens helseorganisasjon (WHO) sin side at helse ikke bare dreide seg om fravær av sykdom, men også innebar psykiske og sosiale aspekter.

Dette ble innlemmet i WHO sin definisjon om helse som;

«... fullstendig fysisk, mental og sosialt velbefinnende ...».

(WHO, 1946)

Denne definisjonen ble senere nedtonet og helse ble i 1986 omdefinert til å være;

«... en ressurs for menneskets dagligliv, ikke målet i seg selv ...».

(WHO, 1986)

Norge deltar i internasjonalt samarbeid med WHO og EU hvor det søkes å realisere og videreutvikle sentrale helsepolitiske målsetninger via multilateralt og bilateralt arbeid (Prop. 1 S (2013–2014), 2013). Norsk helselovgivning gjenspeiler WHO sin holdning, der medvirkning og mestring av hverdagens utfordringer anses som viktige aspekter ved det å eie helse (Mæland, 2010). Hovedtrekkene i norsk helsepolitisk arbeid funderes i sentrale dokumenter som tydeliggjør myndighetenes ansvar og rolle i dette arbeidet, samt påpeker verdien av faglig og folkelig innsats (Mæland, 2010). Blant annet;

St. meld. nr. 20 (2006-2007), 2006) Nasjonal strategi for å utjevne sosiale forskjeller beskriver strategier og virkemidler for å utjevne og redusere sosiale helseforskjeller i befolkningen. Videre, gi tilpassede helsetjenester til grupper som står i fare for sosial utstøting og styrke befolkningens kunnskaper om sosiale helseforskjeller. St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2008) Samhandlingsreformen beskriver ønsket arbeidsfordeling og økonomisk ressursfordeling mellom sykehus og kommunal helsetjeneste hva angår fremtidige helseutfordringer med den forventede, økende eldre befolkningen. Meld. St. 34 (2012–2013, 2012) Folkehelsemeldingen sier, blant annet, at medvirkning og lokal befolkningsdeltakelse (individuell, offentlig- eller privat sektor) er viktig i forbindelse med forebyggingsarbeid innen helse- og omsorgssektoren. Folkehelsemeldingen sier; «*Det må være en balanse mellom fellesskapets ansvar for befolkningens helse og den enkeltes ansvar for egen helse og myndighet og innflytelse over eget liv*» (Meld. St. 34 (2012–2013, 2012, s 13). Men hva denne balansen innebærer virker noe uklart.

Helse kan oppnås via fire politiske-, forebyggende,- og samfunnsmessige virkemidler; Virkemidler som beskytter og regulerer, informerer og motiverer, tilrettelegger og sikrer velferden og som utvikler og mobiliserer befolkningen til økt samfunnsdeltakelse (Mæland, 2010).



Ot.prp.nr. 73 (2008-2009) definerer folkehelse:

«*Med folkehelse menes befolkningens helsetilstand og hvordan helsen fordeler seg i en befolkning.*»

(Ot.prp.nr. 73 (2008-2009), 2008, s. 6).

Folkehelsearbeid innebærer å arbeide mot en jevnere fordeling av goder, fremme helse, trivsel, forebygge sykdom og beskytter mot ulike helsetrusler (Ot.prp.nr. 73 (2008-2009), 2008). De samfunnspolitiske holdningene i Norge kommer til uttrykk blant annet gjennom vektlegging av pasientmedvirkning i helselovgivningen, samt funksjonen helsepersonell innehar hva angår i ivareta pasientenes demokratiske rettigheter når det gjelder informasjon, anerkjennelse og deltakelse (Sidsel Tveiten, 2012). I forhold til pasientmedvirkning og av interesse for studien her nevnes;

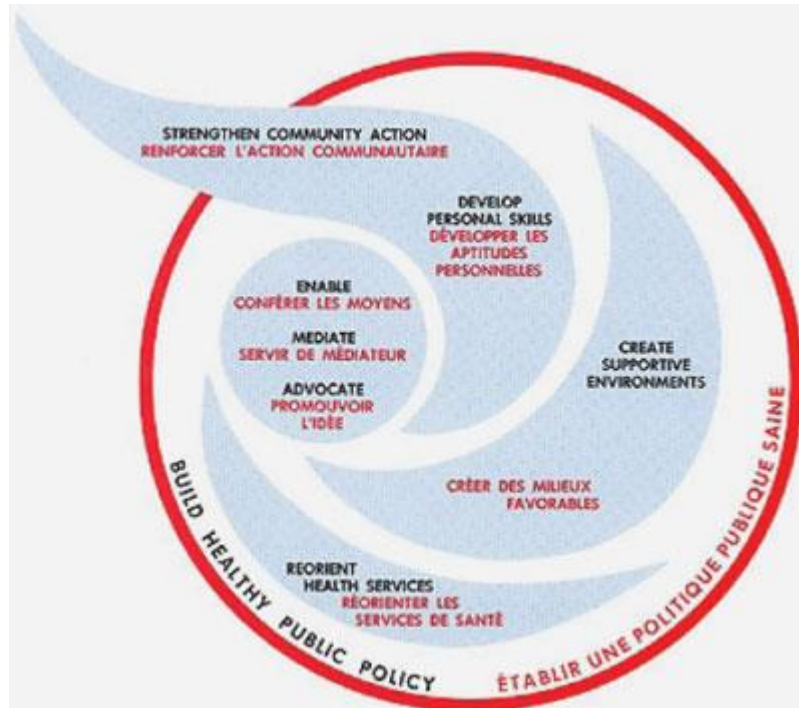
- LOV 1999-07-02 nr. 63: Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasientrettighetsloven) som, blant annet, omhandler pasientenes rett til medvirkning og informasjon
- LOV 1999-07-02 nr. 64: Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) som vedrører helsepersonells informasjonsplikt og krav til yrkesutøvelse m.m.

Aldring må ses som en naturlig del av livet både samfunnsmessig og kulturelt, og innebærer å se på rollene eldre tildeles i samfunnet. Redusert funksjonsevne bør heller ikke sykeliggjøres og lage barrierer for eldre sin samfunnsdeltakelse (Meld. St. 29 (2012–2013), 2012).

Helsepolitikk rettet mot den eldre befolkningen har som målsetting å fremme trygg og aktiv aldring gjennom bekjempelse av aldersdiskriminering, tilrettelegging for lengre deltakelse i yrkeslivet, samt å fremme samfunnsdeltakelse. Den lokale samfunnsplanleggingen skal bidra til økt deltakelse og autonomi gjennom tilgjengelighet hva angår transport, kulturelle og frivillige aktiviteter. Helse- og omsorgstjenesten skal vektlegge mestring og forebygging (Prop. 1 S (2013–2014), 2013). Samfunnsmessige tilpasninger av trafikk, boligmasse og arbeidsliv anses viktig (Daatland & Solem, 2011)

Brosjyren «Eldrepolitikk – en politikk for aktiv alderdom» (1985) meldte et behov for aktiv alderdom, der eldre fikk et aktivt forum for deltakelse og styrking av fagkompetanse vedrørende eldreomsorg. I en erkjennelse av eldre menneskers manglende representasjon i politiske organer kom lov om lokale eldreråd (eldrerådsløva) (LOV-1991-11-08-76) som gav eldre større mulighet til innflytelse og medvirkning i lokaldemokratiet. Hvorvidt eldrerådene fungerer etter intensjonen er uvisst og dagens eldrepolitikk dreier seg for en stor del om hvordan eldreomsorgen skal finansieres i årene som kommer. I tillegg til å besitte ubenyttet kompetanse, utfører eldre også lite synlig, ulønnet arbeid i familie og nærmiljø. Eldrepolitikken vil muligens måtte endre seg med nye generasjoner eldre, som antakeligvis vil

stille høyere krav hva angår individualisering og autonomi, samt standarden på helsehjelpen som mottas (Daatland & Solem, 2011).

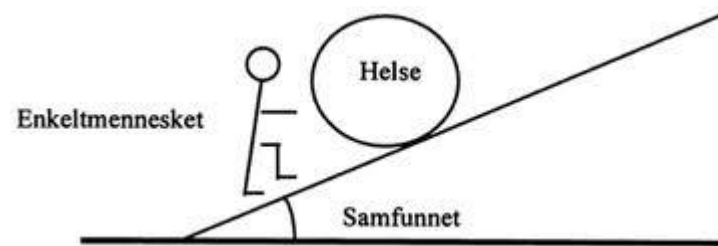


3.2.1 Helsen i Norge

Som følge av bedre levekår oppnår flere svært høy alder, samtidig som det fødes færre barn. Dette får konsekvenser for hva eldre skal leve av og hvordan samfunnet kan organisere behandling og omsorg av dem. Eldre enker og enkemenn med barn får gjerne praktisk hjelp fra familien, mens eldre uten barn er mer avhengig av det offentlige hjelpeapparatet (Romøren, 2005).

Som tidligere nevnt, tilsier ikke økt levealder nødvendigvis flere friske leveår (Thorslund, 2003). Likevel anses helsen til den norske befolkningen som sådan å bli bedre, og de sosiale forskjellene gjenspeiles i helseatferd og samfunnsutvikling. Den største sykdomsbyrden relateres i dag til kronisk sykdom, til forskjell fra tidligere hvor infeksjonssykdommer dominerte (Ot.prp.nr. 73 (2008-2009), 2008). Husholdninger med høy sosioøkonomisk status har bedre helseatferd, mindre plager og er mindre hjelpetrengende enn de med lavere ressurser (NOU 2009: 19, 2009). Det fortelles videre i forhold til egenvurdert helse at 4 av 5

opplevde seg ved god eller meget god helse. 9 % av de med sykdom vurderte helsen sin som dårlig. Muskel- og skjelettsykdommer, hjerte-/kar-/ og åndedrettslidelser forekommer hyppigst, sammen med psykiske plager, bevegelsesvansker, funksjonshemminger og øye- og ørelidelser. Kvinner er utgjør en høyere andel enn menn på de aller fleste områder (Statistisk Sentralbyrå, udatert). I 2012 var det 310 000 uførepensjonister her i landet og antallet hadde da en økning på 1,1 % fra 2011 (NAV, 2013). Nedsatt funksjonsevne er det helseområdet som utgjør størst behov for helse- og omsorgstjenester blant de eldste (NOVA, 2009) og eldre personer (18 %) opplever oftere varige praktiske og sosiale konsekvenser av sykdom enn yngre. Med alderen øker behovet for hjelp. 4 % av befolkningen mottar daglig omsorg i form av stell og tilsyn fra andre husholdningsmedlemmer. De eldste kvinnene (80 år og eldre) mottok i 1995 mindre omsorg fra andre i husholdningen, sammenliknet med 1985 (Statistisk Sentralbyrå, 1999). Røyking og fysisk inaktivitet er mest utbredt blant de med lav utdanning. Alkoholforbruket er størst blant de med høyere utdanning (NOVA, 2009).



3.3 Helsebegrepet

Folkehelsearbeid innebærer samfunnets ansvar for å beskytte, styrke og fremme, samt forbedre eldre og befolkningens helse, via sykdomsforebyggende og helsefremmende intervensjoner. Dette er intervensjoner/perspektiver som tradisjonelt har hatt noe ulike tilnærminger. Hvordan perspektivene forstås er avhengig av hvordan man definerer helse, samt hva man mener påvirker helse (Mittelmark, Kickbusch, Rootman, Scriven & Tones, 2012), noe som kan få betydning for eldre menneskers medvirkningsmuligheter. Fugelli & Ingstad (2009) sier allmenn oppfatning av helsebegrepet relateres til helsefremmende, salutogene faktorer i livet, med utspring i kultur, verdier, holdninger, sosialt ståsted og tradisjoner, samt helsevesenets syn og forvaltning av helse og sykdom. Studien Helse på

norsk (2009) gir et inntrykk av hva helse kan innebære for folk; trivsel, funksjon, livskraft og fravær av sykdom m.m. (Fugelli & Ingstad, 2009).

Helse kan forstås og defineres på flere måter; Den biomedisinske modellen, hvor sykdom ses som funksjonsfeil i organ(er) og helse som fravær av feil, den sosialmedisinske modellen som kan relateres til WHO sin definisjon og hvor helse ses som sosialt skapte og erfarte forhold, adaptasjonsmodellen som anser helse som likevekt mellom kropp, sjel, åndelighet og sosialt miljø og den subjektive, eksistensielle modellen hvor helse forstås som del av menneskets eksistensielle opplevelse av seg selv (Fugelli & Ingstad, 2009).

Denne studien tar utgangspunkt i perspektivene helse som fravær av sykdom (biomedisinsk modell), helse som ressurs og helse som velbefinnende (sosialmedisinsk modell) (Mæland, 2010);

	Som fravær av sykdom	Som en ressurs	Som velbefinnende
Tilstand	Å være	Å ha	Å fungere
Beskrivelse	Fravær av sykdomstegn og symptomer	Robusthet, styrke og motstandskraft	Opplevd velvære, aktiv og gode relasjoner
Relasjon til sykdom	Ødelegges av sykdom	Gir motstand mot sykdom	Kan oppleves til tross for sykdom

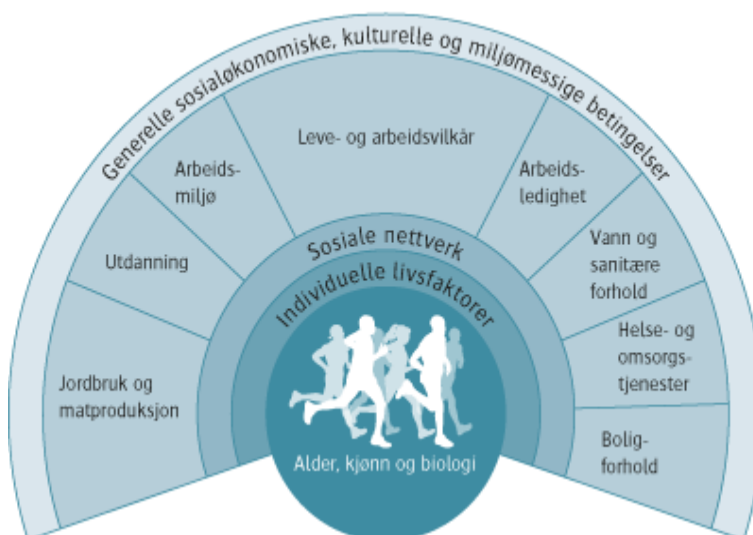
(Mæland, 2010, s. 25)

Helsedefinisjonene klassifiseres inn i prinsipper som danner kontraster hva angår positive og negative kvaliteter. De positive innebærer mestring, trivsel og energi. De negative innebærer fravær av helse. Av interesse for studien her klassifiseres eksempelvis den biomedisinske modellen som reduksjonistisk (negativ) og den sosialmedisinske modellen som holistisk (positiv) (Fugelli & Ingstad, 2009).

Hva angår den sosialmedisinske modellen kan helse påvirkes gjensidig av fire hovedmomenter; Genetiske og biologiske faktorer, atferd og psykologisk væremåte, miljø og omgivelser, samt forebyggende tiltak, behandling, omsorg og pleie. Disse elementene anses å

være bestemmende for vår sårbarhet/robusthet i forhold til utvikling av sykdom (Mæland, 2010).

Illustrasjon av ulike påvirkningsfaktorer for helse



www.askerkommune.no, 18.02.2014

Som nevnt ovenfor relateres helse som fravær av sykdom til den biomedisinske (sykdomsforebyggende) forståelsen og forklarer sykdom som funksjonsfeil i en «standardisert normaltilstand», hvor helse anses som fravær av sykdom og/eller «feil» (Fugelli & Ingstad, 2009). Det å utvikle sykdom (patogenese) anses kroppslig forankret (disease) (Mæland, 2010), altså i hvilken grad individet er friskt eller sykt. Helsehjelpen består i å forebygge og/eller behandle sykdom (Mittelmark et al., 2012). Helsebegrepet innenfor den biomedisinske tradisjonen relateres til et reduksjonistisk syn på mennesket, hvor menneskets helse blir redusert til og vurdert ut fra objektive funn på sykdomstilstand (Fugelli & Ingstad, 2009). Dette innebærer et paternalistisk (umyndiggjørende) syn (makt) der ekspertene innehar kunnskapen; forestår diagnostisering, riktig behandling, samt risikovurdering og behandler pasienten kun ut fra dette perspektivet. Sykdomsforebyggende arbeid innebærer å forebygge og redusere risikofaktorer for sykdom, sette i verk mottiltak for å forhindre alvorlig sykdom, samt redusere omfanget av kroniske lidelser og infeksjonssykdommer (Mittelmark et al., 2012).

Fugelli & Ingstad (2009) argumenterer fram en forståelse av et samfunn der det helsefremmende perspektivet kommet i bakgrunn av det sykdomsforebyggende arbeidet, noe som har påvirket hvordan helse ses, helsepolitikk, helsearbeid- og opplysning. Dette vedrører også eldre mennesker.

Endringer i samfunnets sykdomsbilde retter helsebegrepet mot helsefremmende arbeid og salutogenese og vedrører dermed også det som styrker og danner motstandskraft mot sykdom (Mæland, 2010), se kapittel 3.4. Helse ses i dette perspektivet som en sosial, subjektiv og eksistensiell tilstand hvor tilfriskning påvirkes av sosiale miljøforhold (Fugelli & Ingstad, 2009). Helsefremmende arbeid berører også samfunnsforhold som vedrører enkeltindividets medvirknings- og valgmuligheter. For å skape et helsefremmende samfunn for eldre og befolkningen ellers bør det helsefremmende arbeidet innebære politiske føringer som tilrettelegger for den enkeltes deltakelse i og kontroll over eget liv og helse på alle samfunnsnivåer og sektorer (Mittelmark et al., 2012). Helsefremmende arbeid involverer oppfatningen av helse som ressurs og som velbefinnende. Helse som ressurs innebærer at folk opplever helse som en motstandskraft, styrke og mestring og ikke kun som et fravær av sykdom. Helse som velbefinnende innebærer livskvalitet og deltakelse, opplevelse av samhørighet, selvfølelse og å ha en grunnstemning av glede/lykke. Begge oppfatningene kan relateres til Antonowsky og salutogenese (Mittelmark et al., 2012), se kapittel 3.4. Illness relateres til den subjektive opplevelsen av å oppleve seg syk, hvor sykdom ikke nødvendigvis trenger å påvises objektivt. Dette til forskjell fra en tradisjonell biomedisinsk oppfatning av helse/uhelse, hvor pasienter som subjektivt opplever seg syke uten at dette er objektivt påvisbart, vil kunne bli møtt med holdninger som ekskluderer deres opplevelse av seg selv som syk (Mittelmark, 2012). Sickness tilskrives samfunnets måte å definere sykdom på, altså hva som anses som sykt i en sosial, samfunnskulturell sammenheng. Sickness relateres til hvordan ulike sykdommer defineres, reageres på og behandles i samfunnet, samt hvordan den enkelte oppfatter seg selv i en sosial kontekst. Helsevesenet innehar en funksjon som normgiver i samfunnet, hva angår holdninger overfor ulike pasientgrupper (Mittelmark et al., 2012), som eksempelvis eldre.

Helsefremmende arbeid gjøres ut i fra tre hovedstrategier; 1) Man kan arbeide helsefremmende gjennom samarbeid med grupper eller enkeltindivider og slik bre helsefremmende kunnskap og ressurser, samt øke mulighetene for større politisk påvirkning

(*enabling*). 2) Man kan sette helsefremmende budskap på dagsorden (*advocacy*), enten via media eller påvirkning av politiske prosesser (*lobbying*) eller ved mobilisering av grasrotbevegelser i lokalsamfunnet. 3) Arbeide for økt samarbeid enten på tvers av ulike sektorer eller mellom lokalbefolkningen og offentlig tjenesteapparat (*mediate*) (Mæland, 2010). Strategiene forstås som ulike tilnærminger og måter å tenke på hva angår tilrettelegging for god helse.

I enkelte sammenhenger er helsefremmende arbeid nært forbundet med sykdomsforebygging, og helsefremming kan dermed involvere begge begrepene (Gammersvik & Larsen, 2012).

Veien fra reduksjonismen mot et mer holistisk syn har utvidet helsebegrepet til også å gjelde begrepet livskvalitet, sett i forhold til sykdom og sykdomsutvikling (Fugelli & Ingstad, 2009).

Helse oppstår i samspill mellom miljøet og mennesket i ulike livsfaser. Moralske, sosiale og økonomiske samfunnsstrukturer har derfor stor betydning for den enkeltes utdannings- og inntektsnivå, noe som igjen påvirker vår helse, sammen med familieforhold, arbeidssted, lokalsamfunn og helsetjenester (Fugelli & Ingstad, 2009). Denne forståelsen av helsebegrepet understøttes også av Antonovsky (2012) som vektlegger salutogenese og mestring.

3.4 Mestring

Salutogenese innebærer at fokuset rettes mot og styrker de betingelser og motstandsressurser som skaper helse, og dermed motstandskraft mot negative faktorer (Antonovsky 2012). Eldre menneskers motstandskraft (resilience) innebærer opplevelse av trivsel og evne til tilpasning, tross tapt helse, samt tap av sosial og økonomisk art. Blant eldre skilles det gjerne mellom to former for mestring; Problemfokuset mestring som relateres til handlinger som fjerner stressituasjonene (aktiv mestring) og emosjonsfokuset mestring (passiv mestring) som innebærer psykisk bearbeiding med hensikt å unngå følelser som angst, fortvilelse, skam og sorg. Ofte endrer mestringsstilen seg fra problemfokuset til emosjonsfokuset mestring i eldre år. For de eldste eldre reduseres evnen til å tilpasse seg endringer og de opplever lavere livskvalitet og færre positive følelser (Daatland & Solem, 2011). Samtidig opprettholder likevel mange livskvalitet gjennom å redusere sine forventinger og betydningen av ulike livsområder (Hansen & Slagsvold, udatert).

Mestring kan defineres som atferd og mentale anstrengelser for å håndtere en vanskelig situasjon (Daatland & Solem, 2011). Helse blir slik en ressurs som kan brytes ned eller bygges opp gjennom livets faser (Mæland, 2010). Den enkeltes mestringsressurser beror på både medfødte egenskaper og hvilke betingelser personen(e) lever sine liv under, og spenner seg fra basale fysiologiske behov til muligheter for selvrealisering og vekst (Mæland, 2010). Dette er helsedeterminanter som kan relateres til opplevelse av sammenheng (OAS), hvor indre sammenheng (begripelighet), hensiktsmessig balanse (håndterbarhet) og medbestemmelse (meningsfullhet) til sammen utgjør en opplevelse av sammenheng ved ulike livsopplevelser. Disse aspektene fremstår som viktige for helsen og forteller hvor på skalaen mellom sykdom og helse en person befinner seg (Antonovsky, 2012). Antonovsky (2012) skriver videre at et biomedisinsk, reduksjonistisk fokus på sykdom snevrer inn oppfatningen av mennesket og man mister dermed forståelsen av de bakenforliggende årsakene til sykdomsutvikling eller tilfriskning hos en person. Den dypere forståelsen som den salutogene tilnærmingen gir, påvirker positivt for hvor på skalaen mellom sykdom og helse personen befinner seg (Antonovsky, 2012).

Hvor godt man mestrer avhenger av hvor krevende situasjonen oppfattes og i hvilken grad personen opplever støtte eller ikke. Mestring innebærer både fysiske og psykiske egenskaper og avhenger av oppfatningen av egen påvirkningskraft, samt hvordan man tolker, oppfatter og handler i situasjonen (Daatland & Solem, 2011). For helsepersonell innebærer dette sensibilitet hva angår den subjektive opplevelsen av å være syk, samt et etisk ansvar for «den andre» (Nortvedt & Grimen, 2009). Dette omhandler berørthet og empati når livs fenomener som kan vedrøre kulturelle, etiske eller eksistensielle spørsmål omkring dagliglivets fenomener og vår relasjon til samfunnet og omgivelsene viser seg (Martinsen, 2006), i ulike livssituasjoner og ved sykdom eller smerte hos pasienten. Mestring aktualiserer slik dialog og sykepleierens pedagogiske funksjon hva angår å gi pasienten kunnskaper og holdninger som leder til økt mestringsopplevelse og livskvalitet. En slik ressursorientert strategi innebærer en erkjennelse av at menneskets læring og mestring avhenger av sosiale forhold og personlige egenskaper (Tveiten, 2008).

Nåtidens interesse for de sosiale faktorenes betydning for helsen og fokuset på den enkeltes ansvar for egen omsorg involverer empowermentfilosofien i det helsefremmende, salutogene perspektivet hva angår brukermedvirkning (Mæland, 2010).

3.5 Empowerment

Tidligere ble empowermentbegrepet assosiert med protestbevegelser og venstreradikalt, sosialt arbeid, som bekjempet diskriminering og fattigdom (Askheim & Starrin, 2007). Dagens empowermentbegrep innebærer å hjelpe mennesker i utsatte livssituasjoner, avgjøre hvilke holdninger som skal gjøres gjeldende i helsefremmende arbeid, samt understreker betydningen av delaktighet i egen situasjon (Askheim & Starrin, 2007). Fravær av empowerment relateres til å ikke ha kontroll i eget liv, fremmedgjorthet og lært hjelpeløshet (Tveiten, 2007). Noe som bør få betydning i interaksjoner med eldre mennesker som tilkjenner en negativ eller pessimistisk holdning (Stabell, 2005).

Empowerment kan beskrives som «... *det å vinne makt og kontroll over ...*».



www.engerdalkommune.no, 21.02.2014

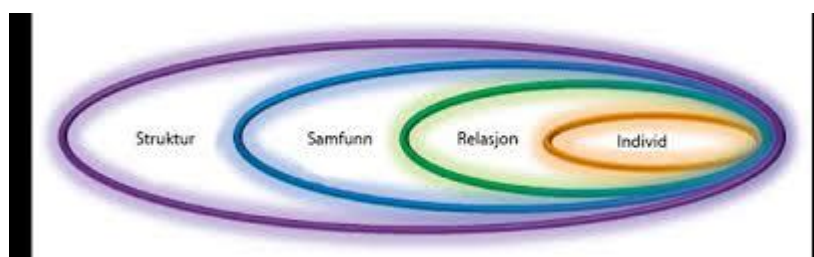
Empowermentideologiens prinsipper innebærer; medvirkning, maktfordeling og pasienten som ekspert på seg selv (Tveiten, 2012). Ideologiens hovedtilnærminger inndeles i empowerment som etablering av motmakt (systemperspektiv) og individorienterte tilnærminger. Den individorientert tilnærmingen rettes mot å styrke pasientens atferd og egenkraftmobilisering gjennom økt forståelse for sammenhenger mellom livssituasjon og samfunnsstrukturer (Myhra, 2012). Systemperspektivet vedrører pasientmedvirkning på systemnivå og innebærer kollektiv mobilisering av motmakt mot samfunnsstrukturer som definerer og kontrollerer ulike grupper (Askheim, 2012), eksempelvis helsepersonells syn på eldre (definisjonsmakt).

Felles for de ulike tilnærmingene er et grunnleggende positivt syn på mennesket som aktivt, handlende og kompetent til å endre omgivelsene til beste for seg selv hvis forholdene legges til rette. Empowerment har også en emosjonell dimensjon som dreier seg om emosjonell energi, stolthet og skam. Emosjonell energi oppstår i sosiale sammenhenger der vi fylles med glede, samhold, selvtillit og handlekraft. Motsatt, tømmes vi for emosjonell energi og føler mislykkethet og usikkerhet i forhold til rett handlingsmåte. Skam og stolthet beskriver de følelsesmessige båndene i sosiale interaksjoner. Stolthet gir høy emosjonell energi, mens skam relateres til lav emosjonell energi og det å se seg selv i negativt lys og/eller forvente negativ reaksjon fra andre. En viktig forutsetning for utvikling av empowerment er altså å vende skam til stolthet over den du er, og derigjennom ta makt og styring i eget liv (Askheim, 2012). Empowerment kan altså slik sett knyttes til menneskers følelsesliv hvor deltakelse og berørthet, kan innebære en forutsetning for opplevelse av livsglede- eller sorg hos den andre (Martinsen, 2006). Dette vedrører også hvordan helse forstås og hvordan ulike sykdommer/livssituasjoner defineres som skambelagte i samfunnet (Askheim, 2012) og hvordan disse pasientgruppene imøtekommes av helsepersonell og ellers i samfunnet, eksempelvis syke eldre mennesker, se også kapittel 3.3.

Dette aktualiserer Foucaults beskrivelse av diskursbegrepet, der konstruerte tenkemåter danner «sannhetsregimer» for hvordan et fenomen defineres og oppfattes, og som folk tenker, handler og lever ut fra. Foucault omtaler også «den andre», altså avvikerer. Slik sett blir profesjonene (her helsevesenet) en viktig faktor hva angår definisjonen av ulike pasientgrupper (her eldre mennesker) i samfunnet (definisjonsmakt). Dette fordi befolkningen (også eldre) vil ta opp i seg «de rådende sannheter» og både definere og bli definert ut fra dette (governmentality). Dette kan, ifølge Foucault, sammenlignes med pastoral makt utført via veiledning og omsorg (Askheim, 2012).

Empowerment som etablering av motmakt vedrører sammenhengen mellom samfunnets organisering og struktur i forhold til befolkningens livssituasjon, individuelt og som sådan. Samfunnsstrukturen anses her som menneskeskapte, historiske prosesser som bestemmer graden av makt og kontroll vs. avmakt hos befolkningen. Menneskeskapte samfunnsstrukturer kan endres ved økte kunnskaper og bevissthet om sammenhengen mellom egen livs,- og avmaktssituasjon og samfunnet rundt i befolkningen. Et viktig moment her er Freires (1974)

tese om at de som befinner seg i en avmaktssituasjon også preges og internaliserer de gjeldende, undertrykkende samfunnsholdningene og slik også blir sine egne undertrykkere. Bevisstgjøring vedrørende politiske, økonomiske og sosialt undertrykkende forhold er derfor ment å skape grunnlaget for handling og motarbeiding av samfunnsforhold som skaper disse avmaktssituasjonene (Askheim, 2012). Dette kan skje eksempelvis gjennom arbeid på kollektivt nivå (Myhra, 2012) eksempelvis i forhold til eldre. Styrkingen kan foregå ved samhandling mellom aktører på samme nivå (horisontal empowerment) eller styrking oppover i hierarkiet (vertikal empowerment), samt via grasrotorganisasjoners bekjempelse av maktstrukturer (motmakt) (Askheim, 2012). På individnivå innebærer empowerment som etablering av motmakt å øke kunnskaper og ferdigheter slik at den det gjelder kan stå fram som politisk aktør for seg selv og sin livssituasjon, eksempelvis gjennom elderråd (Askheim, 2012). Dette kan innebære å utfordre intolerante samfunnsholdninger. Økonomisk kan empowermenttrettet arbeid vedrøre en mer rettferdig ressursfordeling og på politisk nivå å gi undertrykte økt representasjon og beslutningsmyndighet (Askheim, 2012).



https://www.google.no/search?q=maktperspektivet&source=lnms&tbm=isch&sa=X&ei=d2gHU9j0M8XnywPQm4GwAw&ved=0CAcQ_AUoAQ&biw=1920&bih=1080

De individorienterte tilnærmingene vedrører å styrke og utvikle iboende krefter og ressurser hos enkeltmennesket, uten at dette settes inn i en samfunnsmessig kontekst. Gjennom økt selvtillit og styrke kan den enkelte realisere seg selv, samt vinne større makt og kontroll over sin livssituasjon. De individorienterte tilnærmingene deles inn i markedsbasert konsumorientering, empowerment som individuell selvrealisering og som terapeutisk posisjon. Den markedsbaserte konsumorienterte tilnærmingen relateres til markedsmodeller og tanken om individet som selvstendig, kompetent og fritt til å velge selv. I helsesammenheng anses den enkelte å inneha en kunderolle i forhold til tjenesteapparatet,

som tilpasser sine tjenester etter kundens (pasientens) behov, mens velferdsstaten ses på som umyndiggjørende. Denne tilnærmingen til empowerment innbefatter også oppfatning av empowerment som individuell selvrealisering, med fokus på enkeltindividets livsverden, positiv tenkning og selvutvikling. Avmakt ses her som individuelle, mentale fenomener og det blir viktig å nå fram til det «autentiske individet». Denne orienteringen mot empowerment har spesielt fått fotfeste innenfor helsefagene. Empowerment som terapeutisk posisjon innen helse- og sosialsektoren vedrører fellesskap gjennom selvhjelpsgrupper som styrker evnen og muligheten til deltakelse og mestring av egen livssituasjon og endringsprosess (Askheim, 2012).

Samfunnsmessige barrierer forsvinner ikke selv om en person er «empowerd». Dette innebærer at empowermenttrettet arbeid innen helse- og sosialsektoren bør inkludere både den individuelle tilnærmingen, samt maktforhold og politikk. Arbeidet innebærer da både å hjelpe pasientene til selvstendighet, samtidig som det arbeides for at samfunnsmessige og politiske rammebetingelser rundt pasientene endres (demokratisk modell). Fravær av begge aspektene kan medføre en avpolitisering med manglende oppmerksomhet mot undertrykkende elementer i samfunnet, noe som eksempelvis kan gå ut over eldre menneskers medvirkningsmuligheter. En ren markeds- og konsumentorientert vinkling kan medføre at marginaliserte grupper ikke har mulighet til å kjøpe seg helsetjenester, med redusert valgfrihet og brukerstyring som konsekvens (Askheim, 2012). Den individuelle tilnærmingen relateres til empowermentideologiens utgangspunkt hvor individet tar ansvar for eget liv og rettigheter i form av deltakelse, noe som kan medføre at pasienter blir stående alene med ansvaret og konsekvensene av egne helsevalg. Dette kan skje ved et ensidig fokus på individualisering av ansvar som tildekker strukturelt betingede helseforskjeller. Pasientgrupper som lider av sykdommer eller sosiale problemer med lav prestisje, samt helsepersonells holdninger hva angår verdig- og uverdigg trengende vil da kunne lett bli ekskluderte (Askheim, 2012). Empowermenttenkning står i motsetning til paternalisme hvor velferdssystemets definisjoner av andre menneskers problemer og hjelpebehov gjøres gjeldende og hvor enkeltmennesket settes i båser (Myhra, 2012).

Medvirkning som empowermentprosess anses som en demokratisk omfordeling av sosiale rettigheter (Vatne, 1998) og kan forstås som en dreining fra paternalisme

(sykdomsforebyggende) mot holisme (helsefremmende) hvor fagkunnskap suppleres av erfaringsbasert kunnskap (Tveiten, 2007).

3.6 Medvirkning

Brukermedvirkning er nært forbundet med menneskerettighetsprinsippet om menneskets iboende verdighet (FN-sambandet, 1948), og dermed også helsefremmende perspektiv (3.3), empowerment (3.5), tillit og makt (3.7). Begrepet pasientmedvirkning har sin opprinnelse fra det styringspolitiske skiftet som skjedde på 1960, 1970 og 1980-tallet og ble aktualisert grunnet forvaltningens tilbakemeldingsbehov hva angikk kvalitetsforbedringer og effektivisering (Jenssen, 2012). Pasientmedvirkning er nå en viktig demokratisk rettighet og et begrep som vedrører alle pasientgrupper innen helsesektoren, samt at medvirkningsretten og samtykkeretten er deler av brukerens selvbestemmelsesrett over egen helse (Kandidat 721, 2010). Rettigheter innebærer både å bli tildelt rettsstatus og at denne anerkjennes av andre som en rettighet (Jenssen, 2012). Medvirkning er altså både en juridisk og en faglig etisk rettighet. Rettighetstenkingen vektlegger pasientmedvirkning og pasienten som ekspert på seg selv, noe som får konsekvenser for helsepersonells perspektiv på egen rolle og funksjon (Jenssen, 2012). Etisk involverer medvirkning også autonomi (selvråderett) som vedrører å styrke pasientens muligheter til deltakelse, mestring og selvstendighet, både sosialt og i samfunnet (Bredland, et al., 2012). Autonomi anses både som et etisk og juridisk prinsipp og innebærer et skille mellom faglig kunnskap og hva som etisk sett blir riktig for pasienten i situasjonen. Dette betyr at helsepersonell i vurderingen av hva som faglig sett anses som rett intervensjon, både må vurdere pasientens beslutningskompetanse og ta hensyn til pasientens opplevelse og ønsker. Her kan velgjørenhet og ikke-skade utgjøre viktige etiske prinsipper; Samtidig som pasienten skal kunne velge, skal også helsepersonell gjøre det som er til beste for pasienten. Som helsepersonell kan man da bli stående i et valg om hvilke etiske prinsipper som skal veie tyngst i situasjonen; autonomi vs. ikke-skade/velgjørenhet. Et menneskes autonomi kan variere livet igjennom, men alle har likevel krav på få beholde menneskeverd og integritet (Slettebø & Nordtvedt, 2001). For holdet mellom autonomi og paternalisme utdypes nærmere i kapittel 3.7.

Pasientrettighetsloven kapittel 3, § 3-1 definerer pasientenes medvirkningsrett, samt forteller hva pasientens rett til å medvirke innebærer:

«Pasient og bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgs-tjenester. Pasienten har herunder rett til å medvirke ved valg mellom tilgjengelige og forsvarlige undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningens form skal tilpasses den enkeltes evne til å gi og motta informasjon.

Tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient og bruker. Det skal legges stor vekt på hva pasienten og brukeren mener ved utforming av tjenestetilbud ...».

Pasientrettighetsloven § 3-1

Brukermedvirkning defineres både generelt, på individnivå og på systemnivå. Generelt; som at helsetilbudet utformes i samarbeid mellom pasient og fagfolk. På individnivå; at pasienten skal ha innflytelse på tjenestetilbudet han/hun mottar. På systemnivå; at brukerne og helsepersonell innehar likeverdige roller i samarbeidet. Videre, at pasienten(e) deltar aktivt i planleggings- og beslutningsprosesser hva angår helse- og sosialtjenestenes tjenestetilbud (Jenssen, 2012).

Gjennom utdanning og arbeid sosialiseres helsepersonell inn i helsevesenets systemer noe som påvirker deres forståelse av hva medvirkning innebærer og anses der som «eksperter» (Jenssen, 2012). Dette gir en maktposisjonen i forhold til pasientene som kan påvirke helsepersonells innflytelse og myndighet. Denne maktposisjonen må fratres når pasientenes autonomi (selvstendighet) og medvirkning er målsetningen (Bredland, et al., 2012).

At makt avgis innebærer at helsepersonell tar utgangspunkt i pasientenes interesser, situasjon og behov (brukerorientering). Brukerorientert helsepersonell tar i sitt arbeid utgangspunkt i holisme og brukerperspektivet, altså pasientens kulturelle og individuelle oppfatninger, opplevelse, ønsker og valg (innenfra-praksis), der pasienten anses som en ansvarlig og aktiv samarbeidspartner. Utenfra-praksis skjer der fagfolk fungerer som eksperter på bekostning av pasientenes ønsker og behov, hva angår oppfatninger, tiltaksplaner og målsetninger for pasienten(e). Dette perspektivet tar utgangspunkt i helseinstitusjonens rutiner og gjennomføring av tiltak som helsearbeideren selv har planlagt ut i fra en holdning om at helsearbeideren vet best for pasienten (Røkenes & Hanssen, 2006). Denne orienteringen kan relateres til den biomedisinske forståelse av helse og paternalisme forstått som formynderi. En fagperson kan også være brukerorientert, men ikke innta brukerperspektivet og slik tilsløre

interessemotsetninger og maktforholdet mellom helsearbeider og pasient og dermed legge til rette for misbruk av maktposisjon (Askheim, 2012).

Å ta pasientene på alvor innebærer reell pasientmedvirkning (Røkenes & Hanssen, 2006), noe som gjør medvirkning til et relasjonelt begrep i forhold til gjensidighet i møtet mellom pasient og helsepersonell (Skjefstad, 2012). Dette kan gjøres ved å legge fra seg fagterminologi, akseptere at brukerne kan ha mer kunnskap om sykdommen enn det fagpersonen selv har, samt tilrettelegge for innsyn og informasjon (Bredland, et al., 2012). En respektfull og omsorgsfull ivaretagelse av pasienten(e) innebærer også aktiv lytting på bakgrunn av kunnskaper og empati via selvrefleksjon og selvavgrensning. En utforskning av pasientens opplevelse av eget liv, sammen med faglige vurderinger er viktig for opprettholdelse av et konstruktivt samarbeidsforhold i pasient/helsepersonell-relasjonen (Vatne, 1998).

Brukermedvirkning kan slik forstås som en bestemt holdning fra helsepersonellens side.

Medvirkningsevnen må enkelte ganger bygges opp og graden av medvirkningen må også ses i sammenheng med hvor i prosessen pasienten befinner seg (Bredland, et al., 2012).

Medvirkning beveger seg på en linje fra å kunne ytre sin mening til full beslutningsmyndighet (Jenssen, 2012). Brukeren har kanskje nok med å forholde seg til sin sykdomssituasjon og er ikke i stand til eller ønsker å medvirke (ennå), eller mangler kunnskaper (Bredland, et al., 2012).

Et viktig steg mot medvirkning, og som også involverer empowermentideologiens individuelle tilnærming (kapittel 3.5), er pasientens rett til egen virkelighet. For mennesker med stort bistandsbehov er det ofte helsepersonell som må tilse at pasientene får denne retten.

Det anses viktig at pasientenes rett til å foreta individuelle valg ikke forsvares at helsepersonell stiller seg på sidelinjen og skyver ansvaret for vanskelige avgjørelser over på pasientene. Slike situasjoner kan medføre stor belastning i forhold til å sette seg inn i de ulike valgmulighetene og konsekvenser av disse, som jo pasientene må leve med videre. For fagpersoner innebærer dette eierskap til kravene om pasientmedvirkning og faglig forsvarlighet fordi pasienten skal være i stand til å ta dette ansvaret (Pasientrettighetsloven § 3-1; Helsepersonelloven §§ 4 og 10; Slettebø & Nortvedt, 2006). Medvirkningen skal være tilpasset (Pasientrettighetsloven § 3-1), noe som er viktig for brukerens følelse av trygghet og

støtte (Mekki & Pedersen, 2004). Faglig sett bør man vurdere hvorvidt pasienten(e) er kompetent(e) til å ta en avgjørelse, har fått god nok informasjon, at pasientenes preferanser er konsistente over tid og at pasienten(e) er fri for ytre press. En autonomi (selvstyring) utover pasientens ressurser eller tilfeller der pasientens ressurser ikke anerkjennes kan tilskrives paternalisme (formynderi) og unnlatesynd fra helsepersonell sin side. I enkelte situasjoner vet helsepersonell bedre enn pasienten(e) og må ta avgjørelser på vegne av dem, men målsetningen må være å unngå krenkelser av pasientens integritet (svak paternalisme) (Slettebø & Nortvedt, 2006). Pasientens rett til selvbestemmelse må alltid være det selvfølgelige utgangspunkt. En eventuell begrensning av retten til selvbestemmelse må dokumenteres og begrunnes etisk, faglig og juridisk (Røkenes & Hanssen, 2006), gjennom vedtak i henhold til lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern eller helsepersonelloven kapittel 4 A. Les mer om autonomi og paternalisme i kapittel 3.7.

Hva angår medvirkning og eldre er det viktig å ta i betraktning at eldre kanskje ikke ønsker så mange valg (Bredland, et al., 2012), samt anses som sårbare fordi de lett opplever å miste kontrollen i ukjente omgivelser og situasjoner. Eldre opplever også ofte å få mindre oppmerksomhet enn yngre, samt opplever seg behandlet som barn. Dette oppleves sårbart og nedverdiggende (Mekki & Pedersen, 2004) og svekker tillitten til helsepersonellet. Det synes å være fire viktige tillitsskapende faktorer hos helsepersonell; kompetanse og vilje til oppfølging av pasientene, pasientenes muligheter til valg av helsepersonell, samt helsepersonells kommunikasjonsevner (Nortvedt & Grimen, 2009).

3.7 Tillit og makt

Trygghet og tillit anses å ha en helseverdi i seg selv. Enkelte samfunnsverdier anses å fremme helse, blant annet samhold, rettferdighet og solidaritet (Fugelli & Ingstad, 2009).

Pasientene imøtegår helsevesenet med tillit om at de kan og vil hjelpe. Hvordan makten brukes avgjør hvorvidt det blir moralsk forsvarlig eller problematisk for motparten. Autoritet kan ses som sosialt legitimert makt (Slettebø & Nordtvedt, 2006). Helsevesenets legitime makt og autoritet godtas av pasientene, og helsevesenet/helsepersonell kan dermed sette sin vilje gjennom, ofte uten motstand. Legitim makt og autoritet springer ut fra lovverk, tradisjonell autoritet og personlige egenskaper (karismatisk autoritet). Styrken av pasientenes tillit kan variere med ulik grad av og grunnlag for legitimitet, helsepersonellens kunnskaper og selvstendighet, samt gjennom måten man behandles på. Det finnes flere typer tillit; Tillit

«oven ifra» og «nede ifra», kontroll og interesse, samt krysspress. Av interesse for studien her er kontroll og interesse som omfatter Webers maktdefinisjon (1976) som sier at en persons *«makt hviler på tillit, fordi tillit kan la en person få viljen sin uten motstand»*. Tillit innebærer her å overføre makt over et gode til pasienten. Makt kan altså innebære både fordeler og ulemper for pasientene (Grimen, 2001). Ansvarlig maktbruk vedrører å anerkjenne makt, noe som innebærer maktdomfordeling i den hensikt å gjøre godt. Strukturell makt springer ut fra samfunnsmessige hensyn; rettferdig fordeling av goder og ressurser, samt likebehandling. Makt som brukes til ulempe for pasientens utvikling av helsefremmende ressurser kan relateres til paternalisme (formynderi) (Askheim, 2012). Paternalisme kan også forstås som å fraskrive seg ansvar for avgjørelser som helsepersonellet ikke ønsker å ta, og dermed overlate ansvaret til pasienten. Dette kan tilskrives maktmisbruk i forhold til prinsipper om autonomi vs. ikke-skade/velgjørenhet (Slettebø & Nordtvedt, 2006), se kapittel 3.6.

Tradisjonelt blir paternalismebegrepet forstått som at helsepersonell overprøver pasientens ønsker hvis dette kommer på kant med helsepersonells vurderinger (Slettebø & Nordtvedt, 2006). Paternalisme kan dermed sammenlignes med det Skjervheim (1996) kaller ”instrumentalisering” av mennesket, som til forskjell fra overbevisning muliggjør overtaling i et asymmetrisk forhold preget av manipulasjon (Martinsen, 2006).

Paternalisme kan også innebære å redusere et menneskes autonomi i den hensikt å hjelpe personen (Hoffmann, 2002). Man skiller mellom ulike typer paternalisme, som forteller hvorvidt den er legitim eller ei; Anti-paternalisme innebærer restriksjoner på et individs handlinger som kan skade andre. Myk paternalisme vedrører å utøve sosial kontroll uten å krenke autonomien hos den andre. Hard paternalisme innebærer aksept for at menneskers autonomi reduseres i visse situasjoner, og der svak paternalisme aksepterer redusert autonomi på visse vilkår og sterk paternalisme har som mål å beskytte og hjelpe en person mot dennes vilje. Dette viser at autonomi og paternalisme ikke er motpoler. Likevel forbindes paternalisme med makt og autonomi med respekt for pasientens selvbestemmelse (autonomi) og derigjennom makt til å ta beslutninger. Dette fordrer at helsepersonell føler en moralsk forpliktelse overfor pasientene, grunnet pasientenes sårbare situasjon som syke, hjelpetrengende. Dette til forskjell fra en forbrukerliberalistisk forståelse (Hoffmann, 2002). Autonomi kan forstås både som egenskap, prinsipp og rettighet. Som prinsipp at pasientens ønsker og behov ivaretas ved helsefaglige avgjørelser. Autonomi i forståelse av egenskap

innebærer at en person evner å handle i tråd med egne verdier. Autonomien kan variere i livets ulike faser ut fra livssituasjon, sårbarhet og medisinsk tilstand. Som rettighet vedrører autonomi at en persons valg respekteres, både etisk og juridisk. Autonomi rettes hovedsakelig mot situasjoner der pasienten nekter livsnødvendig behandling. Ut over dette har pasienten rett til å delta i avgjørelser vedrørende pleie og behandling (Slettebø & Nordtvedt, 2006). Samtidig er menneskets integritet og menneskeverd konstant. En vurdering av en pasients autonomi vedrører hvorvidt det er konsistens mellom valg og personens verdier. Dette berører evne til innlevelse, varhet og empati i møtet med sårbare personer, noe som kan utfordre helsepersonell som ”besittere av all kunnskap” (Slettebø & Nordtvedt, 2006). Det motsatt kan bidra til å lukke pasientenes tilgang til omverden og eierskap til forhold i eget liv (Jakob Knudsens filosofi; Martinsen, 2006).

4 METODOLOGI

Kvalitativ forskning har fått økende anerkjennelse innen både medisinsk- og samfunnsforskning (Malterud, 2012). På tvers av de ulike metodetradisjonene kan forskning defineres som en reflekativ og systematisk prosess hvor man søker å sikre etterprøvbare og overførbarhet utover den sammenheng og kontekst studien gjennomføres i (Malterud, 2013). En sykepleiefaglig, kunnskapsbasert praksis innebærer å ta avgjørelser på bakgrunn av foreliggende forskning, erfaringer og brukerkunnskap (Nortvedt, Jamtvedt, Graverholt & Reinart, 2007). Sykepleieforskningens formål er å øke pasienters helse og livskvalitet gjennom å besvare forskningsspørsmål og problemstillinger på en troverdig måte. Dette i tillegg til å utvikle, forbedre eller øke kunnskap på et fagområde. Valg av forskningsspørsmål starter ofte med et tema eller problemstilling man ønsker svar på (Polit & Beck, 2012). Ofte med bruk av kvalitative, ikke-statistiske analysemetoder som innebærer en holistisk tilnærming med subjektive spørsmålsstillinger, relatert til holdninger, erfaringer og opplevelser (Nortvedt et al., 2007). Siden kvalitativ forskning innebærer innhenting, bearbeiding, fortolkning og analyse av forskningsdata vil forskerens vitenskapsteoretiske perspektiv ha innflytelse på hvilken kunnskap som genereres og fremlegges (Ellingsen & Dragset, 2008).

4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori innebærer refleksjon over kunnskap og vitenskapelig aktivitet og danner grunnlaget for ulike kunnskapssyn (epistemologi) og virkelighetsoppfatninger (ontologi). Hva angår samfunnsvitenskapene anses mennesket som tenkende og handlende, og kan være både nomotetiske (naturlover) og ideografiske (enkelthendelser) (Ringdal, 2011). En kvalitativ forskningstilnærming tilsier en bevissthet om en sosialt konstruert verden. Videre, vil en kvalitativ tilnærming være induktiv og vektlegge nærhet og observasjon av livsverden til noen få forskningspersoner. Induktiv metode innebærer at kunnskap genereres fra erfaring til teori (Ringdal, 2011). Den kvalitative forskningstilnærmingen bygger på to grunnleggende vitenskapsteoretiske perspektiver; hermeneutikk (fortolkning) og fenomenologi (beskrivelse). Fenomenologien innebærer som vitenskapsteoretisk perspektiv beskrivelser av livsverden slik den erfarer av den enkelte. Dette vitenskapsteoretiske perspektivet fikk sitt gjennombrudd da Husserl utfordret naturvitenskapens forståelsesmønster ved å mene at vår daglige livsverden danner utgangspunktet for vårt forståelsesgrunnlag. Heidegger utvidet senere fenomenologien i en hermeneutisk retning, med utgangspunkt i vår forforståelse og hvordan vi fremstår, hvor helhet og del settes sammen i en kontinuerlig prosess (hermeneutisk spiral) (Ellingsen &

Dragset, 2008). De hermeneutiske fortolkningsnivåene innebærer at tekst blant annet må gi utvidet forforståelse, som stopper ved oppnådd «god gestalt» og som ikke er forutsetningsløs (Kvale & Brinkmann, 2010). Fenomenologi kan forstås som en søken etter den fundamentale og vedvarende betydningen av fenomenene som trer fram. Dette uten påvirkning av forskerens forforståelse og tolkning av fenomenene. Som vitenskapsteori kan en fenomenologisk/hermeneutisk vitenskapsteoretisk forståelse relateres til vår for-forståelse, væremåte og væren i verden (Ellingsen & Dragset, 2008).

4.2 Forskningsdesign

Et forskningsdesign gir en overordnet beskrivelse av hvordan innhenting av forskningsdata skal foregå for å kunne besvare studiens problemstilling (Polit & Beck, 2012). Begrunnelsen for valg av forskningsdesign gjøres ut fra forskningsspørsmålene, samt forskningsoppleggets utforming, datainnhentings- og analysemetoder, samt hvorvidt innhentet kunnskap skal generaliseres til populasjon eller teori (Ellingsen & Dragset, 2008).

Fenomenologi som forskningsdesign etterspør levd erfaring og oppfatninger i kjølevannet av dette. Fenomenologien er nært forbundet med menneskets eksistensielle legemlig-gjøring i verden. Legemlig-gjøringen skjer gjennom følelser og bevissthet som oppstår i vår interaksjon med andre mennesker, samt tankene og sansene våre. Fenomenologi egner seg derfor godt i forhold til temaer som ikke er godt belyst tidligere (Polit & Beck, 2012).

Hermeneutikk bruker levd erfaring som verktøy for bedre å forstå den/de sosiale, kulturelle, politiske og/eller historisk kontekster en erfaring eller opplevelse oppstår i. En hermeneutisk forståelse innebærer dybdeintervjuer vedrørende fenomenet av interesse. Psykologiske fortolkende fenomenologer har laget en tilnærming rettet mot menneskers subjektive opplevelser (deres livsverden), som fortolkes fordi det er umulig å direkte tre inn i en persons livsverden. En slik tilnærming innebærer å utforske fenomenet av interesse (her opplevelse av og betydningen av medvirkning), involvering og fortolkning i datamaterialet og at det studeres i detalj (Polit & Beck, 2012).

Ut fra disse kunnskapene falt valget på en fenomenologisk/hermeneutisk tilnærming etter at forskningsspørsmålet og spørsmålsformuleringen(e) var klar(e). I dette forskningsprosjektet er det intervjupersonenes samlede, subjektive opplevelse av medvirkning og betydningen av dette, samt hva som hemmer og/eller fremmer medvirkningsmulighetene for eldre som

etterlyses. Dette fordi det kun er intervjupersonene selv som vet hvordan de oppfatter å få medvirke i egen pleie og behandling i møte med Daghospitalet. I tillegg søkes kunnskap om hvilke sosiale konstellasjoner som hemmer eller fremmer muligheten for medvirkning. Ut fra dette anses et kvalitativt, fenomenologisk/-hermeneutisk forskningsdesign som best egnet til å besvare problemstillingen.

4.2.1 Forskers forforståelse

Ved gjennomføring av en undersøkelse må det redegjøres for hvordan man som person kan påvirke innsamlingen av data (Dalland, 2000). Forforståelsen danner grunnlaget for vår forståelse av verden omkring oss og hvilke kunnskaper som genereres. Forforståelsen blir dermed en del av forskningsmetoden - og kan innebære en innsnevret gyldighet og pålitelighet i de tilfeller hvor egne oppfatninger blir for fremtredende. Dette er viktig fordi det er forforståelsen, de empiriske data og teoretisk(e) perspektiv(er) som samlet danner grunnlaget for ny kunnskap (Malterud, 2013) (hermeneutisk spiral). Ut fra dette ble det derfor nødvendig å identifisere eget utgangspunkt.

Grunnutdanningen i sykepleie innebar et holistisk holdning, med forebyggende folkehelse som overordnet perspektiv. Hverdagen som sykepleier innebærer å søke å se hele mennesket, samt å forebygge negativ utvikling av helsetilstand og funksjon ut i fra de ressursene man har til rådighet. Som tidligere ansatt ved Daghospitalet er arbeidsstedet og de som arbeider der kjente og det var ikke fullt to år siden arbeidsforholdet ble avsluttet da denne studien startet opp. I tillegg tas ekstravakter nå under utdanningen.

I intervjusituasjonene innebar dette å ikke forveksle rollen som forsker med rollen som sykepleier, samt reflektere over hvordan svar fra forskningspersonene ble vurdert. Eksempelvis hva angikk kollegial lojalitet, gå i forsvar eller blir selvcentrert i forhold til utfordrende meningsytringer, og derved ikke imøtekomme forskningspersonene og innsamlede forskningsdata på en åpen og fordomsfri måte. I forhold til deltakelse var det forventet at det kunne være vanskelig å få eldre til å delta i studien. Dette fordi man anså eldre som tilbakeholdne i forhold til å ønske å delta i et forskningsprosjekt. På den annen side ville enkelte muligens oppleve det positivt og føle at de fikk en oppmerksomhet de ellers ikke ville fått og oppleve at noen «talte deres sak». Svarene ble også vurdert til å kunne gi et mer positivt utslag enn det som var reelt. Dette grunnet lojalitet mot behandlingssted- og

helsepersonell, redsel for å «legge seg ut med noen» eller ikke få helsehjelpen de sårt trengte. Dette til tross for forsikringer om dette motsatte.

4.2.2 Teoretisk referanseramme

En teoretisk referanseramme utgjør «*de brillene vi har på når vi leser vårt materiale og identifiserer våre mønstre*» (Malterud, 2013, s. 42). Den teoretiske referanserammen omfatter teorier, begrepsapparat, modeller og forskningstradisjoner som benyttes for å oppnå forståelse av mening og struktur. Den er mest betydningsfull i forhold til forskningsprosessens analysedel, selv om den også i stor grad påvirker alle leddene i forskningsprosessen; utvalg, innsamling, bearbeiding av data, sammenfatning diskusjon og resultat. Alle ledd vil være bestemmende for hvilken «versjon» som utarbeides. Teoretiske perspektiver skal gi forståelse av hva «stoffet» omhandler, mens metodelitteratur anses å være verktøyet man benytter for å oppnå mening og forståelse (Malterud, 2013). Min teoretiske referanseramme vil være nært forbundet både til min sykepleiefaglige forforståelse, forankret både i biomedisinen og samfunnsvitenskapelig tilnærming.

4.3 Presentasjon av intervjuguide/spørsmålsskjema

Presentasjon av intervjuguide finnes i vedlegg 1. Intervjuguiden innebærer tre generelle forskningsspørsmål m/hjelpespørsmål/temaer.

4.4 Studiens utvalg

Denne studien er utført ved et Geriatrisk Daghospital (Daghospitalet) ved et sykehus i Norge. Forskningspersonene i studien er eldre, hjemmeboende personer som er pasienter ved Daghospitalet. Pasientgruppen har en relativt høy grad av skrøpeligheit, med behov for en helhetlig tilnærming og som kan være vanskelig å diagnostisere. Daghospitalet utgjør et høyt kvalifisert geriatrisk tilbud som omfatter diagnostisering og kartlegging av psykososiale og medisinske forhold, samt individuell, tverrfaglig rehabilitering.

Det er utført et strategisk utvalg av forskningspersoner. Strategisk utvalg innebærer at forskningspersonene settes sammen ut i fra en målsetting om å belyse problemstillingen best mulig. Intern validitet står her i fokus hva angår hvilket materiale som danner det beste grunnlaget for tolkninger og funn som gir ny innsikt og åpner for videre spørsmål. For å forhindre at systematiske feil oppstår må forskningsmaterialet ikke være for ensartet, ha

tilstrekkelig variasjonsbredde, samt ha en spørsmålsstilling med riktig fokus (Malterud, 2013).

Ansatte ved Daghospitalet har vært behjelpelige med rekrutteringen av informanter, ut i fra inklusjonskriteriene (se nedenfor). Mangfold i utvalget er vektlagt i rekrutteringsarbeidet, se også kapittel 6.1. Dette innebærer at forskjellene mellom forskningspersonene gjenspeiler «pasientstokken» i så stor grad som mulig.

Kvale & Brinkmann (2010) sier antallet intervjuer bør ligge på 15 (+/- 10) og bør foregå inntil oppnådd metningspunkt av informasjon.

Inklusjonskriteriene i denne studien:

- Pasient ved Daghospitalet
- Ønsker å delta i forskningsprosjektet
- 67 år, eller eldre
- Ikke sterkt dement eller deprimert
- Vurdert av Daghospitalets personale som «skikket» til å delta

4.5 Forskningsmetode

Polit & Beck (2012) sier fenomenologi dreier seg om å finne fram til essensen i menneskelige erfaringer og hva disse innebærer. Videre, hvordan et fenomen viser seg for den enkelte og anerkjenner menneskers fysiske bånd til deres livsverden. Innen fenomenologien er det fire aspekter ved levd erfaring som er av interesse; romlighet, levd kropp, levd tid og mellommenneskelige forhold. Hermeneutikken fokuserer på at levd erfaring gir bedre forståelse av et fenomens kontekstuelle sosiale, historiske, politiske eller kulturelle mening og hvordan menneskene i konteksten påvirkes (Polit & Beck, 2012). Kvale & Brinkmann (2010) sier semistrukturerte livsverdensintervjuer benyttes når dagliglivets temaer skal forstås ut fra intervjupersonens ståsted, samt når fortolkninger av meningen med fenomenene skal beskrives. Et semistrukturert intervju ligner en dagligdags samtale, men har et profesjonelt formål og utføres ved hjelp av intervjuguide med bestemte temaer og spørsmål. Kvale & Brinkmann (2010) sier videre at hensikten med slike samtaler er å produsere kunnskap og at samtalen er forhåndsdefinert hva angår tematikk og forløp. Dette til forskjell fra en dagligdags samtale.

I henhold til masteroppgavens omfang ble det utført ett pilotintervju og åtte semistrukturerte intervjuer, via en utarbeidet intervjuguide. Temaene/spørsmålene ble stilt slik det falt naturlig og passet i intervjuet. Dette, sammen med kontekst og relasjon mellom intervjuer og forskningspersonen, medførte at ingen av intervjuene ble like. Hvis svar/samtalen falt utenfor studiens fokus, fikk forskningspersonen snakke ut/fortelle hele historien før forskningspersonen ble forsøkt ledet tilbake til studiens problemstilling.

4.6 Datainnsamling

4.6.1 Forberedelser

Ansatte ved Daghospitalet fikk en innføring i hva studien omhandlet og hva det var ønskelig å få hjelp til i rekruttering og utgivelse av muntlig og skriftlig informasjon. I tillegg diskuterte vi visse forhold relatert til pasientene, blant annet, kjønnsfordeling og tiden pasientene burde ha vært på Daghospitalet forut for rekrutteringstidspunktet. Informasjon ble også lagt ut på bordene rundt i Daghospitalets lokaler, slik at alle som ønsket kunne lese om denne planlagte studien. Forskningspersonene ble rekruttert til intervjuundersøkelsen via lege eller sykepleier ved Daghospitalet. Den som rekrutterte gav muntlig informasjon og gav samtidig ut informasjons- og samtykkeskjema (vedlegg 2). De som ønsket å delta skrev under på samtykkeskjemaet og leverte dette til «sin» sykepleier ved Daghospitalet som deretter la det underskrevne skjemaet på et nærmere avtalt sted. Slik fikk jeg tilgang til hvem av pasientene som ønsket å delta. Ved personlig oppmøte på Daghospitalet på de respektive pasientenes oppmøtedager presenterte jeg meg og gjorde avtaler om intervjutidspunkt, samt gav ytterligere informasjon og svarte på eventuelle spørsmål. Som del av forberedelsene til intervjuene ble det ansett viktig å reflektere over egen for-forståelse. Jeg innså at min uerfarenhet med intervjusituasjoner og positive innstilling til Daghospitalet, kunne påvirke spørsmålsstillingen med hensyn til eventuelle oppfølgingsspørsmål, eksempelvis i forhold til leding.

4.6.2 Gjennomføring

Intervjuene ble foretatt høsten 2013 og det ble satt av fire uker hvor rekruttering, intervjuer og oppfølgingssamtaler foregikk. Alle ble intervjuet kun en gang. Intervjuene tok fra ca 30 minutter til en time. Det ble benyttet opptaksutstyr. Siden intervjupersonene og undertegnede allerede var presentert for hverandre var det allerede dannet en tillitsfull relasjon, noe som ble

ansett å ha en positiv effekt i forhold til åpenhet. Innledende presentasjon ble derfor ikke nødvendig og persondata som navn, bosted etc. fremkom derfor ikke i opptakene. Intervjuene ble gjennomført i egne samtalerom i Daghospitalets lokaler. Forskningspersonene ble forsøkt plassert slik at de ikke behøvde å ha blikk-kontakt hvis temaet ble følelsesladet (Røkenes & Hanssen, 2006).

Som tidligere nevnt er kvalitative intervjuer samtaler med et formål. Undertegnede søkte derfor å tone seg inn på forskningsdeltakerne via innledende informasjon om forskningsprosjektet og intervjusituasjonen. I etterkant av hvert intervju ble det skrevet intervjulogg der inntrykk og ulike sider ved intervjuet ble beskrevet. Eksempelvis mine tanker om kroppsspråk og uttalelser, etiske refleksjoner og hvilke spørsmålsstillinger som fungerte dårlig og godt.

4.6.3 Fortolkning av intervjupersonenes uttalelser

I tråd med en fenomenologisk tilnærming ble en åpen holdning forsøkt oppnådd overfor intervjupersonenes uttalelser. Intervjueren har ansvaret for hvilke informasjon som framkommer. Dette skjer både i forhold til egen forkunnskap og hvilke oppfølgingsspørsmål som stilles for å belyse forskningsspørsmålet, samt eventuelle ledende spørsmåls betydning for resultatet. Dette innebærer at analysen starter opp allerede under intervjuet i form av spørsmål for å få egen tolkning validert (Kvale & Brinkmann, 2010; Polit & Beck, 2012).

Dette skjedde eksempelvis slik:

«Er det andre tanker eller andre momenter som du tenker er viktig å få fram i forhold til medvirkning – enn det jeg har spurt om?»

... Nei jeg synes ikke det! Det er veldig godt å få ut det jeg mener om det som er på Daghospitalet – intervjuet overfor deg - ... mm ... Det synes jeg er helt positivt så det (utydelig tale) ... Det er ikke noe jeg kan si imot eller endre, bare følge det man får her på Daghospitalet.

Tenker du når du sier at det er lite du kan være med på å endre, hva tenker du egentlig da? Tenker du på et system eller tenker du på noe annet? Nei, jeg tenker ... Jeg kan ikke si noe annet enn at det systemet dem har her det følger jeg og ... hvis det skulle være det så hadde jeg nok sagt ifra (utydelig tale) Så jeg kan ikke si at jeg har noe imot- ikke noe imot. Jeg følger opp min egen sykdom – at du kan føle at du blir bedre og bedre ...».

Informantene ble også spurt opp igjen der denne virket å ha problemer med å formulere seg.

Dette skjedde eksempelvis slik:

*«... og da var min jobb å finne den beste måten å drive dette på ... Jeg har hatt folk til å gjøre jobben praktisk, da ... og når den situasjonen at jeg selv har plukket ut disse menneskene – men vi samarbeidet og kom med innspill og ... **... men det du tenker er at måten din å medvirke på er det at du følger opp det som på en måte blir deg fortalt og at du på den måten medvirker til din egen fremgang og tilfriskning?** Ja, helt klart! Jeg har – igjen at jeg stoler på de jeg har rundt meg og jeg stoler på at de vil mitt beste ... og, ja ... så enkelt er det sett fra min side i hvert fall».*

4.7 Transkribering

Transkribering innebærer en transformasjon av intervjumaterialet fra muntlig form til skriftlig tekst. Transkribering innebærer at samtalen(e)s dynamikk, kroppsspråk og stemmeleie, samt konteksten samtalen utspiller seg i, blir borte. Dette muliggjør analyse av intervjuteksten(e).

Intervjuene ble i etterkant egenhendig transkribert. Omgjøringen av tale til tekst innebærer utvelgelse av hvilke dimensjoner ved samtalen(e) som skal gjengis (Kvale & Brinkmann, 2010). I forkant av transkriberingen ble det tatt avgjørelser i forhold til hvordan transkriberingsprosedyren skulle utføres og det ble bestemt at uttalelsene skulle transkriberes tilnærmet ordrett. Et par historier ble ikke gjengitt i transkripsjonen, grunnet mulig kompromittering og liten relevans. Dette ble anmerket i transkripsjonsmaterialet. Underveis i intervjuene ble min forståelse av det som ble sagt uttrykket ved å vise interesse og oppmuntring gjennom ord som «ja», «nei» og «mm» (auditivt paraspråk) (Røkenes & Hanssen, 2006).

I forhold til redigeringen av den transkriberte teksten ble mine spørsmål og uttalelser markert med fete typer. Dette for lettere å skille hva som var forskningspersonens uttalelser og hva som ikke var det, se sitatene ovenfor for eksempler. Pauser er markert med «pause». Der setningen avsluttes før den regnes som hel setning er markert «...». Tegnet «...» markerer også noe av rytmen i samtalen. Det ble ansett viktig å gjøre tekstmaterialet så anonymt som mulig. Egennavn er derfor markert «anonymisert», diagnoser er markert med «diagnose»,

kroppsdeler er markert med «kroppsdel». Videre, er ord og setninger som er forsvunnet grunnet bakgrunnsstøy markert med «bakgrunnsstøy», utydelig tale er markert med «utydelig tale». Følelsesladde uttrykk, eksempelvis latter eller gråt, er markert med «vi/pasienten ler» eller «pasienten gråter» i etterkant av utsagnet. I de tilfellene hvor forskningspersonen endrer toneleie er eksempelvis heving av toneleie markert med «!» og trykk på setningen er markert med «understreking». Transkripsjonen ble på 55 sider.

4.8 Analysemetode og prosedyre

Polit & Beck (2012) sier at fenomenologiske analyser innebærer rikt beskrivende rapporter, enten som beskrivende fenomenologi eller som tolkende fenomenologi (hermeneutikk). Det er her tatt utgangspunkt i en fenomenologisk basert meningsfortettingsprosedyre basert på Malterud (2012) sin metode for systematisk tekstkondensering (STC), som bygger på Giorgi's (1975) prosedyre for meningsfortetting. Dette innebærer fyldige og nyanserte beskrivelser av fenomenene i intervjupersonen(e)s dagligspråk (Kvale & Brinkmann, 2010). Samtidig er det foretatt hensiktsmessige valg i forhold til tid, strategi og logikk underveis i analyseprosessen. Giorgi (1975) forstår fenomenologi som en studie av struktur og variasjoner av struktur, det være seg person, objekt eller hendelse, slik strukturen presenterer seg i den enkeltes bevissthet (Giorgi, 1975), altså hva og hvordan fenomenene synliggjøres. Giorgi (1975) sier videre at fenomenologi dreier seg om å finne essensen ved et fenomen og derfor ikke ekskluderer noe som kan fremtre objektivt, samtidig som fenomenologi bare inkluderer det som fremtrer. Hva som fremtrer er avhengig av den enkeltes bevissthet og erfaring (Giorgi, 1975). Slik dette forstås knyttes fenomenologi her til den enkeltes forforståelse og munner ut i at «... *det er like mange sannheter som det er mennesker ...*» (Ukjent).

4.8.1 Analyse av de transkriberte tekstene

Kvale & Brinkmann (2010) og Polit & Beck (2012) sier det ikke finnes standardmetoder (via regia) for hvordan man finner den essensielle meningen bak det som sies i intervjuer. Et semi-strukturert livsverdensintervju beskriver intervjupersonenes livsverden, i den hensikt å fortolke betydningen av fenomenene i fokus og der igjennom få ny innsikt. Det «flate», transkriberte intervjuet oppstår da i kjølevannet av en kontekstuell, interaksjonell, «*levende samtale*» om et interessant tema mellom to mennesker. Det ble derfor viktig å presentere det transkriberte materialet på en måte som gjenspeilet intervjupersonenes historie (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 200). Dette er utført etter hermeneutiske prinsipper for

meningsfortolkning hvor, blant annet, den hermeneutiske spiral, «god gestalt», kontekst og tekstlig autonomi har hatt en viktig rolle, slik det beskrives i Kvale & Brinkmann (2010).

Slik analyse er reduksjonistisk og innebærer å redusere transkribert materiale til en mer håndterlig mengde tekst, samt at man spør seg «hva dreier dette seg om?». En ofte benyttet metode for dette arbeidet innebærer at hver kategori gis en kode, og hvor tekstens meningsinnhold kodes i henhold til disse kategoriene (Polit & Beck, 2012). I denne fasen er det viktig å innta en så fordomsfri holdning som mulig og søke å se tekstmaterialet ut i fra et meta-perspektiv (Malterud, 2012). Malterud (2012) sier at STC ifølge Georgi er en beskrivende tilnærming av hvordan et fenomen har presentert seg for den enkelte. Malterud (2013) sier at kvalitative analyser innebærer å stille spørsmål til datamaterialet og søke å gjengi dette på en strukturert og forståelig måte. Hun sier videre at en systematisk tekstkondensering kan utføres med hensiktsmessige tilpasninger og at det er mange veier til målet bare strukturen er logisk også for leseren (Malterud, 2013). På bakgrunn av dette er analysen utført slik det er beskrevet nedenfor.

Første trinn i analysearbeidet innebar å lytte gjennom alle lydopptakene. Det transkriberte materialet ble deretter lest gjennom for et foreløpig og generelt inntrykk av tekstmaterialet og temaer relatert til forskningspersonenes uttalelser, jf. Malterud (2012). Fire til fem stikkord ble notert for hvert av intervjuene, som sammen med temaer fra intervjuguiden utgjorde foreløpige aktuelle, overordnede temaer eller kategorier i tekstmaterialet, som deretter ble gitt en fargekode. Deretter ble mitt umiddelbare inntrykk av tekstene skrevet ned, i henhold til Malterud (2013).

Annet trinn i analyseprosessen innebar å gjennomgå tekstmaterialet linje for linje for identifisering og organisering av meningsenheter i henhold til overordnet kategori og (farge)kode. Dette ble gjort manuelt med markeringspinner. En meningsenhet er et tekstfragment som innehar informasjon om forskningsspørsmålet (Malterud, 2012). Her var fleksibilitet viktig fordi forståelsen av datamaterialet hele tiden ble utvidet (hermeneutisk spiral), noe som igjen genererte nye koder eller at meningsfulle enheter kunne sorteres under andre koder (Malterud, 2012). Da dette arbeidet var ferdig i første omgang sto jeg igjen med ti overordnede hovedkategorier/stikkordskoder.

I tredje del av analysen ble det opprettet et elektronisk kategoriskjema i Microsoft Word, hvor det transkriberte, (farge)kodete tekstmaterialet ble plassert i henhold til sine respektive, foreløpige hovedkategorier (koder). Dette for å organisere og redusere tekstmaterialet til en beskrivelse av forskningsspørsmålet (kondensering). Deretter ble innholdet i de meningsfulle enhetene abstrahert i underkategorier, og gjenspeilet slik ulike aspekter ved underkategoriene (Malterud, 2012). Underkategoriene m/meningsfulle enheter ble deretter kategorisert inn i relevante hovedkategorier. Etter denne «førstegangssorteringen» utgjorde underkategoriene utgjorde til sammen syttifem underkategorier fordelt på ti foreløpige hovedkategorier/koder. Ettersom dette ble ansett som for mange fortsatte kondenseringen, men for at underkategoriene skulle beholde sin «mening» måtte det muntlige språket fra datamaterialet slippes. Nå til slutt sitter jeg igjen med ni underkategorier, fordelt på tre hovedkategorier som jeg mener sier noe overordnet om pasientenes formidlede opplevelse av medvirkning og betydningen av dette (se tabell 1, s 51).

Her avviker analysen fra Malterud ved at det er de enkelte meningsfylte enhetene som nå nyanserer hoved- og underkategorien de er plassert inn under. Slik beholdes pasientenes «stemme» og er dermed med og utvider vår for-forståelse i tråd med den hermeneutiske sirkel/spiral (Kvale & Brinkmann, 2010).

I den fjerde fasen av analysen ble inntrykket de meningsfulle enhetene samlet tilkjennegir innenfor hver hovedkategori kort gjenfortalt på et mer abstrakt nivå. Dette kan relateres til prinsippet om rekontekstualisering som skal tilsvare det dekontekstualiserte materialet (her de meningsfulle enhetene, undertegnedes anmerkn.) og den sammenheng de ble hentet ut av (Malterud, 2013). Slik kan empirien både analyseres for seg og ses opp mot konteksten den oppsto i. Dette for å validere delene mot helhet og sammenheng (hermeneutisk spiral), samt være lojal mot forskningspersonenes virkelighet (Malterud, 2013). I tråd med dette ble det viktig å ta stilling til om resultatet stemte overens med førsteinntrykket. Avslutningsvis er det søkt å ha en reflekterende holdning over resultater som eventuelt provoserer egen forutinntatthet og søkt gjennom transkripsjonsmaterialet etter temaer som utfordret egen konklusjon, i henhold til Malterud (2012).

Tabell 1 – Oversikt over hovedkategorier m/underkategorier

Hovedkategori 1	Underkategorier
Medvirkning som begrep	Medvirkning innebærer deltakelse og samarbeid Autonomi har betydning for medvirkning Informasjon har betydning for medvirkning
Hovedkategori 2	Underkategorier
Mestring har betydning for å medvirke	Å bruke egne ressurser gjør situasjonen håndterbar Eie relevante og nyttige kunnskaper gjør situasjonen begripelig og håndterbar Ha tillitt til helsepersonellens kompetanse gir opplevelse av sammenheng Manglende tillit reduserer opplevelsen av sammenheng
Hovedkategori 3	Underkategorier:
Anerkjennelse har betydning for å medvirke	Bli tatt på alvor av helsepersonell og oppleve tilhørighet og bekreftelse fra viktige andre Miljøet oppleves demokratisk, fritt og forutsigbart

4.9 Ethiske overveielser

Ved forskning på mennesker må man ta hensyn til forskningsdeltakernes rettigheter (Polit & Beck, 2012). Etikk beskrives som læren om moral i Ringdal (2011). Forskningsetikk innebærer normer for vitenskapelig praksis med spesiell vekt på prinsippene om «ikke skade» og «frivillig samtykke». Reglene oppsto i kjølevannet av Nürnbergprosessen, der 23 leger ble tiltalt ved krigsforbryterdomstolen for medisinske forsøk de utførte ved tyske konsentrasjonsleire. Dette for å forhindre liknende framtidige hendelser. Reglene fra denne dommen dannet utgangspunkt for Geneve-erklæringen (1947) og Helsinkideklarasjonen med prinsipper om forskning som involverer mennesker (Ringdal, 2011) og etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden. Forholdet mellom informant og forsker innebærer ulike etiske og juridiske aspekter og både menneskelige og vitenskapelige interesser bør ivaretas i en forskningsprosess innen samfunnsforskning (Kvale & Brinkmann, 2010). Etikk kan her relateres til at evnen til å bedømme en situasjon (praktisk klokskap - phronesis) er viktigere

enn teoretisk forståelse og abstrakte prosedyrer. Dette tilsier en objektiv nærhet med kunnskap om hva rett moralsk handling innebærer, og slik tilrettelegge for fylldige beskrivelser av et fenomen (Kvale & Brinkmann, 2010). Phronesis blir viktig når forskningsdeltakernes rettigheter og forskerens krav om kunnskap kommer i konflikt med hverandre og utgjør et etisk dilemma (Polit & Beck, 2012).

4.9.1 Godkjenning og formaliteter

Behovet for å foreta lydbåndopptak, samt mulig bruk av navnelister innebar søknad til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) v/personvernombudet. Siden opplysningene prosjektet innhentet ikke ble ansett som helseopplysninger i henhold til Helseforskningsloven § 2, kunne studien gjennomføres uten godkjenning fra Regional etisk komité (REK), jf. svar på fremleggingsvurdering 19.08.2013 (vedlegg 3). NSD tilrår i brev 02.09.2013 (vedlegg 4) at prosjektet gjennomføres. Søknad til sykehuset studien ble avvirket ved ble sendt inn, sammen med kopier av svarene fra REK og NSD. Undertegnede fikk muntlig tilbakemelding fra sykehuset om at prosjektet kunne starte opp 27.09.2013. Personvernombudet ved sykehuset saks-behandlet og gav etter kort tid sin skriftlige godkjenning (saksnr. 2013/14260) (vedlegg 5).

4.9.2 Etiske refleksjoner i forhold til informert samtykke

Kopier av Power-Point-presentasjonen som ble gitt på informasjonsmøtet med ansatte ved Daghospitalet ble lagt ut flere steder i Daghospitalets lokaler, slik at alle kunne lese om studien, samt at ansatte lettere kunne gi utfyllende informasjon. Helsepersonellet som rekrutterte pasientene inn i studien informerte først muntlig om studien. Pasienter som virket interesserte i å delta fikk utdelt ytterligere informasjon, via informasjons- og samtykkeskjema (se vedlegg 2). Her fikk de informasjon om at de kunne delta i et forskningsprosjekt angående pasientmedvirkning, hvis ønskelig, og at de kunne trekke seg underveis. Videre, ble de her informert om undersøkelsens overordnede mål og hovedtrekkene i designen, samt eventuelle fordeler og ulemper ved å delta i forskningsprosjektet. Eksempelvis at deltakelse/ikke deltakelse ikke gav konsekvenser for helsehjelpen de mottok og var avhengige av. De som var interesserte kunne slik vurdere i ro og mak om de ønsket å delta eller ikke, og uten påvirkning av forsker.

4.9.3 Ethiske refleksjoner i forhold til konsekvens

Geriatriske pasienter har ofte et sammensatt sykdomsbilde som kan påvirke den enkeltes mentale og psykiske funksjonsnivå og derigjennom også medvirkningsevner. Det var ønskelig at forskningsspørsmålet skulle besvares ut fra et faglig forsvarlig ståsted, jf.

Helsepersonelloven § 4, samt det etiske prinsippet velgjørenhet, hvor mulige fordeler veies opp mot eventuelle ulemper for pasienten. Dette fordi en forventet deltakelse ut over pasientens evner ikke anses å være i tråd med disse prinsippene. Førstegangskontakten skjedde via Daghospitalets personale. Dette grunnet deres innsikt i pasientenes diagnoser og problemområder, noe som medfører at de lettere kunne vurdere pasientene i henhold til etikk og faglig forsvarlighet.

4.9.4 Ethiske refleksjoner i forhold til fortrolighet

Kvalitative data er ofte sensitiv og personlig. Svar som avgis skal behandles konfidensielt (Kvale & Brinkmann, 2010). De underskrevne samtykkeskjemaene oppbevares på Daghospitalet. Navnene på intervjupersonene fremkommer ikke på lydbåndopptakene og vil derfor ikke kunne koples til samtykkeskjemaene, og intervjuene ble nummerert fortløpende uten koding til navn. Kravet om konfidensialitet stiller strenge krav til informert samtykke, samt at man som helsepersonell har taushetsplikt, jf. Helsepersonelloven, kapittel 5.

Informantene fikk både skriftlig og muntlig informasjon som vedrørte hva medvirkning innebærer. Videre, informasjon vedrørende frivillig deltakelse, at å takke nei til deltakelse ikke ville få konsekvenser for helsehjelp, at de kunne la vær å svare på spørsmål og at de når som helst kunne avbryte og si at de ikke ønsket å delta. De fikk også informasjon om at kun jeg- og eventuelt mine veiledere ved Høgskolen ville høre opptakene og lese transkripsjonen. Navn, diagnose etc. ville tas bort i transkripsjonen slik at eventuelle papirer på avveie ikke kunne identifisere dem. For ikke å kompromittere forskningspersonene er spesifikke, personlige og gjenkjennbare historier som ikke vedrører medvirkning ved Daghospitalet, utelatt i transkripsjonene. Det er merket av i transkripsjonene der dette har skjedd.

«Førsteutkastet» av transkripsjonen ble skrevet på PC uten nettilgang (S. Tveiten, personlig kommunikasjon, 23.10.2013), og senere oppbevart på ekstern HD i safe, sammen med opptakene. Med tanke både på pasientenes tillit, samt både deres og helsepersonellens lojalitet til behandlings- og arbeidssted var jeg opptatt av å ikke referere videre hva den enkelte pasient har sagt om behandlingsstedet i kollegiale samtaler.

4.9.5 Etiske refleksjoner i forhold til forskerens rolle og relasjonen mellom forskningspersonen og forsker

Kvale & Brinkmann, (2009) anser forskerens moral, integritet og rolle som særdeles viktig innen kvalitativ forskning, og viser til beskrivelser der kvalitativ forskning tar utgangspunkt i frihet, tillit og empati. Motsatsen til dette er det asymmetriske maktaspektet mellom forskningspersonen og forskeren dette synliggjør, da man anser forskeren som den sterkeste part i en slik kontekst (Kvale & Brinkmann, 2009). Grunnet både tidligere og nåværende arbeidsforhold og relasjon til arbeidssted var det ansett som viktig med en bevissthet omkring hvilken rolle som ble inntatt og i hvilke situasjoner det ble nødvendig å skifte fra forskerrollen til sykepleier-rollen. Dette ble ansett å være i situasjoner der det sto om forskningspersonen(es) liv og helse. Under innleggelsesperioden for de deltagende pasientene anså forsker det som viktig å ikke påta seg ekstravakter i perioden. Dette for at forskningspersonene ikke skulle oppleve press i forhold til deltakelse eller at relasjonen mellom dem ikke skulle bli for nær og få innflytelse på hva som kom frem under intervjuene. I et forsøk på å ikke å skape forvirring og vise respekt for intervjupersonenes integritet med hensyn til min rolle, ble det benyttet privat tøy for å ikke passe inn som del av helsepersonellet. Dette også for at forskningspersonene ikke skulle forstå intervjusituasjonen som et terapeutisk intervju/samtale. En intervjusamtale kan skape bevisstgjøring, refleksjoner og spørsmål hos intervjupersonene i ettertid (Malterud, 2013). Forsker møtte derfor opp til avtalte tidspunkt for oppfølgingssamtaler med de av pasientene som ønsket dette. Under disse samtalene kom det frem refleksjoner intervjupersonene hadde gjort seg i etterkant av intervjuet.

5 PRESENTASJON AV FUNN OG FORTOLKNINGER

Hensikten med denne studien var å hente fram eldre menneskers opplevelse av pasientmedvirkning og hvilken betydning dette har for dem, samt hvilke samfunnsmessige faktorer som påvirker deres medvirkningsmuligheter. For å belyse de ulike momentene ved intervjuene har jeg, på bakgrunn av fenomenologisk og hermeneutisk metode, tolket sitatene inn under de teoretiske temaene, altså hovedkategorier og underkategorier, som sitatene anses å vedrøre. Fremgangsmåten er beskrevet i kapittel 4. Kategoriene henger på mange måter sammen og overlapper hverandre. Dette gjenspeiles i resultatdiskusjonen (kapittel 6.1), men det er søkt å løfte fram ulike aspekter ved funnene. De ulike momentene knyttet til eldre menneskers medvirkningsmuligheter er sammenfattet under følgende hovedkategorier;

- Hovedkategori 1: Medvirkning som begrep
- Hovedkategori 2: Mestring har betydning for å medvirke
- Hovedkategori 3: Anerkjennelse har betydning for å medvirke

Kvalitativ forskning innebærer å gi en stemme til menneskers personlige historier (Ellingsen & Dragset, 2008) og forskningspersonenes sitater nedenfor illustrerer funnene.

Tabell 2 – Funn og fortolkninger

Hovedkategori 1	Underkategorier	Meningsfulle enheter
Medvirkning som begrep	Medvirkning innebærer deltakelse og samarbeid	<p>«... Det er at pasienten får si sitt. Si sin mening om eventuelt behandlingen og spørre om sin egen situasjon og eventuelt komme med forbedringer hvis det er grunnlag for å komme med forbedringer til behandlingsopplegget ...».</p> <p>«... Jeg legger tablettene i en dosett hjemme og da kommer hjemmesykepleien og ser at jeg har lagt riktig – for jeg fikk en sånn rull først- og den syntes jeg ikke noe om – for da bare klippet jeg av og så tok jeg de medisinerne som var der – jeg visste jo ikke hva det var i det hele tatt – så jeg ville gjerne følge med på det – så her synes jeg at jeg får fulgt med veldig godt på tabletter og alt ...» (får dosett v/DH).</p>

Hovedkategori 1	Underkategorier	Meningsfulle enheter
	Autonomi har betydning for medvirkning	<p>«... Nei, altså jeg må vel si det at det er viktig for meg å medvirke hele tiden! ...»</p> <p>«... Og på samme tid så synes jeg at så lenge jeg er klar i hodet da liker jeg å bestemme mye selv. Ikke bli alt for mye dirigert ...».</p> <p>«... Jeg er ikke redd for å si i fra, så hvis det var noe som jeg absolutt var uenig i eller som jeg reagerer på så ville jeg ha sagt noe».</p>
	Informasjon har betydning for medvirkning	<p>«... Ja det er jo det at de snakker med meg om mine forventninger for eksempel til stedet her. Og forteller meg da fakta hva jeg kan forvente meg. Det er jo en ting og også at jeg får svar på spørsmålene mine når det gjelder medisiner og sånn når jeg er hos legen og ... ja ... og opplysninger egentlig om sykdommen. For det at det ... Jeg har jo ikke hatt dette før, så det er jo nytt så man er jo interessert og litt usikker fordi man ikke vet hva man har å forvente seg når det gjelder framtiden ... Det er jo medvirkning. ... Det kan vel defineres som det ... ja ... Og det synes jeg, i forhold til andre steder jeg har vært, så må jeg si at jeg føler absolutt at jeg ..., at de gir meg informasjon når jeg spør ... De svarer på spørsmålene mine ...».</p>
<p>Oppsummering hovedkategori 1: Medvirkning som begrep</p> <p>Medvirkning innebærer å ytre sin mening om og stille spørsmål vedrørende behandlingsopplegget og egen situasjon, samt ha kontroll i samspill med helsepersonell. Det å ha autonomi har betydning for å oppleve kontroll over eget liv, samt at informasjon anses viktig i forhold til sykdom og sykdomskonstitusjon, framtid, medikamenter og avklaring av forventninger.</p>		

Hovedkategori 2	Underkategorier	Meningsfulle enheter
Mestring har betydning for å medvirke	Å bruke egne ressurser gjør situasjonen håndterbar	<p>«... Ja! Det synes jeg! Jeg synes de er veldig hjelpsomme på alle måter alle sammen her synes jeg. Og det synes jeg om legen og ... - og enkelte ting jeg har spurt om så sier han greit at det kan ikke han svare på. Men stort sett så vil jeg si det at det føles veldig greit når jeg spør om noe. Jeg skal ha en samtale</p>

Hovedkategori 2	Underkategorier	Meningsfulle enheter
		<p><i>til med ham sa han, og så har jeg snakket litt med ham sist jeg var her; «vi skal ha en samtale til før du slutter», sa han og tenkte jeg å spørre nå litt mer om – om dette «diagnose» jeg får – om det har noe med «sykdom» – jeg har hele tiden tenkt på «kroppsdel», «kroppsdel», men det har i grunnen blitt sagt til meg det at det kan være noe med «sykdom» til kroppsdel», såkalte, altså (diagnose). Og det er noe som skjer med hele meg. Og jeg lurer fryktelig på hva det er. Og hvordan det utvikler seg hver gang - så det tenkte jeg, jeg skulle spørre litt om det kan ha noe med «sykdom» – for det har vært nevnt flere ganger ...».</i></p>
	<p>Eie relevante og nyttige kunnskaper gjør situasjonen begripelig og håndterbar</p>	<p><i>«... Og når sykepleieren kommer da med den dosetten om ettermiddagen, så informerer hun meg om hva som har skjedd og hva jeg får. Og det synes jeg er ... ja, veldig alright å vite det og hvorfor det er forandringer på det. Så det ... Og hva jeg må ta hensyn til så ikke jeg skal stresse meg eller yte ... Presse meg for mye, da ... For da kan jeg få det igjen dagen etter, og det tror jeg jeg har gjort litt, sånn at da får jeg det igjen de påfølgende dagene, ikke sant ... Og da er jeg helt utslitt ... og skjønner egentlig ikke hvorfor. Men jeg har jo forstått det nå da at det er fordi at jeg kanskje har overdrevet og at man får beskjed om det så man skjønner hvorfor ting skjer ...».</i></p> <p><i>«Jeg synes det! Hadde det vært noe hadde jeg spurt tilbake. Jeg kan ikke si at det er noe jeg ikke forstår... (utydelig tale) ... men når jeg prater med dem – og vedkommende «søster» så – det er ikke noe kommunikasjonssvikt – vi forstår hverandre ...».</i></p> <p><i>«... Jeg har en «kroppsdel» som er nedslitt – det har jeg jo fått beskjed om – at det er ikke så mye vi kan gjøre – og så fikk jeg en sånn «diagnose» i «kroppsdel» - og da sier de at; «Du har en «diagnose» og den «kroppsdel» er så utslitt ved siden av» -og det forstår jeg for jeg har jobbet tungt i alle år ...».</i></p>
	<p>Ha tillitt til helsepersonellens kompetanse gir</p>	<p><i>«... Det er ting jeg er usikker på så får jeg til svar at det skal vi snakke med legen om ... og da ... hvis de da ... Og jeg må jo ha tillitt til</i></p>

Hovedkategori 2	Underkategorier	Meningsfulle enheter
	opplevelse av sammenheng	<p><i>det. Så hvis de da finner ut at da trenger legen å snakke med meg – så får jeg jo snakke med legen ... Da kommer de å henter meg og jeg har jo ... Jeg må jo si at til å begynne med så var jeg jo litt sånn – litt sånn «ja, ja vi får se hva som skjer ...» Men nå tenker jeg ikke sånn! Nå tenker jeg at «det skal jeg i dag!». Det tror jeg ... Jeg har ikke ligget mye på sykehus, men jeg har vært mye pårørende og jeg, jeg blir overrasket hver gang ... hver gang ... og med fysioterapeut og ... Synes det er helt ... Jeg synes det er veldig bra! ...».</i></p> <p><i>«... Ja! Jeg respekterer de (rutinene v/DH), da! – for å si det sånn. Så lenge ikke jeg liksom ser at ... - Eller har følelsen av at de ... At de ikke følger meg opp, så velger jeg vel å stole på de ...».</i></p> <p><i>«...en kveld satt jeg i tre timer for å knyte en båtmannsknopp og så lærte jeg meg til slutt å knytte skolissene mine og det var en seier! – og det høres elendig ut når du ikke klarer å knytte skolissene dine, en voksen mann... så det var for meg en seier... og da jeg kunne kneppe igjen knapper for eksempel... det er også en seier... når du klarer det – ikke når du ikke klarer det og – når du har opplevd sånne ting så har du ikke behov for egentlig å drive å dirigere eller medvirke eller få andre til å gjøre ting som du ikke har rede på ...».</i></p> <p><i>«... Det er de små skrittene eller de små seirene som teller i dagliglivet. I hvert fall føler jeg det slik, og det at jeg kan snakke ...</i></p> <p><i>... Hjemme kan jeg gå i blinde hvis det er sånn, men nå er det faktisk litte granne sånn små seire som at jeg husker å slå av platen og slå av kaffetrakteren og slå på lyset ... at du merker at du klarer å gjøre ting mer og mer og ivareta deg selv på en måte ... (?) Ja, og det er takket være den treningen og oppfølgingen! Hvorfor skal jeg da – jeg kan ikke – jeg må bare fortsette jeg! ...».</i></p> <p><i>«... Men når du ikke klarer å komme deg fram – det er det å klare å sette den ene foten foran den andre – det er en seier! Det blir noen sånne da ... hvis du skjønner hva jeg ... ja ... at det blir på en måte en vei mot deltakelsen</i></p>

Hovedkategori 2	Underkategorier	Meningsfulle enheter
		<p><i>... er det du tenker? Ja det blir det! Den eneste måten jeg kan delta her er å være med. Jeg påvirker ikke annet enn at jeg regner med at for de som jobber med oss – ser at det er en framgang – at det er en også en liten seier for dem ...».</i></p> <p><i>«... men når jeg snakker om medvirkning så mener jeg da at jeg har fagfolk som kan – dette er jobbsituasjonen min ...».</i></p> <p><i>«... men det du tenker er at måten din å medvirke på er det at du følger opp det som på en måte blir deg fortalt og at du på den måten medvirker til din egen framgang og tilfriskning? Ja, helt klart! Jeg har – igjen at jeg stoler på de jeg har rundt meg og jeg stoler på at de vil mitt beste ... og, ja ... så enkelt er det sett fra min side i hvert fall ...».</i></p> <p><i>«... Jeg merker jo at dere som er her har faglig kompetanse, så jeg er veldig godt fornøyd. Jeg føler at jeg har gjort framgang ...».</i></p> <p><i>«... jeg har vel grunntrening i fra gammelt av at man skal høre på sjefen- - og læreren har rett og så videre – i litt overført – jeg vet at det ikke er sånn i dag, og nå opponerer man jo på alt og jeg har selv måttet kjempe for å ... ja ... Få gjennom ting, ja ... så det er ikke det, men, men som jeg sier ... Jeg føler at dere kan gjøre mere for meg enn jeg kan gjøre for meg selv- og jeg kan i hvert fall ikke bestemme hva dere skal gjøre for meg – for jeg vet ikke hva som er best for meg selv ...»</i></p>
	Manglende tillit reduserer opplevelsen av sammenheng	<p><i>«... Jeg har ikke sagt noe om særlig om det. Men jeg sa bare at blodtrykket tror jeg ikke du får ned sa jeg til legen, for jeg tror det er noe gener og jeg tror det er vanskelig å få det ned altså ... og han ville prøve å få det ned, men jeg vet ikke om han vil fortsette med det jeg, eller hvordan det blir gjort da ... Men hvor lenge jeg skal være her har jeg ikke fått høre ... men det er tredje uken nå (lengde på oppholdet) og da blir det vel kanskje slutt snart? ...».</i></p> <p><i>«... Det har jeg reagert på noen ganger - og det har jeg reagert litt på her også. ... Ja! ... Samme hva jeg sier akkurat når det gjelder</i></p>

Hovedkategori 2	Underkategorier	Meningsfulle enheter
		<p><i>det ... «Nei det er ikke akkurat sånn jeg tenker» ... Så er liksom ... Da er du på den kontoen altså! At du er nå kanskje litt nervøs og litt sånn redd og det er sikkert det at du liksom har hatt slag og så at de legger det litt på den kontoen at hun er sikkert litt nervøs og redd for ting og litt sånt noe. Det! ... Det har jeg følt andre steder også jeg har vært at de tilskriver det, den kontoen ...».</i></p> <p><i>«... For jeg har jo hørt at det er lett å få det igjen, ikke sant ... Og der føler jeg meg litt usikker, det innrømmer jeg jo ... Og at de da sier at «<u>det</u> skal du ikke tenke på» ... At de svarer deg det! Og det svarer jo flere leger – jeg har jo vært borte i ganske mange i løpet av disse fem ukene! Så det svarer de; «Nei, <u>det</u> må du ikke tenke på!» Nei! ... Og da ... Liksom ja ... Det er jo veldig greit at man ikke bør det, men en annen ting er jo det at man vil unngå å få det igjen, hvis man kan ... - Og det har jeg jo sagt; «Er det noe som kan forebygge?», «Er det noe som jeg kan gjøre sånn at jeg ikke får det igjen?», «Og er det noe som jeg har gjort som jeg ikke burde gjort?», «- Som har fått meg til å få det?» Og jeg vet jo det at røyk og for mye alkohol – og alt mulig – det er jo sånn allmennkunnskap som alle <u>vet!</u> Men ut over det vet jo ikke jeg noe om dette her ... Ikke sant(!) ... Så der føler jeg meg litt usikker! I forhold til legen at han er da ... ærlig ... Jeg føler meg ikke sikker når han sier at det skal ikke jeg tenke på! Og så synes jeg ... Skal jeg være helt ærlig ... Så synes jeg det er et dumt svar! Han må <u>skjønne</u> ... at det ... at det tenker jeg på! Og at det hadde vært gagnet meg bedre om han hadde sagt at; «Ja, det kan det hende du får,- men vi skal prøve å unngå det!» Det ... Det hadde jeg syntes var et bedre svar! For jeg tror at med å være realistisk ... - Jeg tror ... Det er ikke det at man skal være ... brutal ... brutal eller noe sånt, men at det da hjelper deg og at du da får krefter til ting og du får en litt annen innstilling til ting! Det er mye bedre enn å gå rundt å være usikker! Det er jeg hundre prosent sikker på! Det har jeg opplevd veldig mange ganger ...».</i></p>

Hovedkategori 2	Underkategorier	Meningsfulle enheter
		<p>«... - for vi kan ikke alle løpe på døren til legen, sånn føler jeg i hvert fall. Men jeg har vært hos to forskjellige leger, da ... Jeg begynte hos dr «egennavn» og nå er jeg hos dr «egennavn» ... - og så er det samme med sykepleierne Det er jo ikke samme sykepleier hele tiden ... - Det hadde vært veldig alright! – på en måte ...». «... Ja, en og samme ... for du vet aldri når du kommer ... men det har vært veldig OK – så vi har jo da blitt kjent med flere så det er jo en fordel ...». «... Jeg trodde når jeg kom hit – for da var det «egennavn» som hadde ansvaret for meg – så trodde jeg ... jeg visste ikke at man endret ... så akkurat det hadde vært litt OK synes jeg nok – å ha den samme hele tiden ...».</p> <p>«... Nei, kanskje litt flere samtaler med sykepleiere kanskje, med legen,- kanskje en kort samtale et par ganger i uken, slik at man fikk mulighet til å stille spørsmål om sin egen situasjon. Men det har jeg jo også gjort, så jeg har jo medvirket sånn sett, ikke sant. Jeg spør jo lurert på noe til sykepleierne så da svarer jo de så ...».</p> <p>«... og hvis man skal noe utenom her så får man jo hjelp med både det ene og det andre – med drosjer og diverse. Så ... jeg vet ikke helt hva jeg skal si om medvirkning ...»</p>
<p>Oppsummering hovedkategori 2: Mestring har betydning for å medvirke Bruk av egne ressurser innebærer å tas på alvor og bli gitt mulighet til å etterspørre viktig informasjon vedrørende egen situasjon. Det å eie relevant og nyttig informasjon innebærer at man opplever seg trygg i forhold til hva som er normal sykdoms-konstitusjon og hva man bør eller ikke bør ta hensyn til i forhold til egen livssituasjon. Informasjonen pasientene får oppleves relevant og nyttig og det oppleves ingen kommunikasjonssvikt. Pasientene mener deres medvirkningsmuligheter ligger i å stole på helsepersonellens fagkompetanse og gode vilje, samt å følge behandlingsopplegget og slik medvirke til egen tilfriskning. Manglende mestringmuligheter relateres til tillit og det å motta for lite informasjon og oppleve liten kontinuitet i pasientbehandlingen, samt oppleve seg bagatellisert og stigmatisert.</p>		

Hovedkategori 3	Underkategorier:	Meningsfulle enheter:
Anerkjennelse har betydning for å medvirke	Bli tatt på alvor av helsepersonell og oppleve tilhørighet og bekreftelse fra viktige andre	<p>«... Vi har det jo hyggelig når vi sitter og snakker inne der og det er veldig koselig å snakke litt med de andre som jeg har blitt litt kjent med da – en av ... ble jeg kjent med på (sykehusnavn) og spiste sammen der ... ja, det var koselig det ... Og så er det jo flere da som jeg prater litt med inn i mellom og det er alltid koselig det med sosial samtale ...».</p> <p>«... Det er jo sånn at vi diskuterer mye om plagene våre - og det skulle vi rent glemme mest mulig. Det er jo litt interessant å høre hvordan andre har det og ...».</p> <p>«... Jeg tenker at det sosiale kan jeg medvirke og da tenker jeg at på at å ikke snakke så mye sykdom og prøver å gjøre det hyggelig for de rundt deg og for deg selv. For har de som du har rundt deg det hyggelig så har du det jo ofte hyggelig selv også ...».</p> <p>«... Jeg synes for eksempel det er deilig så lenge jeg klarer meg hjemme. På egen hånd. For jeg har gjort det hittil ...». «... Og så har jeg så lyst til å fungere! Det er så godt så lenge jeg kan gå på bena og komme meg ut og ha kontakt ...».</p> <p>«... jeg har barn, barnebarn og oldebarn – og det er så hyggelig å ha! - Å ha familie – det er uerstattelig! ...». «... Og selvfølgelig ting som jeg ikke klarer – for det er mange ting jeg må ha hjelp til – sånn som å henge opp gardiner og skifte lyspærer og sånne ting Det er sånne ting som jeg ikke klarer mer ...».</p> <p>«... Men jeg har hatt noen tunge slag i det siste. I løpet av to måneder så mistet jeg to av de nærmeste venninnene mine ...».</p> <p>«... Og så alle blir borte vet du – sånn i oppgangen og ... ja det er en gammel dame til igjen – ellers så er alle borte i hele blokka – og da blir det så fremmed ...». «... Vi var hjemme vet du. Vi hadde ikke bil og vi hadde ikke ditt og datt ... I</p>

Hovedkategori 3	Underkategorier:	Meningsfulle enheter:
		<p><i>dag så er samfunnet blitt så helt annerledes! ...». «... Jeg tror vi var mer sammen før!».</i></p> <p><i>«... Som jeg sa,- jeg synes det er veldig fint å kunne komme hit og være et sted – så du er sammen med mennesker ikke bare for det å gå hjemme ... - alle de du har vanket sammen med er jo borte – så du har jo ikke noen vennekrets mer. De har jo falt fra etter hvert. Og så er'n en av de som lever lengst og så – så det er litt dumt ...».</i></p> <p><i>«... Jeg er i hvert fall litt usikker på hvordan det blir i fremtiden og sånn. Det er veldig OK å føle at man blir tatt på alvor på samme måte som før – at det er som før! ...».</i></p> <p><i>«... men de formidler jo ting til hverandre så de vet jo om hverandre og vet hva som skjer – for det har jeg funnet ut at hvis jeg har nevnt noe til en så har de skrevet det ned – så du behøver ikke å gå gjennom hele Det blir ikke borte på veien? ... Nei det blir ikke det! ...».</i></p> <p><i>«... her kommer jo sykepleierne – eller hva de er inn ... Og ser de at du sitter alene så ser jeg de kommer inn og spør og setter seg og spør hvordan du har det. Og foreslår at du skal gjøre ting ... Så jeg ... Jeg må si at jeg er ... - at her får du liv! ... Ja ... Nei nå har jeg ikke vært her så lenge men i hvert fall ... Det jeg har opplevd til nå er veldig bra. Bare ved matbordet! De sørger jo for at folk spiser! Og kommer og spør; «skal du ikke ha et stykke til?» ... Og passer på de som er diabetikere og ... Jeg synes det er ... Det er bra! ...».</i></p> <p><i>«... Ja, men nå har de jo så mye annet å gjøre så de tar ting på sparket kanskje - når de har tid og det faller naturlig i deres rutiner og gjøremål og det er jo i og for seg greit. Vitsen er at de er tilgjengelig her - og det er de jo alle sammen hele tiden. Det må være at jeg kan stille dem spørsmål og det føler jeg at</i></p>

Hovedkategori 3	Underkategorier:	Meningsfulle enheter:
		<p><i>jeg har fått gjort - og er det noe de ikke kan svare på så går de til legen og spør og så blir man kalt inn til legen og får svar der ...».</i></p> <p><i>«... «Søstrene» er jo så greie og er det noe så kommer de å henter til deg - og legen ved innkomst – så du har en trygghet! Du blir ikke satt bort i en krok for deg selv! Alle er i samme situasjon og blir innkalt til legen og tar prøver. Det er en veldig positiv ting, altså ... Sikkerhet! At du blir lagt merke til! ... du føler at du blir lagt merke til? Ja! Ja!</i></p> <p><i>Hvordan skjer det – hvordan skjer den oppmerksomheten? Jeg vil si trygghet - her på Daghospitalet. Det er kanskje ikke alt – men det er trygghet som er det spesiell akkurat om dette her ...».</i></p> <p><i>«... Når det gjelder det medisinske, så spør de meg jo hvordan jeg har det ... Og hvis jeg for eksempel sier at jeg er; «jeg skjønner ikke hvorfor jeg er så kvalm», og at de da liksom tar det spørsmålet opp, - hvorfor jeg er det og tar det seriøst - det synes jeg jo ...».</i></p> <p><i>«... Ja! Fordi at de har jo sagt at jeg kan gå å hvile meg hvis jeg blir sliten. Og det har skjedd, og da har de jo med en gang låst meg inn på et rom og lagt til rette for meg at jeg kan hvile meg der. Så det ... - og ellers er det ikke noe jeg egentlig savner ...».</i></p>
	Miljøet oppleves demokratisk, fritt og forutsigbart	<p><i>«... Vi har det jo såpass demokratisk og fritt her ... og vi kan komme å spørre og ikke akkurat gjøre som vi vil men vi får våre ønsker innfridd. Så, ja, nei, jeg vet ikke».</i></p> <p><i>«... Nei,- jeg kan ikke komme på noe nå ... Fordi ... - som sagt så er det så bra her så ... Hva skal vi ønske oss noe mer? Vi får mat og har sosial samling alle vi pasientene her og så går vi og trener under kyndig veiledning av fysioterapeut - eller vi trener for oss selv, slik jeg holdt</i></p>

Hovedkategori 3	Underkategorier:	Meningsfulle enheter:
		<p><i>på med da du kom ... så vi får lov til å trene så mye vi vil etter evne og behov og sånn ... og hva vi skal medvirke med - det vet ikke jeg ... - Vi får lov til å delta på møter i slagforeningen ...».</i></p> <p><i>«... Så men hva jeg ikke kan medvirke i må jo være rutiner som er ... Men det er klart jeg kan sende forslag. Det er sikkert noe sånt her som andre steder – hvis jeg oppdager etter hvert at hvorfor kan de ikke heller gjøre sånn – at man da kan komme med et forslag hvis man synes det har noe for seg til å forandre rutiner for eksempel ...».</i></p>
<p>Oppsummering hovedkategori 3: Anerkjennelse har betydning for å medvirke</p> <p>Medpasienter betyr nye bekjenskaper som bidrar til hygge, prat, tilhørighet og informasjonsutveksling. Pårørende og venner innebærer tilhørighet, å kunne klare seg hjemme, sosial kontakt, noen å bry seg om og hjelp, samt sorgarbeid og bortfall av aktiviteter ved venners dødsfall. Miljøet beskrives som forutsigbart, fritt og demokratisk. Man faller inn i et system og behandlingsopplegget er rutinepreget, men fungerer såpass godt at behovet for å medvirke av den grunn reduseres. Samtidig oppfattes system og rutiner ikke så rigide at man ikke kan stille spørsmål eller at de ikke kan endres hvis man har gode forslag til forbedringer. Helsepersonellet oppleves tilgjengelige hva angår sosial kontakt og å få dekket grunnleggende behov og tar sykdomssymptomer på alvor.</p>		

6 DISKUSJON

6.1 Studiens kvalitet

Vitenskapelig kunnskap er ikke evige sannheter og ulike tilnærminger og forutsetninger skaper ulik kunnskap. Dette er i tråd med epistemologien som tilkjenner en ydmyk og reflekterende, selvkritisk holdning til kunnskap og egen vitenskapelighet (Malterud, 2013). Til tross for debatten omkring hvilke standarder, begreper og vurderingskriterier som bør benyttes i vurderingen av en studies kvalitet anses validitet og pålitelighet (trustworthiness) fortsatt som anerkjente vurderingskriterier innen både kvantitative og kvalitative forskningstradisjoner. Pålitelighet beskrives som graden av tillitt man har til eget datamateriale, vurdert ut fra kriteriene for troverdighet, overførbarhet og pålitelighet (Polit & Beck, 2012). Disse tre vurderingskriteriene ses her ut fra Polit & Beck (2012) og Graneheim & Lundman (2004), samt Malterud, (2013). Å vurdere studiens kontekstuelle og/eller metodologiske kvalitet for bruk i klinisk praksis er vanskelig hvis studien baseres på unøyaktighet, partiskhet, feilrapportering eller feiltolkninger. Troverdighet innebærer et fokus rettet mot forskningen og relateres til tillitt til hvor godt datamaterialet og analyseprosessen passer til og besvarer forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2012). Pålitelighet tilkjenner at forskning bør være konsekvent og stabil over tid og under samme kontekstuelle situasjoner/betingelser (Polit og Beck, 2013). Dette innebærer å ta i betraktning faktorer som gir instabilitet av fenomenologisk eller analytisk art (Graneheim & Lundman, 2004). Overførbarhet vedrører hvorvidt funnene kan overføres eller ha anvendbarhet i/for andre situasjoner og/eller grupper (Polit & Beck, 2012).

6.1.1 Utvalget

Det første steget hva angår troverdighet starter ved utarbeiding av problemstillingen og forskningsspørsmål, utvalgskriterier og metode for innsamling av data (Graneheim & Lundman, 2004). Problemstillingen oppsto i kjølevannet av min refleksjon over hva som påvirker eldre menneskers medvirkningsmuligheter. Da studiens problemstilling, hensikt og formål var formulert var det tydelig at en kvalitativ forskningsmetode, med bruk av individuelle dybdeintervjuer var riktig framgangsmåte. Dette fordi problemstillingen etterspurte opplevelse/erfaring/mening vedrørende et tema. Malterud (2013) sier det bør være konsistens mellom de teorier, metoder og data som gir kunnskap om et tema og problemstillingen, samt at det er viktig at problemstillingen bestemmer metode – ikke omvendt.

Utvalgskriteriene ble laget ut fra en etisk refleksjon i forhold til konsekvens og faglig forsvarlighet overfor forskningsdeltakerne. Dette innebar at en eventuell inkludering av mennesker med sterkt redusert psykisk eller mental funksjon ble ansett som paternalistisk hva angår pasientgruppens ressurser. Også sett i forhold til forskers manglende erfaring med dybdeintervjuer og rammebetingelsene for en masteroppgave.

Graneheim og Lundman (2004) sier videre at det å velge forskningspersoner med ulik bakgrunn øker mulighetene for å kaste lys over ulike aspekter ved forskningsspørsmålet. Det ble avviklet et informasjonsmøte med de ansatte hvor de fikk informasjon om studien som sådan og inklusjonskriteriene. Det ble diskutert litt fram og tilbake i forhold til variasjon i utvalget, se også kapittel 4.6.1, og hvilke av pasientene som var ønskelig å ha med ut fra inklusjonskriteriene. De pasientene som av ansatte ved Daghospitalet ble ansett som aktuelle forskningsdeltakere ble deretter forespurt om de ønsket å delta i studien. Fem kvinner og fire menn over 67 år, som hadde vært innlagt ved Daghospitalet i minst to uker, med ulike diagnoser, utdanningsnivå- og yrker, samt ulike generasjoner av eldre ble inkludert i studien. Studien kan her kritiseres for at det ikke ble ført større kontroll hva angår valg av forskningspersoner med tanke på at ansatte fritt kunne velge ut pasienter som de anså som spesielt positive til Daghospitalets virksomhet. På den annen side avvises en slik tilnærming av pasientenes uttalelser, der Daghospitalets virksomhet beskrives på «godt og vondt». Rekrutteringsmåten bør også ses opp imot etiske aspekter i forhold til påvirkning av forsker og frivillig deltakelse, se punkt 4.9.2.

Graneheim og Lundman (2004) sier det er viktig med tilstrekkelig datamengde for å belyse problemstillingen, noe som kan variere med fenomenets kompleksitet og dataenes kvalitet. Pasientene ved Daghospitalet virket oppriktig interesserte og glade for muligheten til å få uttale seg og at «noen» talte deres «sak». Avtaler om intervjuer ble gjort i løpet av kort tid. Enkelte som underveis uoppfordret meldte sin interesse måtte dessverre avvises. Dette grunnet masteroppgavens rammer, samt at metningspunktet ble ansett oppnådd relativt raskt da mange av de samme temaene kom frem under intervjuene etterhvert. Interessen tatt i betraktning ble det ikke ansett etisk riktig å avlyse allerede inngåtte intervjuavtaler. Samtidig er forskning også en nytt område, slik at tanker om et eventuelt oppnådd metningspunkt blandet seg med usikkerhet, samt at man anså det bedre å ha for mye datamateriale, enn for

lite. Hva angår kvaliteten på datamaterialet så etterspør studien noens opplevelse av noe. I henhold til fylldigheten i de avgitte svarene anses kvaliteten slik sett å være god. På den annen side anses ikke intervjuer å innhente faktiske opplysninger. Ei heller følelser, opplevelser eller erfaringer, men det intervjupersonene anser som passende svar (Silverman, 2006). Dog ville muligens empirien sett noe annerledes ut med et annet utvalg.

6.1.2 Intervjuene

Polit og Beck (2013) sier at god kvalitativ forskning gjenspeiles ved at kvaliteten vurderes fra start til slutt. Under utformingen av prosjektbeskrivelsen ble jeg i større grad bevisst begrepet medvirkning sin kompleksitet. Det ble derfor viktig å forklare hva dette dreide seg om i informasjonsmaterialet som skulle gis pasientene. Ved utarbeiding av intervjuguiden ble spørsmålene formulert slik at de egnet seg for personer uten helsefaglig bakgrunn. Dette innebar å unngå bruk av fagterminologi- og begreper, samt å finne synonymer til eksempelvis ordet medvirkning. I situasjoner der pasientene ikke forsto spørsmålet ble spørsmålet omformulert, slik at det ble forståelig for forskningspersonen. I tilfeller der pasientene ikke klarte å uttrykke det de mente, ble det stilt spørsmål som kunne bekrefte eller avkrefte en antakelse av hva de ønsket å fremme. Det ble også stilt oppfølgingsspørsmål for å få belyst en situasjon eller tema ytterligere eller om forskningspersonen var forstått rett, se eksempler punkt 4.6.3 og kapittel 5. De svake punktene hva angår selve intervjuene var at min forståelse muligens påvirket min måte å stille oppfølgingsspørsmål på, eksempelvis at de ble ledende. Der dette har skjedd, vil funnene i så fall være preget av dette. Som førstegangsintervjuer ble jeg nok noe bundet av intervjuguiden for ikke å gå glipp av de ulike aspektene vedrørende medvirkning. Hvorvidt dette eventuelt har påvirket innholdet i intervjupersonenes uttalelser og analysen i vesentlig grad er usikkert.

Graneheim & Lundman (2004) sier at stor datamengde og datainnsamling over tid innebærer en utviklingsprosess hva angår kunnskap om et tema. Ny og utvidet innsikt kan (hermeneutisk spiral) influere på oppfølgingsspørsmål eller redusere fokuset (Graneheim & Lundman, 2004). Det ble foretatt et pilotintervju i forkant av intervjuenes oppstart, som ble ansett å besvare problemstillingen. I og med at intervjuguiden dannet utgangspunkt for spørsmålene og oppfølgingsspørsmål ble relatert til eksempelvis å få bekreftet egen forståelse av det forskningspersonen sa, anses ikke den stadig utvidede kunnskapen vedrørende medvirkning å ha påvirket det innsamlede datamaterialet som sådan.

Ved rekruttering mottok forskningspersonene muntlig informasjon vedrørende mitt tidligere ansettelsesforhold til Daghospitalet. Samtidig hadde ingen av intervjupersonene noe forhold til meg som sykepleier. Dette kan ha påvirket forskningspersonenes opplevelse av å kunne være oppriktig hva angår deres omtale av sine erfaringer ved Daghospitalet, samt måten å omtale ansatte på. Intervjuene foregikk på samtalerom hvor vi kunne snakke uforstyrret, og de meningsfulle enhetene i analysen synes å belyse opplevelsen og betydningen av å medvirke på «godt og vondt». Forskningspersonene fikk muntlig informasjon og mulighet til å stille spørsmål både i forkant og etterkant av intervjuene. I tillegg til annen informasjon ble det, blant annet, gitt uttrykk for at studien var en del av min mastergrad og ikke en del av en intern evaluering som sådan. På den annen side oppfattet muligens noen av forskningspersonene enkelte spørsmål som evalueringsspørsmål, noe som kan ha påvirket svarene og funnene i studien her. En slik tolkning kom via uttalelser som «... jeg er fornøyd med det som er, så jeg har i grunnen ikke noe å klage på jeg ...». Dette til tross, viser svarene samlet relativt stor enighet omkring hvilke områder som oppfattes positivt og negativt, samt at pasientene fikk snakke fritt innenfor det enkelte «tema» fra intervjuguiden.

Grimen (2001) sier at tillit også innebærer makt. Pasientene ikke har noen annen mulighet enn å stole på helsepersonellet og at de gjennom sin legitimitet eier makt over pasientene, som blir stående i «takknemlighetsgjeld» (Grimen, 2001). I et forsøk på å utjevne maktforskjeller og oppnå tillit ble det gjort løselige «bli-kjent-avtaler» via helsepersonellet på Daghospitalet for en første presentasjon der intensjonen var å gi informasjon, svare på spørsmål og gjøre intervjuavtaler med deltakere som var tenkt inkludert i studien. Samtalene foregikk på en uformell måte og håpet var at dette ville åpne opp for en tillitsfull relasjon. Det virket som om intervjupersonene syntes deltakelsen virket å være i «ordnede former» siden alt foregikk på Daghospitalet, og at dette også positivt påvirket deres tillit til meg som forsker. Dette kan relateres til tillit til mellompersoner, slik Grimen (2001) beskriver det. Presentasjon og førsteinntrykket var allerede dannet ved intervju-tidspunktet og det ble forsøkt å lage en positiv, tillitsvekkende og noe uformell «stemning» rundt intervjuene, slik at forskningspersonene turte å være personlige og åpne,- selvfølgelig noen mer enn andre. Intervjupersonene hadde anledning til å kunne snu seg bort fra meg hvis dette følte riktig i intervjusituasjonen. Samlet sett anses dette å ha betydning for hvordan intervjupersonene følte seg og oppfattet intervjusituasjonen. Gjennom å fortelle og vise takknemlighet for at de var

behjelpelige med å belyse valgte tema, håper jeg intervjupersonene fikk en følelse av å ha gjort noe betydningsfullt for en annen (altså meg), samt at de muligens ble bevisst egen makt hva angår å besitte informasjon andre er interessert i å vite noe om. Altså generere og bevisstgjøre makten hos en annen person (Grimen, 2001). Min lojalitet overfor forskningspersonene ble søkt vist gjennom å ikke gjenfortelle til andre hva som var blitt sagt under intervjuene.

Alle intervjupersonene fortalte uoppfordret om personlige anliggende ved eget liv og helse – også negative anliggende ved Daghospitalet og dette anses som at de hadde tillit til meg som forsker. Også min sykepleiefaglige bakgrunn, med erfaring fra hjemmesykepleien og Daghospitalet, kan muligens også ha hatt en innvirkning på tillitt og hvordan intervjupersonene forholdt seg. Min faglige bakgrunn kan gjensidig ha påvirket egen atferd og hvordan oppfølgingsspørsmål ble stilt. Dette i forhold til kunnskaper om aktiv lytting, kommunikasjon og veiledning. Min «posisjon» kan dermed ha medført at intervjupersonene har fortalt mer enn hva de i utgangspunktet ønsket og slik medført en utilsiktet, etisk uønsket situasjon. Intervjupersonene ble informert om når opptakene startet og ble avsluttet.

6.1.3 Dataanalyse

Konteksten og klimaet intervjuene foregår i påvirker hva slags kunnskap man gis tilgang til. Tilliten innebærer at forskningspersonene stoler på at forsker ikke misbruker eller er illojal mot kontekst og det som var den egentlige meningen med som ble sagt (Malterud, 2013). Graneheim & Lundman (2004) sier at å finne passende hoved- og underkategorier i datamaterialet er viktig for god troverdighet, samt at analysens mening kan tapes under kondensering og abstrahering av datamaterialet. Videre, sier de at enighet om hvorvidt de utarbeidede kategorier er dekkende for innholdet i datamaterialet er viktig (Graneheim & Lundman, 2004).

Tolkningen av pasientenes utsagn startet allerede under intervjuene og gav opphav til temaer. Jeg spilte lydopptaket om igjen i de tilfeller hvor opptaket var utydelig. Der jeg ikke forsto hva som ble sagt ble merket med «utydelig». Diagnoser, sykehusnavn og personlige historier som kan identifisere ble merket i transkripsjonen, eksempelvis med «diagnose» og «sykehusnavn». Underveis i analysen lå fokuset på hvilken mening de enkelte sitatene gav, noe var til hjelp hva angår å finne relevante meningsbærende enheter. Under analysen er det

søkt å være lojal til forskningspersonenes kontekstuelle mening i de utarbeidede hoved- og underkategoriene. Dette vises via direkte sitater fra datamaterialet som belyser ulike aspekter ved de utarbeidede hoved- og underkategoriene. To andre forskere har også vurdert analysearbeidet sammen med meg og deres kritikker er innarbeidet i analysen. Studien kan kritiseres for at man ikke har spurt forskningspersonene om hvorvidt de kjenner seg igjen eller ikke, altså etterprøvbarhet slik Malterud (2013) beskriver det. Dette i tillegg til at både tidligere og nåværende ansettelsesforhold ved Daghospitalet kan ha påvirket analysen i forhold til «hva som fremtrer».

Til tross for muntlig og skriftlig informasjon som var gitt i forkant av intervjuene hvor medvirkning ble forsøkt forklart som en rettighet, ble medvirkning av forskningspersonene ofte relatert til aktiviteter de kunne delta fysisk i, eksempelvis sosial kontakt og fysisk aktivitet. Denne forståelsen kan muligens være påvirket av at den utgitte informasjonen har vært uklar og slik påvirket funnene i analysen. Samtidig viser intervjuguiden ulike aspekter ved medvirkning og gir slik en rik beskrivelse av opplevelsen og betydningen av medvirkning. Forskningspersonenes forståelse av medvirkning bør også ses i lys av konteksten intervjuene foregikk under; altså ut i fra pasientenes opplevelse av å befinne seg i en rehabiliterings- og utredningssituasjon ved et sykehus, hvor trening og sosial omgang med pasienter er en stor del av «settingen».

Graneheim & Lundman (2004) mener det er opp til leseren å bestemme hvilke resultater som kan overføres. Polit & Beck (2012) sier videre at det er forskers ansvar å skaffe til veie tilstrekkelig beskrivende materiale til at andre kan vurdere anvendbarhet av datamaterialet i andre kontekster. Studiens utvalg er for lite til å kunne generaliseres, men funnene kan muligens benyttes av andre som arbeider tverrfaglig innen rehabilitering overfor eldre mennesker og/eller komplementere andre studier (analytisk generalisering). Som nevnt tidligere er forskningspersonenes bakgrunn og utfordringer ulike, men samtidig gir de sammenfallende beskrivelser eller svar på flere områder. Dette kan innebære at funnene er relevante for flere enn de ni som ble intervjuet her; definisjonen av medvirkning, samt at mestring og anerkjennelse har betydning, kan antas gjenkjennbart for flere. En svakhet er at studien retter seg kun mot eldre som ikke har redusert psykisk eller mental funksjon og at funnene sannsynligvis ikke er overførbare til pasientsituasjoner der slik funksjonsnedsettelse forekommer, eller for eldre pleietrengende ved sykehjem.

Som tidligere nevnt ser studien her på forskningspersonenes opplevelse av medvirkning og betydningen dette har for dem, samt retter fokuset mot ulike samfunnsmessige kontekster som har betydning for eldre menneskers medvirkningsmuligheter. Dette til forskjell fra annen forskning relatert til sammenfallende emne og pasientgruppe, som ofte relateres til aktiviteter i dagliglivet (ADL-funksjoner). Det studien heller ikke tar for seg er hvorvidt helsepersonells opplevelse av pasientenes medvirkningsmuligheter er sammenfallende med pasientenes eller ikke.

For å hjelpe leseren til å vurdere denne studiens overføringsverdi har jeg ovenfor søkt å redegjøre for studiens utvalg, intervjuer og datanalyse. Graneheim & Lundman (2004) sier at påliteligheten øker hvis funnene presenteres slik at leseren gis mulighet til å se etter alternative løsninger og funn. Dette søkes oppnådd via metodediskusjonen her, samt presentasjon av funnene i tabell 2, kapittel 5, som viser et rikelig antall meningsfulle enheter.

Kvalitative intervjuer gir en stemme der meninger, håp og bekymringer kan uttrykkes (Kvale & Brinkmann, 2010). Kontekst kan defineres som og avhenger av situasjonen eller omstendighetene hendelsen skjer i (Bø og Helle, 2002) og kan i denne sammenheng relateres til de individuelle og samfunnsmessige påvirkninger, holdninger og perspektiver den enkelte både ser og ses ut i fra (se punkt 3.2). I det følgende drøftes funn og fortolkninger opp mot tidligere forskning og annen faglitteratur for å søke å belyse og besvare denne studiens problemstilling.

6.2 Hvordan opplever eldre mennesker pasientmedvirkning og hvilken betydning har medvirkning for dem? Hva fremmer og hva hemmer eldre menneskers medvirkningsmuligheter?

Helse relateres til salutogene faktorer i livene våre. I og med at helse oppstår i samspill med omgivelsene rundt oss er helse nært forbundet med demokrati. Helse innebærer, blant annet, å bli anerkjent for den vi er og deltakelse ut i fra de ressursene vi er besittelse av. Medvirkning er et helsepolitisk fokus hvor nåtidens oppmerksomhet spesielt er rettet mot individets deltakelse og ansvar for egen helse, noe som involverer det helsefremmende perspektivet og empowerment (Askheim, 2012). I det følgende vil hovedfunnene fra hver hovedkategori

drøftes i forhold til hvilke samfunnsmekanismer som kan påvirke mulighetene for medvirkning for eldre mennesker.

6.2.1 Medvirkning som begrep

Medvirkning innebærer deltakelse og samarbeid

Forskningspersonene definerer medvirkning som deltakelse og samarbeid. Deltakelse ble relatert til å ytre sin mening, stille spørsmål og komme med forslag til forbedringer til behandlingsopplegget. Samarbeid innebar innflytelse på ønsker og behov, samt å kunne øve kontroll over egen situasjon i samspill med helsepersonellet.

Cahill (1998) forteller at medvirkning har vært ansett som et viktig område innen helsevesenet helt siden 1980-tallet, og er et komplekst begrep som, på grunn av kultur, sosial utvikling og samfunnsstruktur, gir ulike oppfatninger av praksisutøvelse. Ordet medvirkning (participation) kommer fra det Latinske «participate» som betyr «å ta del i», noe som indikerer aktiv involvering eller deltakelse sammen med andre. På 1980-1990-tallet ønsket pasientene å medvirke gjennom å benytte helsepersonell som en ressurs hva angikk informasjon og beslutningsdeltakelse, samt å medvirke i beslutningsprosesser. Eldre pasienter og svært syke foretrakk en mindre aktiv rolle, samt ønsket å medvirke i behandling og pleie som ikke innbar medisinsk ekspertise. Den tradisjonelle, passive pasientrollen var fortsatt akseptert og ønsket av mange pasienter (Cahill, 1998). Dette kan også finnes igjen i nyere forskning og aktualiseres på nytt, slik vi vil se i den videre drøftingen, også i denne studien.

Helse fremmes når vi føler oss trygge og som en akseptert del av omgivelsene våre og innebærer at motstandskraft (resilience) mot sykdom og redusert funksjon oppstår som følge av trivsel og livskvalitet (Daatland & Solem, 2011). Eldre tilpasser ressurser og mål ut fra sine medvirkningsmuligheter og aldri trenger ikke utgjøre en barriere for medvirkning, men enkelte ganger må medvirkningsevnen bygges opp (Kirkevold, et al., 2008). Som nevnt tidligere avhenger grad av medvirkning av hvor i prosessen pasienten befinner seg og går fra å si sin mening til full beslutningsmyndighet (Bredland et al., 2011). Tidspunktet pasienten(e) innlemmes i beslutningsprosessen har betydning for graden av og hva medvirkningen innebærer. Jo tidligere pasienten(e) innlemmes i arbeidet, jo større innflytelse har de. Pasientmedvirkning involverer også helsepersonells evne til å gi oversikt over konsekvenser og valgmuligheter. Dette kan eksempelvis være svar på undersøkelser, slik at pasienten(e) kan

forstå egen situasjon og eventuelt ta avgjørelser på egne vegne (Bredland et al., 2011). På den annen side vedrører dette også i hvilken grad pasienten(e) selv ønsker å medvirke, noe som vil drøftes senere. Den definisjonen denne studiens forskningspersoner gir av medvirkning spenner seg altså fra det å ytre sin mening til det å eie kontroll i samspill med helsepersonellet. Medvirkningen skjer altså i et spenn mellom hvilket handlingsrom forskningspersonene opplever å ha og/eller i hvilken grad de selv ønsker å medvirke (Bredland, et al., 2011), og indikerer en delvis medvirkningsgrad. Forskningspersonenes definisjon må også ses i lys av den biomedisinske konteksten medisinsk utredning og rehabilitering ofte foregår i, og at sykdom gir usikkerhet omkring livssituasjonen. Videre, er mange av dagens eldre oppvokst med en patriarkalsk samfunnsorientering, samt at eldre ofte ikke ønsker så stor valgfrihet (Bredland, et al., 2011). Som alle andre i utsatte livssituasjoner har vel også eldre i ulik grad behov for mestringsstøtte, men dette kan ikke samtidig ses som en fraskrivning av egen beslutningsmyndighet. Mestring avhenger, som tidligere nevnt, av hvor vanskelig situasjonen oppfattes og hvorvidt graden av støtte tilsvarer behovet eller ikke.

Sett fra et allmennmenneskelig synspunkt kan medvirkning defineres som å engasjere seg eller bli involvert i en beslutningsprosess, tjeneste eller bedømmingen av en tjeneste, eller bli konsultert i en viktig sak (Cahill, 1998). Immanuel Kants allmenmoraliske autonomibegrep vektlegger at mennesket har en verdi i seg selv, som springer ut fra deres egenskap til å lage egne målsetninger (Hoffmann, 2002). Pasientrettighetslovens regler om pasientmedvirkning innebærer pasientens rett til informasjon og deltakelse i vurderinger hva angår behandling og avgjørelser (autonomi). Intensjonen er at pasienten skal ha innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet, på en måte som ivaretar pasientenes rettigheter og bidrar til tillit i forholdet mellom pasient og helsepersonell (Jensen, 2012). Informasjonen skal være tilstrekkelig og utgjør pasientens grunnlag for deltakelse. Medvirkning innebærer også samarbeid og indikerer dermed en relasjon mellom pasienten og helsepersonell (Tveiten, 2007).

Forskningspersonenes definisjon står seg altså både i forhold til tidligere forskning og nåtid, juridisk og allmenn oppfatning av hva medvirkning innebærer.

Definisjonen av medvirkning som deltakelse og samarbeid med helsepersonellet kan slik anses som forhold som kan fremme helse, og dermed relateres til salutogenese og empowerment og det å oppnå «makt sammen med» noen, der en relasjon styrker og virker positivt inn på pasientenes opplevelse og tilfriskning (Askheim, 2012).

Autonomi og informasjon har betydning for medvirkning

Autonomi og informasjon anses vanskelig å diskutere hver for seg, og drøftes derfor under ett. Forskningspersonene forteller at de anser informasjon og autonomi av betydning for å medvirke. De får informasjon og svar på spørsmålene sine. Samtaler vedrørende forventningsavklaringer og framtid, svar på spørsmål og opplysninger om sykdom og sykdomskonstitusjon vektlegges. Hva angår autonomi anses det viktig å medvirke hele tiden og så lenge man har krefter og ressurser til det, samt at man sier ifra ved uenighet eller noe man reagerer på.

Dette antyder at eldre mennesker, til tross for alderdom og sykdom, har positive ressurser til å eie myndighet over eget liv og helse ut fra egne forutsetninger og premisser hvis de opplever støtte fra omgivelsene. Eldre mener medvirkning har stor betydning og at de ønsker medvirkning og deltakelse i samfunnet. Samtidig er eldre en av de gruppene som deltar minst (St.meld. nr. 21 (1998-99), 1998). Dette til tross for lovverk om pasientmedvirkning og at eldre i utgangspunktet skulle eie større samfunnsinnflytelse, eksempelvis via eldrerådsloven (1991) (se s. 22). Studier viser at man også på det individuelle plan finner denne delingen mellom eldre menneskers faktiske opplevelse av medvirkning, helsepolitiske målsetninger, lovverk og helsetjenester. Studien til Vik et al., (2007) viser at omgivelsenes press for å oppnå større ADL ble en barriere mot medvirkning og studien til Wikman & Fältholm (2006) som viser at informantene ikke visste om sin mulighet til å øve innflytelse på egen rehabiliteringsprosess forteller noe om dette. Når eldre ikke gis anledning til deltakelse kan dette anses som diskriminering. Både autonomi og informasjon har betydning for å bibeholde «menneskets iboende verdighet», slik FN sier det og målet med medisinsk behandling og rehabilitering er å bidra til aktive og deltakende pasienter (Bredland, et al., 2012). Men dette fordrer at de «får lov» og både samfunn og helsepersonell har innvirkning på eldre pasienters medvirkningsmuligheter (Longtin et al., 2010).

Helsepersonell har tradisjonelt en legitim makt. Avgjørelser som tar utgangspunkt i fag og institusjonens rutiner til ulempe for pasienten kan anses paternalistisk, noe som kan påvirke pasientenes tilstand i negativ retning. Motsatt utvikles helseressurser og medvirkningsmuligheter via informasjon og anerkjennelse, slik at pasienten kan ta en kompetent avgjørelse (autonomi). For helsepersonell innebærer dette både en faglig etisk og juridisk forpliktelse overfor sårbare personer (Hoffmann, 2002). Medvirkning har rettsstatus i

og med pasientrettighetsloven, men denne rettigheten synes kanskje ikke å anerkjennes helt når eldre utsettes for diskriminering. Dette antyder en inkonsistens i holdninger mellom samfunnet som lovgiver og samfunnet som helsefaglig tjenesteyter.

En vanlig person her i Norge er kanskje ikke undertrykt, men enkelte grupper, som eksempelvis eldre, møter fortsatt diskriminerende holdninger både i sosiale og samfunnsmessige sammenhenger, eller passiviseres når de møter helsevesenet (Bredland, et al., 2012). Hvorvidt eldre gis mulighet til medvirkning kan avhenge av ulik argumentasjon, tjenestenivå, valg av tidspunkt og tema, samt kontekst og hva som legges i medvirkningsbegrepet på de ulike tjenestestedene, noe som medfører ulike praksiser (Jenssen & Tronvoll, 2012).

Helsepersonells ansvar hva angår tilrettelegging for helsebringende prosesser og relasjonsarbeid i forbindelse med pasientmedvirkning er ofte gitt et stort fokus (Jenssen & Tronvoll, 2012), både faglig og i samfunnets kritikk av helsevesenet - kanskje med rette (?). Men det som ikke har like stort fokus er at helsefremmende relasjonsarbeid er tidkrevende arbeid og stiller krav til større helsepolitisk tilrettelegging (Tveiten, 2007), eksempelvis i forhold til bemanningssituasjoner. I tillegg aktualiseres også hvordan og hvorvidt relasjonsbygging, samtaler og samarbeid regnes som arbeid som gir inntjening og hvordan dette synliggjøres budsjettmessig og i årsrapporter (Tveiten, 2007). Samlet utgjør dette organisatoriske, institusjonelle hindringer, linket opp mot den samfunnsprioritet helsefremmende arbeid reelt har. Dette med tanke på at WHO ikke antyder noen prioriteter eller midler i arbeidet med å integrere helsefremmende modeller. Videre er det forskjell på å være kjent med begrepet medvirkning og helsefremming og det å være en kompetent helsefremmer (Aujoulat et al., 2001). Heller ikke Norske helsepolitiske føringer virker å si noe om hvilket ansvar som påligger samfunnet og hvilket som påligger den enkelte innbygger. Når folkehelsemeldingen da sier det bør være en balanse mellom den enkeltes ansvar for egen helse og fellesskapets ansvar for befolkningens helse, samt at politiske intensjoner retter seg mot sosial utjevning, lokal befolkningsdeltakelse og individuell medvirkning (St. meld. nr. 20 (2006-2007), 2006); Meld. St. 34 (2012-2013), 2012), virker dette å kunne påvirke eldre menneskers medvirkningsmuligheter i negativ retning.

Når denne studiens forskningspersoner forteller at autonomi og informasjon har betydning for å medvirke, får eventuelle manglende samfunnsmessige forutsetninger betydning. Spesielt når annen forskning forteller at sosial deltakelse ved 75 års alder tilsier fortsatt sosial deltakelse ved 80 år. Dette understreker viktigheten av preventive samfunnsmessige, helsefremmende intervensjoner i forhold til opprettholdelse av medvirkning, sosial deltakelse og funksjonsevne hos eldre (Sørensen et al., 2002).

Tveiten (2009) aktualiserer helsepersonells pedagogiske funksjoner og utdanning av helsepersonell hva angår kunnskaper om dialog og relasjonsarbeid. Her fortelles det at helsepersonell anser dialog som viktig for pasienters helse og medvirkning, men ikke tror pasientene deler denne oppfatningen. Videre, påpekes organisasjonsstrukturelle utfordringer hva angår manglende tid til pasientsamtaler (Tveiten, 2009). Økte kunnskaper om kommunikasjon og helsepersonells bevisstgjøring på egen definisjonsmakt i forhold til eldre kan medføre en positiv samfunnsmessig holdningsendring, som utvider deres forhandlingsrom i samfunnet (motmakt) (Askheim, 2012). Dette sammen med en erkjennelse av at helsefremming og utvikling av eldre pasienters empowerment, autonomi og medvirkning ikke bare avhenger av personlige egenskaper, men også samfunnets holdninger (Sørensen et al., 2002). Samtidig bør man være oppmerksom på at til tross for fokuset på et mer samfunnsmedisinsk, helsefremmende perspektiv og at helsevesenet i større grad retter seg i en holistisk retning, så har helseforetakene tradisjonelt vært - og er fortsatt innrettet mot det biomedisinske, sykdomsforebyggende perspektivet (Aujoulat et al., 2011). En større vektlegging av helsefremming blir viktig når eksempelvis Foss (2011) forteller at den samfunnsmessige tilretteleggingen hva angår tiden helsepersonell har til disposisjon kommer i konflikt med idealene om en holistisk pleie og behandling. Videre fortelles at eldre menneskers møte med helsevesenet var preget av at eldre sine behov kom i konflikt med sykehusets krav om effektivitet (Foss, 2011). Holm & Severinsson (2013) mener at tilegnelse av kulturell kompetanse er noe som tar tid å endre i store helseforetak. Studien til Cahill (1998) innledningsvis virke å kunne bekrefte dette.

Definisjonen av medvirkning som deltakelse og samarbeid, samt de positive helsefremmende ressursene som legges i betydningen av informasjon og autonomi virker således å stå i et motsetningsforhold til ulike samfunnsmessige krefter.

6.2.2 Mestring har betydning for å medvirke

Å bruke egne ressurser gjør situasjonen håndterbar

Denne studiens forskningspersoners positive mestringsressurser ble synliggjort via å planlegge spørsmål i forkant av konsultasjoner.

På individnivå (empowerment) anses medvirkningsmuligheter å være en helsefremmende ressurs som oppstår i samspill med omgivelsene og samfunnsstrukturer, betinget av oppøving av indre, positive egenskaper og motstandsressurser (OAS) (Antonovsky, 2012). Å beholde liv og verdighet slik man kjente det før sykdom og funksjonsnedsettelse inntrådte kan eksempelvis være å benytte seg av den kompetansen helsepersonell utgjør for å orientere seg og slik få et mer helhetlig bilde av sykdom og sykdomskonstitusjon. Det å inneha de ressursene som skal til for å takle utfordringer og dermed gjenvinne kontroll, kan relateres til komponenten håndterbarhet i OAS (Antonovsky, 2012). Slike positive mestringsmekanismer kan tilskrives salutogenese og at personer med høy OAS vil foreta de rette avgjørelsene for seg og sin helse (her stille spørsmål for mer informasjon). Dette til forskjell fra mennesker med lav OAS (Antonovsky, 2012). Langeland (2009) sin studie sier at salutogenesen søker de positive mønstre for helse, som utgjør en spiral i forhold til OAS, hvor en person settes i stand til å mobilisere og bruke tilgjengelige ressurser (Langeland, 2009). Slik kan egne ressurser, informasjon og tillitvekkende atferd fra helsepersonell virke terapeutisk og påvirke tilfriskningsprosessen positivt (Foss, 2011). Dette bekreftes også av studien til Stacey et al., (2014) der beslutningsstøtte fra helsepersonell var av betydning for pasientene hva angikk økt helsekunnskap og risikoforståelse, konsistens mellom verdier og behandlingsvalg, samt opplevelse av å være deltakende og i samsvar med egne verdier (Stacey et al., 2014).

Situasjoner der eldre pasienter planlegger spørsmål i forkant av fastsatte konsultasjonstider kan også settes i sammenheng med helsepersonells opplevelse av inkonsistens mellom faglige idealer og tid til rådighet (Foss, 2011). Hva angår å imøtekomme holistiske idealer i forhold til sykehusenes krav om effektivitet, kan jo fastsatte avtaler nettopp forstås som et forsøk på å ivareta pasientenes rett til medvirkning og informasjon. Samt være en oppfordring til pasientene om å ta i bruk egne ressurser. Dette sett i lys av at helsepersonell søker å imøtekomme pasientene med en holistisk tilnærming innen et biomedisinsk system (Aujoulat et al., 2001).

På den andre siden får eldre menneskers måte å medvirke på betydning i situasjoner ved eksempelvis behov for informasjon. Dette fordi eldre menneskers behov for medvirkning ikke nødvendigvis uttrykkes direkte og som en rettighet, men mer handler om å velge riktig strategi i sin tilnærming til helsepersonellet. Dette ut i fra situasjon og diskurs den eldre opplever seg imøtekommet med. Tilnærmingen til helsepersonellet skjedde på en subtil eller usynlig måte (Foss, 2011). En slik tilnærming kan bunne i eldre menneskers verdier i forhold til å ha respekt for «øvrighetspersoner», opptre høflig og lydig (Thorsen, 2005), og som tar utgangspunkt i en patriarkalsk grunnholdning og samfunnsorganisering. Ut fra dette kan man anta at eldre menneskers verdier sløyfes sammen med dagens rettigheter om pasientmedvirkning. En patriarkalsk verdi om å ivareta kollektivet, der det å kreve noe for egen del anses egoistisk, kommer da i konflikt med lovverkets mer individualistiske rettighet om medvirkning (Foss, 2011). Dette til forskjell fra yngre generasjoner som muligens har et mer individualistisk livssyn og i større grad «krever sin rett». Ut fra dette kan man trekke en slutning om at helsepersonell (som ofte er yngre) muligens setter både eldre mennesker og pasientmedvirkning inn i diskurser som stemmer med deres eget «verdensbilde» og derfor ikke oppdager eldre sin måte å uttrykke seg på.

Dette kan være kunnskap av betydning når man vet at helsepersonells støtte anses viktig for eldre menneskers mestringsressurser, medvirkning og opplevelse av å ha støttespillere (Kirkevold et al., 2008). Eldre opplever derfor ofte ikke å ha et naturlig utgangspunkt for å kreve sin rett (til eksempelvis informasjon), og ser seg derfor nødt til å utøve innflytelse via strategi (Foss, 2011), eksempelvis godta å måtte utsette behovet for informasjon og planlegge spørsmål i forkant av en senere fastsatt konsultasjon. Dette kan gjøre det vanskeligere for eldre å uttrykke sine behov. Også ulike former for stereotyping og diskriminering kan negativt påvirke eldre menneskers liv (ageism), og eksempelvis medføre at eldre mangler språk og/eller behov for å uttrykke erfaringer med diskriminering. Dette gjør at eldre kan oppleve seg maktesløse og dermed resignert aksepterer diskriminering og oppleve å ikke ha sosial makt nok til å endre situasjonen (Minichiello et al., 2013). I tillegg er det mange eldre som ikke har så mye utdanning (Daatland & Solem, 2011). Høyere utdanning styrker mestringsressurser og gir dermed en bedre håndtering av omgivelsenes krav, til forskjell fra lav utdanning (Eldstad, 2008). Et annet moment er at når man er syk har man kanskje ikke ressurser til å kjempe for sine rettigheter i tillegg.

Helsepersonell bør derfor søke å se eldre ut i fra deres «livsverden» og innrette sine handlinger deretter. Helsepersonells kompetanse som «helsefremmere» og kunnskaper om kommunikasjons- og relasjonsbygging blir slik viktig for kvaliteten på helsetjenestene. Dette sett i forhold til helsepolitiske intensjoner om større deltakelse og sykehusenes tilbakemeldinger om manglende økonomi til ivaretagelse av, blant annet, kompetanseutvikling og undervisning (NOU 1996: 5), 1996).

I lys av dette, nåtidens fokus på empowerment, mestring og helsefremming, samt at eldre allerede utgjør den største andelen av pasientstokken bør det rettes søkelys på eldre sin stilling innen samfunnet. Dette for å søke å snu uønskede samfunnsforhold og forbedre eldre menneskers muligheter for deltakelse, myndiggjøring og kontroll over eget liv. Slik involveres den emosjonelle dimensjonen ved empowerment der positive sosiale sammenhenger gir glede og handlekraft og negative skam og usikkerhet. Dette aktualiserer hvordan samfunnsgrupper defineres og imøtekommes (kapittel 3.3) (Askheim, 2008). Samfunnets «vedtatte sannheter» og kunnskap formes via språk og skriftlig tekst og danner slik grunnlaget for sosiale maktkonstellasjoner (Kvale & Brinchmann, 2010). Helsevesenet virker slik å stå i en særstilling i samfunnet hva angår holdningsskapende syn på ulike samfunnsgrupper og sykdommer. Foss (2011) finner i sin studie over ulike samfunnsdiskurser overfor eldre at samfunnet ser eldre som passive, svake og forskjellige fra «normen», og at disse samfunnsmessige «sannhetene» er noe som også eldre selv hadde tatt opp i seg. Dette anses å berøre eldre menneskers «troverdighet» og rett til å bli behandlet med respekt, og er det motsatte av salutogenese og empowerment som relateres til begreper som myndiggjøring, innflytelse, kontroll og frihet. Empowermentideologiens strukturelle og diskursive/definitorske makt kan slik virke stigmatiserende, disiplinerende og ydmykende. Powers (2003) sin diskursive studie mener begrepet empowerment er redefinert av helsepersonell, som en intervensjon for å oppnå ettergivenhet hos pasientene. Motsatsen her er empowermentideologiens makt over og makt innenfra hvor samarbeid og fellesskap står i fokus (Askheim, 2012). At eldre menneskers reduserte funksjoner bunner i alderdom og/eller sykdom og ikke i personlige egenskaper anses som viktige momenter å få fram. Dette fordi diskriminerende samfunnsforhold medfører sosiale barrierer hva angår å mestre og ta i bruk egne helsefremmende ressurser (Askheim, 2012), eksempelvis hva angår informasjon.

Helsepersonell bør derfor søke å samarbeide med pasienter og grupper av eldre, eksempelvis via eldreråd, og øke eldre menneskers kunnskaper og mulighet for politisk påvirkning (enabling), forsøke å sette eldre menneskers helseutfordringer på dagsorden (advocacy), samt arbeide for økt tverrprofesjonelt- og sektorielt samarbeid (mediate) (Askheim, 2012). Dette kan være med å hjelpe eldre til å ta i bruk egne ressurser og i større grad «kreve sin rett» til informasjon i de tilfeller der dette oppleves nødvendig.

Eie relevante og nyttige kunnskaper gjør situasjonen begripelig og håndterbar

Studiens forskningspersoner påpeker betydningen av å motta og eie relevante og nyttige kunnskaper.

Studien til Randström et al., (2013) sier at forutsetningene for medvirkning er å motta og eie kunnskaper, samt bli informert i forhold til behov. Emosjonelle, eksistensielle helsedeterminanter som, eksempelvis medvirkning, kan dermed påvirkes positivt eller negativt alt etter hvordan man opplever seg møtt av omgivelsene og derigjennom hvor på skalaen mellom sykdom og helse en person befinner seg (Antonovsky, 2012). Et helsefremmende, salutogent perspektiv, har slik betydning for et menneskes resiliens. Vi mennesker tar i bruk en mer emosjonsfokustert mestringsstil med årene. Helsepersonell kan hjelpe pasienten(e) til økt medvirkning og autonomi, men dette forutsetter kunnskaper om kommunikasjon, samhandling og «helsefremmende» holdninger. Beslutningsstøtte og økte kunnskaper og bevissthet hos pasientene kan redusere konflikter i forhold til behandlingsvalg og behandlingsform (Stacey et al., 2014). Helse kan slik settes i sammenheng med empowermentideologiens emosjonelle dimensjon hvor negativ energi, eksempelvis stress, kan snus til positiv energi og en forbedret tilfriskningsprosess (Askheim, 2012).

Studien til Wikman & Fältholm (2006) forteller på den annen side at informantene i deres studie opplevde å få informasjon og støtte, men at dette ble ansett som del av en mestringsstrategi som passet inn i den tradisjonelle biomedisinske modellen. Dette innebar at pasientene kom inn i et sykehusmiljø hvor behandling, pleie og omsorg ble bestemt uten at de fikk delta i utformingen av behandlingsopplegget, og ikke ble relatert til empowerment (salutogenese) og valgmuligheter (Wikman & Fältholm, 2006). En biomedisinsk forståelse kan slik medføre at pasienter ses og behandles ut i fra et patogent perspektiv og definert ut fra en sykdomskonstitusjon (disease) som man må intervensere ovenfor. Motsatt vil en holistisk

(helsefremmende) forståelse innebære en sensibilitet for den subjektive opplevelsen av det å være syk (sickness) (Gammersvik & Larsen, 2012). Altså hva som samfunnsmessig anses friskt og sykt, normalt og unormalt, avhengig av vitenskapelig kunnskap, kultur og kontekst (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014). Videre, hvordan dette påvirker et menneske «*fysisk, psykisk, sosialt og åndelig*» (illness) (Gammersvik & Larsen, 2012), eksempelvis hva angår endrede roller i pasientens liv grunnet sykdom, fremmedgjøring i forhold til egen kropp, endret selvoppfatning og identitet (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014). Slik kan det å eie relevante og nyttige kunnskaper få betydning for hvordan man opplever seg imøtekommet og påvirke tilfriskningsprosessen og medvirkningsmuligheter positivt eller negativt.

Et biomedisinsk perspektiv kan medføre at pasienten(e) møtes med en holdning om kun å være noe «verd» i egenskap av sin objektivt påvisbare sykdom. Dette kan innebære at den subjektive opplevelsen av det å være syk møtes med skepsis og manglende forståelse, som igjen gir en følelse av å bli avvist, ignorert og fornedret (Werner & Malterud, 2003). Dette involverer også holdninger vedrørende hvem som anses verdig/uverdig trengende, der pasientgrupper med lav prestisje lett ekskluderes (Askheim, 2012). Dette kan eksempelvis være at pasienter med lav sosioøkonomisk status som i mindre grad involveres enn pasienter med høy (Longtin et al., 2010). Forskjellene mellom disease, illness og sickness omhandler samfunnets holdninger og kunnskapssyn, samt den konteksten pasientene lever i og imøtekommes med. Hvordan pasientene ivaretas og imøtekommes får slik betydning for hvordan det går med pasienten (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014). Til forskjell fra den biomedisinske modellen, slik det fremstilles ovenfor, kan et helsefremmende perspektiv der det å motta relevant og nyttig informasjon fra helsepersonellet hjelpe pasienten til bedre livskvalitet gjennom å akseptere realitetene i forhold til tilfriskningspotensiale og tilpasse livene sine i forhold til dette (Randström, et al., 2013). Dette er relasjoner som involverer de salutogene empowerment-dimensjonene «makt sammen med» og «makt til», som kan styrke og påvirke tilfriskningsprosessen positivt (Askheim, 2012).

Sett ut i fra en slik kontekst kan altså ulike helsebegreper betinge i hvilken grad kravet om tilpasset og tilstrekkelig informasjon i henhold til pasientrettighetsloven ivaretas eller ei. Det kan også forstås som at informasjon gitt ut i fra den biomedisinske modellen er å anse som kulturelt betingede forhold som begrenser enkeltmenneskets medvirkningsmuligheter. Dette vil være å innta en unyansert holdning. Åsbring & Närvänen (2003) sier i sin studie at et

biomedisinsk perspektiv ikke nødvendigvis kun innebærer reduksjonistiske holdninger og utelukker positive møter mellom pasienter og helsepersonell. Poenget er at både det sykdomsforebyggende og helsefremmende perspektivet bør ha et mer likeverdig forhold for å kunne møte framtidens helseutfordringer. Begge perspektivene på sykdom og synet på hva som gir helse er viktige, og medvirkning og helsefremming kan involvere begge helsebegrepene (Gammersvik & Larsen, 2012). Med dette i syne kan man altså slutte at relevante og nyttige kunnskaper innebærer at man får informasjon ut fra situasjon, sykdom og sykdomskonstitusjon. Men samtidig bør helsepersonells atferd indikere støtte, forståelse og gi pasienten en opplevelse av å være en «alliert» for at helsebringende ressurser skal igangsettes hos pasientene, slik at de settes i stand til å medvirke ut fra eget ståsted og slik bidra til økt kvalitet- og pasientsikkerhet (Longtin et al., 2010). Slik blir deltakelse og berørthet hos helsepersonellet en kilde til livsglede- eller sorg hos «den andre» (Martinsen, 2006), eksempelvis hva angår pasientenes opplevelse av å ha tilstrekkelige ressurser for å takle situasjonen (håndterbarhet) og ha oversikt og struktur (begripelighet) (Antonovsky, 2012). Ut fra dette antas at helsepersonells kommunikasjonskunnskaper sammen med en komplementering av begge perspektiver er viktig, spesielt med tanke på fremtidens forventet økende levealder, med flere kroniske helseproblemer, samt få økonomiske ressurser og tilgang på kvalifisert helsepersonell. Dette sett i forhold til helsepolitiske mål om forbedrede helsetilbud og antatt økende krav hva angår kvalitet hos nye generasjoner eldre (Fugelli & Ingstad, 2009).

Ha tillit til helsepersonellens kompetanse gir opplevelse av sammenheng

Denne studiens forskningspersoner uttrykte stor tillit til helsepersonalets kompetanse og gode vilje og mente at deres medvirkningsmuligheter lå i å stole på og følge behandlingsopplegget og slik medvirke til egen tilfriskning. Behandlingen fungerte så godt at medvirkningsbehovet ble redusert og deres oppmerksomhet var mer rettet mot å friskne til enn å medvirke. Tilliten forutsatte at de opplevde seg ivaretatte.

Vi er alle en del av samfunnsstrukturen og preges av gjeldende «vedtatte sannheter». Dette innebærer, menneskelige relasjoner på godt og vondt – der medvirkning skjer i et spenn mellom sårbarhet, tillit og makt. Betydningen av samspill og samarbeid, hvor helsepersonell er seg bevisste pasientens behov, gjenspeiles også her. Dette er forhold som kan relateres til salutogenese og betingelser mot negative faktorer; informasjon oppleves klar og ordnet

(begripelighet), man har tro på at man takler situasjonen (håndterbarhet) og finner mening i å gjøre dette (meningsfullhet) (Antonovsky, 2012). Cohen fremsetter mestringsmekanismer som kan påvirke tilfriskningen etter sykdom, blant annet nevnes samarbeid med helsepersonell og etterlevelse av anbefalinger. Relatert til salutogenese og OAS innebærer en slik mestringsmekanisme at personer med høy OAS med størst sannsynlighet vil velge den eller de ressursen(e) som helsemessig egner seg best for å bekjempe en helsemessig utfordring (Antonovsky, 2012). Forskningspersonene forbandt eksempelvis det å nyttegjøre seg helsepersonells kompetanse med tilfriskning (begripelighet), noe som skapte en indre motivasjon til å følge behandlingsopplegget og tilsidesette egen autonomi (håndterbarhet). Fordi de hadde tro på tilfriskning og at helsepersonellet ville dem vel, forsøkte de slik å skape mening i en vanskelig og stressfylt livssituasjon (meningsfullhet) (Antonovsky, 2012). En person med sterk OAS vil være fleksibel i forhold til hvilke livsområder som anses viktige for å bevare opplevelsen av sammenheng. I dette eksemplet kan betydningen av medvirkning ha blitt nedtonet som prioritet for å opprettholde balanse i OAS. At pasientene tilsidesatte betydningen av medvirkning kan slik ses i lys av en fleksibel mestringsstil (Antonovsky, 2012). Satt i en slik kontekst kan evne til «compliance» virket salutogent. Salutogen «compliance» ses også der helsepersonell handler stedfortredende, slik at pasienten avlastes og har tillit til faglig kyndighet. Altså ikke forstått som krenkelser som tar motet fra pasientene eller trenges vekk fra ansvar, men som hjelp i situasjoner pasienten ikke mestrer, hjelper til selvhjelp og/eller hjelper pasienten til å få livsmotet tilbake (Antonovsky, 2012).

Også i Wikmann & Fältholm (2006) sin studie forteller pasientene at de opplevde seg avhengige av helsepersonellens gode vilje og faglige kompetanse, samt anså helsepersonellens informasjon som ekspertkunnskap. Dette kan også forstås som å underlegge seg autoriteter (her helsepersonell). Da vil compliance virke motsatt. Dette kan ha både individuelle og samfunnsmessige årsaker.

Ofte mener den eldre generasjonen at helsepersonell vet best og stiller få krav. Dette kan dessverre bli en vei til lavere medvirkning og dårligere helse (Delmar, 1999). Denne studiens forskningspersoner tilkjennegav også et patriarkalsk samfunnssyn hva angår å høre på autoriteter og at helsepersonell kan hjelpe forskningspersonene mer enn de selv kan. Delmar (1999) sier at i situasjoner der det handler om hvem som vet best kan resultere i formynderi og krenkelser, spesielt når pasient og helsepersonell har ulike forventinger til samarbeidet

(Delmar, 1999), eksempelvis ulike målsetninger. Når en syk person henvender seg til helsevesenet for å få hjelp i en vanskelig livssituasjon innebærer dette en moralsk forpliktelse om å hjelpe hos de med helsefaglig kompetanse (Hoffmann, 2002). Helsepersonell har derfor en samfunnsmessig legitim makt som setter helsepersonell i en spesiell maktposisjon overfor pasientene, som pasientene godtar bevisst eller ubevisst. (Grimen, 2001). Dette i og med at helsevesenet har utstyret og kompetansen pasientene trenger for tilfriskning, noe som medfører at de ikke har annet valg enn å stole på helsepersonellets vilje til å hjelpe (Hoffmann, 2002) - altså at helsepersonellet har en makt som følger av pasientenes manglende valgfrihet. Her kommer autonomiprinsippet inn fordi det vedrører valgfrihet, selvbestemmelse (Hoffmann, 2002) og medvirkning.

Tillit og makt er fenomener som hører til i den gjensidige avhengighet vi har til hverandre i interaksjoner (Delmar, 1999) og kjennetegnes av hva mennesker gjør. Man møter andre mennesker i tillit uten forholdsregler og handlinger kan anses som observerbare indikatorer på tillit (Grimen, 2010). Martinsen (2006) påpeker sårbarheten i en henvendelse og mottakelsen av denne.

Nortvedt & Grimen (2009) mener at tillitsskapende faktorer hos helsepersonell relateres til kommunikasjonsevner, kompetanse og vilje til oppfølging, samt valgmuligheter. Helsepersonells atferd, holdninger og kunnskaper kan altså sies å ha effekt på pasientenes medvirkningsmuligheter. Et brukerorientert helsepersonell tar utgangspunkt i pasientenes individuelle og kulturelle opplevelse av situasjonen (innen-fra-praksis) for å søke å bygge opp pasientenes medvirkningsevne (altså grad av medvirkning). En fagperson som ikke inntar brukerperspektivet (uten-fra-praksis) anerkjenner ikke pasienten og legger på den måten til rette for paternalisme (Røkenes & Hansen, 2006; Askheim, 2012). Antonovsky (2012) trekker fram betydningen av å lytte til pasientens behov, og at det å lytte og anerkjenne pasienten kan bidra til større forståelse og mestringsfølelse. Mestringsstøtte, basert på tilstrekkelig kunnskapsbasert informasjon, hvor pasientene gis anledning til å fatte beslutninger i samråd med eget verdisett og helsepersonell (Stacey, et al., 2014) kan gi en sunn relasjon og tilfriskningsprosess (Antonovsky, 2012).

Henderson (2003) forteller at helsepersonell ofte utøver nesten absolutt kontroll over pasientene og anser dem uegnet til å ta avgjørelser, samt er ofte tilbakeholdne med å

oppmuntre til medvirkning fordi de er redd for å miste kontroll og sin profesjonelle identitet (Henderson, 2003). Helsepersonell anser manglende tid som en faktor som begrenser pasientfokus, samt at konsultasjoner der pasientene er medvirkende tar lengre tid. Helsepersonell tillater medvirkning avhengig av situasjon og deres personlige overbevisninger påvirker hvorvidt pasientenes meninger tas hensyn til (Longtin et al., 2010).

På den annen side kan grad av medvirkning også avhenge av pasienters eget ønske om å medvirke og hva slags avgjørelser som skal tas. For eksempel ønsker ofte ikke pasienter å medvirke i avgjørelser som krever fagkompetanse, men heller medvirke i avgjørelser der verdien av potensielle utfall for pasienten må vurderes. De fleste ønsker å medvirke i store avgjørelser, eksempelvis coronar bypass-operasjon, men er ikke like opptatt av mindre avgjørelser, eksempelvis foreskrevet sengeleie (Longtin et al., 2010). Relatert til brukerorientering innebærer dette, slik det forstås, å ta utgangspunkt i pasientenes ønsker og behov og tilse at disse samsvarer med pasientenes verdier, samt anerkjenne pasientenes valg etisk og juridisk. Samtidig bør pasientenes beslutningskompetanse vurderes, noe som kan involvere etiske prinsipper som ikke-skade og velgjørenhet.

Begreper knyttet til makt som autonomi og paternalisme utelukker hverandre altså ikke. Situasjoner som i utgangspunktet anses som paternalistiske kan ivareta pasientenes autonomi og situasjoner som ikke anses paternalistiske til vanlig kan oppleves krenkende (Hoffmann, 2002). Grad av medvirkning kan også relateres til miljøets sosiale normer og grad av forventet ettergivenhet. Hvis kulturen tilsier en passiv rolle, vil mange pasienter «ikke ønske» å medvirke. Dette skjer også i miljøer der helsepersonell ikke er interesserte i å motta informasjon fra pasienten. Dermed kan grad av medvirkning reflektere også hvorvidt organisasjonens kultur støtter medvirkning eller ikke (Longtin et al., 2010). Dette kan relateres til forhold der pasientene slutter å engasjere seg fordi de ikke opplever motivasjon (respons) og situasjonen oppleves ubegripelig (Antonovsky, 2012), altså lært avhengighet. En eventuell tilnærming der forskningspersonene utsettes for mer medvirkning (autonomi) enn ønskelig kan negativt medføre en belastende situasjon, eksempelvis i forhold til å sette seg inn i eventuelle konsekvenser av ulike valg. Det samme kan skje dersom en pasients integritet krenkes ved at det tas avgjørelser på vegne av eller situasjoner der alt ansvar skyves over på pasienten (Røkenes & Hanssen, 2006). For helsepersonell aktualiserer en slik problemstilling igjen et krav om faglig forsvarlighet også ut fra etiske prinsipper som ikke-skade og

velgjørenhet. Å tillate en pasientautonomi som går ut over eller fortrenger pasientenes ressurser kan begge tilskrives paternalisme og unnlåtelsessynd (Slettebø & Nortvedt, 2006).

For pasienten kan det bli et spørsmål hvorvidt et møte med helsevesenet innebærer positiv emosjonell energi, der helsepersonell oppleves som «alliert» samarbeidspartner (makt sammen med) eller ei (negativ emosjonell energi) (Askheim, 2012). Samfunnsstruktur og helsepersonells holdninger kan slik påvirke pasientenes opplevelse av positive kilder til helse og tilfriskning (opplevelse av sammenheng), gjennom grad av medvirkning, kontroll, makt og avmakt. Et større fokus rettet mot diskriminerende og stigmatiserende, samfunnsmessige prosesser overfor eldre (horisontal empowerment), samtidig med en styrking av den enkeltes selvtillit og selvbylde, kan lede til at eldre i større grad blir i stand til å øve større innflytelse og medvirkning (vertikal empowerment) (Askheim, 2008).

Mennesker som er syke er sårbare og sykdom er noe som leves, ikke noe man har som en «ting». Pasienten er ekspert på seg selv og dennes erfaringer og spørsmål må komme fram for at helsepersonell kan utvide og utfordre pasientenes kunnskaper. Det å lytte til pasientene krever at helsepersonellet har tid nok; er åpne og reflekterende, evner å gi hjelp til selvhjelp og ivareta livsoppsvinget (Berg, 2010). Det motsatte kan lede til en forlenget tilfriskningsprosess og lavere grad av autonomi og medvirkning.

Manglende tillit reduserer opplevelsen av sammenheng

Forskningspersonenes manglende tillit kom frem i forhold til tillitsbrudd relatert til kontinuitet og informasjon.

Tillit er noe vi er født med og vanskelig kan møte verden foruten (Martinsen, 2006). For å søke å forklare betydningen av informasjon og kontinuitet tas utgangspunkt i fenomenologien og sykdom som levd erfaring. Det å være syk preger vår eksistens og forståelse av situasjonen. Som friske, mener Heidegger, at mennesker har en rettethet mot framtiden, som baseres på fortiden og som til sammen gjør at vi opplever oss hjemme i nåtiden (Berg, 2005). Selv i alvorlige sykdomssituasjoner beholdes en opplevelse av å være hjemme i egen kropp, samt at sykdom versus ikke sykdom vedrører ulike grader av å føle seg hjemme eller fremmed i egen tilværelse (Berg, 2005). Ut fra dette kan man slutte at god informasjon og kontinuitet har betydning for opplevelsen av å tilhøre seg selv og dermed vil være helsefremmende og

øke medvirkningsmulighetene. Det motsatte vil gi pasientene en følelse av å være «fremmede» i situasjonen (Berg, 2005), slik dette tolkes, at pasientene mister «sin stemme» og evne til å medvirke i like stor grad. Helsegevinsten bevares bare fullt og helt hvis pasienten opplever seg fullstendig trygg og ivaretatt (Berg, 2010). Dette er aspekter som vedrører følelsesmessige og eksistensielle sider av livet og som kan knyttes opp mot motiverende faktorer for indre engasjement og hvorvidt pasienten klarer å fokusere på viktige livsområder og ha fleksibilitet i forhold til hva som balanserer opplevelsen av sammenheng i livet (Antonovsky, 2012).

Hva angår kontinuitet ble dette relatert til et ønske om primærsykepleie og flere fastsatte samtaler med helsepersonellet.

Studien til Tollén et al., (2007) påpeker eldre menneskers behov for kontinuitet i planlegging av rehabiliteringsprogram. Kontinuitet kan anses som en viktig behandlingsstrategi hva angår mestring hos eldre. Ekstern kontinuitet kan relateres til konsistens i livsstil og intern til opprettholdelse av egenverd og selvtillit (Tollén et al., 2007). I det faglige møtet mellom pasient og helsepersonell er samtalen sentral for å komme frem til en felles sannhet (Berg, 2005). Tillitsforholdet mellom pasient og eksempelvis primærsykepleier kan gjøre det enklere for pasienten å komme med sine bekymringer og problemer. Samtidig poengteres at dette også gjør det enklere å utøve press og krav ut over pasientens ressurser (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014). I forhold til den helsefremmende, sosialmedisinske forståelsen er målsetningen at pasienten skal gjenvinne sin følelse av å være hjemme-i-verden, altså føle seg hel, og gjennom dette gjenvinne helse. Dermed involveres kontekstuelle forhold som anses bestemmende for sårbarhet/robusthet og trivsel, energi og mestring (Berg, 2005).

Manglende informasjon vedrørte spørsmål om fortsettelse av behandling og oppholdets lengde, samt å oppleve seg stigmatisert og bagatellisert.

Heidegger og Gadamer relaterte hermeneutikk til ontologi og at vi lever fortolkende. Denne kunnskapen kommer til anvendelse i pasientkonsultasjoner der samtalen fortolkes ut fra den horisont vi forstår en situasjon. Pasientene vil alltid ha håp om å bli forstått og tatt på alvor, fordi ens liv og historie slik man har kjent det kan være endret eller borte (Berg, 2005). Dialog er viktig for utvikling av helse og medvirkningsmuligheter (Berg, 2005). Situasjoner der pasienter

opplever å mangle informasjon, opplever seg bagatelliserte og/eller stigmatiserte får betydning når man vet at sykdom ofte medfører sorg og tapsopplevelser, noe som påvirker pasientens livssituasjon og hva livet dreier seg om (illness) (Kouwenhoven & Kirkevold, 2014). Slik dette forstås er kommunikasjon og samhandling altså viktig i mestringsfremmende interaksjoner med eldre pasienter. Helsepersonell kan fremme selvfølelse, egenverd og mestring hos den eldre pasienten gjennom kunnskaper om kommunikasjon og samhandling, eksempelvis veiledning og bevisstgjøring i forhold til tilegnet hjelpeløshet¹. Begge tilnærminger kan relateres til helsefremmende perspektiv og Atonovskys teori om salutogenese, der empowerment og pasientmedvirkning står sentralt (Tveiten, 2008). Det er altså meningen som erfares som er avgjørende for den enkeltes helse (Berg, 2005). Dette aktualiserer igjen helsepersonells pedagogiske funksjon. For eksempel ses forbedring av pasientmedvirkning og pasientenes sykdomskontroll ved undervisningsopplegg for kronisk syke, eksempelvis type 2 diabetes mellitus og astma (Longtin et al., 2010).

I situasjoner der mestringsressurser ikke anerkjennes av helsepersonell, aktualiseres også kunnskaper om dialog og kommunikasjon, grunnet «lært avhengighet» (Røkenes & Hansen, 2007). Holm & Severinsson (2013) sier at eldre mennesker ofte er engstelige for å bli avhengige av helsepersonell og påpeker at eldre reagerer med sorg når helsepersonell ikke forstår deres behov for å skape mening i livene sine og deres strev etter å gjenvinne autonomi (Holm & Severinsson, 2013). Å være en brukerorientert helsearbeider som søker å fremme medvirkning innebærer, blant annet, å tilrettelegge for helsebringende prosesser og relasjonsarbeid gjennom samtale og veiledning (Røkenes & Hanssen, 2006). Interaksjonen mellom pasient og helsepersonell har både en kvalitetsmessig og prosessuell dimensjon ved seg, noe som vedrører både den sosiale konteksten, formen på den og effekten dette har på pasientens helse. Positiv kvalitet på mønsteret i interaksjonen kan eksempelvis være når helsepersonell opptrer uavhengighetsstøttende overfor en eldre pasient som signaliserer selvhjulpenhet, og slik ivaretar pasientens integritet og livskvalitet. Motsatt vil interaksjonen være i negativ prosess hvis en selvhjulpen pasient møtes med avhengighetsskapende atferd av helsepersonell, som eksempelvis fører til lært avhengighet (Stabell, 2005). En opplevelse av manglende tillit kommer i tillegg til sykdom og pasientens livssituasjon og kan slik påvirke om pasienten mestrer eller ei (Antonovsky, 2012).

¹ Tilnærmingene belyses nærmere i Tveiten (2013) og Stabell i Nord, Eilertsen og Bjerkerheim (Red.). (2005).

Medvirkning kan ikke skje uten maktfordeling og anerkjennelse. Maktfordeling fordi man da ikke har kontroll med forhold som påvirker livssituasjonen. For å ha dette må man anerkjennes (Askheim, 2012).

6.2.3 Anerkjennelse har betydning for å medvirke

Bli tatt på alvor av helsepersonell og oppleve tilhørighet og bekreftelse fra viktige andre

Betydningen av anerkjennelse i forbindelse med medvirkning kom tydelig fram i denne studien både i forhold til, helsepersonell, andre pasienter og nære andre, samt hva angår opplevelse av fremmedgjorthet.

Hva angår helsepersonellet ble det å bli sett og tatt på alvor fremhevet som viktig, noe som innebar tilgjengelighet, ivaretagelse av grunnleggende behov og ved sykdomskonstitusjon. Det å bli sett og tatt på alvor innebærer at det etableres en relasjon som inngir trygghet og tillit, noe som anses som basis i alt hjelpearbeid. I tillegg kan det gjøre at pasientene ikke føler seg ensomme og at de har en form for tilknytning og sosial kontakt (Skatvedt & Andvig, 2014). Anerkjennelse danner grunnlaget for selvtillit slik at man tør ytre sin mening og hevde «sin rett». I vår relasjon med andre mennesker anerkjennes vi ut fra verdier og rettigheter, både sosialt og rettslig. Selvrespekten reduseres hvis vi frakjennes rettigheter og opplever oss nedverdige, og kan slik svekke forutsetningen for medvirkning (Skjefstad, 2005).

Holm & Severinsson (2013) sier i sin studie at sosial kontakt både kan virke sykdomsforebyggende og benyttes som en tilfriskningsstrategi. Dette forplikter helsepersonell til å identifisere fremmedgjorthet og ensomhet som kan gi dårlig helse hos eldre, eksempelvis syke, isolerte og mennesker med liten sosial kontakt og støtte. Et menneskes resilience avhenger av oppbygging og vedlikehold av sosiale relasjoner, som kan styrke selvtillit og derigjennom livskvalitet og helse (Holm & Severinsson, 2013).

Antonovsky (2012) beskriver den kroniske stressfaktoren som kan være en livssituasjon, betingelse eller egenskap som gir et bilde av et menneskes liv, og som kan tilskrives en tilstand av vedvarende tap og utilstrekkelige ressurser. Ressurser kan både gi motstandsressurser (resilience)- eller underskudd på dette hos et menneske, og interneres i personens livssituasjon og påvirker derigjennom personens OAS-nivå, autonomi og

avmaktsopplevelser. Hva angår helse kan sosial støtte slik anses å ha en direkte sykdomsforebyggende effekt (Antonovsky, 2012). Eldre tar, som nevnt tidligere, i bruk en mer emosjonsfokusert mestringsstil (Daatland & Solem, 2011). Dette blir viktig når man vet at eldre ofte ikke gis mulighet til deltakelse, samt at helsepersonells støtte er viktig for eldre menneskers mestringsressurser og medvirkningsevne (Kvigne, 2004; Kvigne, Kirkevold & Gjengedal, 2004; Eilertsen 2005; Efraimsson, 2005). I tillegg nedjusterer eldre forventninger og betydningen av tapte trivselsskapende aspekter og øker betydningen av de gjenværende. Man ser en tendens til at eldre ofte gir positive svar hva angår tilfredshet, uavhengig av hvordan de objektivt sett har det (tilfredshetsparadokset) (Hansen & Slagsvold, udatert).

Dette er noe som kan resultere i helsepolitiske nedprioriteringer fra samfunnet sin side (Hansen & Slagsvold, udatert). Når man så tar utgangspunkt i eldre menneskers samfunnsmessige forhandlingssted, som også drøftet tidligere, kan dette relateres til Freire (1974) der de undertrykte tar opp i seg undertrykkernes virkelighet, her eksempelvis at eldre opplever seg tilfredse og ikke ser dette som en problem (Askheim, 2012), og dermed ikke søker å påvirke egen forhandlingsposisjon. Helsepersonells vilje til å fremme eldre menneskers medvirkningsmuligheter kan slik tilskrives bevisstgjøring om viktigheten av medvirkning hos kollegaer og overordnede, både på institusjons- organisasjonsnivå. Henholdsvis horisontal og vertikal empowerment, slik Askheim (2012) beskriver det.

Som nevnt tidligere er det en helsepolitisk målsetning å fremme en trygg og aktiv samfunnsdeltakelse inn i alderdommen (St. meld. nr. 20 (2006-2007), 2006): St. meld. nr. 47 (2008-2009), 2008): Meld. St. nr. 34 (2012-2013), 2012): Prop. 1 S (2013-2014), 2013)). Dette er intensjoner som vedrører økt livskvalitet og helse hos eldre, spesielt i forhold til ensomhet, fremmedgjøring og depresjon (NOU 1999:13, 1999). WHO og helsefremmende perspektiv virker å være rettet mot empowerment som individuell selvrealisering, som igjen relateres til markedstenkning og konsumperspektivet innen empowerment (Askheim, 2012). Satt i en slik kontekst har man gått fra å betrakte pasienter som noen som trenger behandling, til å anses som noen som skal betjenes ut fra et servicekonsept. Empowerment som selvrealisering og tesen om at «man er sin egen lykkes smed» kan dermed relateres til ulike former for urettferdig fordelingspolitikk (Askheim, 2012). Koplekset til hva brukerperspektivet skal innebære, blir «myndiggjøring» noe andre vurderer, eksempelvis når det gjelder krav om «samtykke» og/eller «tilpasset informasjon» etc. (Gjengedal & Hanestad, 2007). Slik det

forstås tar brukerperspektivet utgangspunkt i et holistisk syn på pasientene (innenfra-praksis). Dette til forskjell fra (utenfra-praksis) der eventuelle målsettinger da settes av andre (Røkenes & Hansen, 2006), eksempelvis via empowerment som selvrealisering der samfunnet forventer visse egenskaper og handlinger. Ut i fra foreliggende teori og forskning hva angår eldre menneskers forhandlingsposisjon i samfunnet kan dette forstås dit hen at eldre muligens ikke klarer å forhandle seg frem til en «god handel» for seg, noe som virker å stå i kontrast til helsefremming og medvirkning ut fra et holistisk perspektiv. Dette kan medføre en paternalistisk situasjon i forhold til hvem som bærer ansvar i hvilke situasjoner og tidspunktet for når pasienten(e) kan anses «myndiggjort(e)». Sosial ulikhet kan dermed komme til å opprettholdes, spesielt hvis helsevesenet i hovedsak styres av politikere og markedskrefter og i mindre grad av helsepersonell og faglig skjønn.

Andre pasienter innebar hygge, danne nye bekjenskaper og informasjonsutveksling. Det å treffe andre som er i samme situasjon og som man kan dra veksler på anses viktig. Selv om forskningspersonenes sosiale omgang foregikk på en uformell måte, kan dette relateres til nytten «likesinnede» har av gruppeterapi- og samtaler. Langeland (2004) forteller at en slik intervensjon kan øke pasientenes bevissthet omkring eget mestringspotensiale og egenskaper, som derigjennom setter pasientene i stand til å bruke dem. Langelands studie (2004) viser videre at samtalerapi bygget på salutogene prinsipper virker positivt på opplevelse av sammenheng (OAS) og livskvalitet, og at personer med høyere grad av sosial støtte skåret høyere på OAS ($r=59$, $p=0,001$) (Langeland, 2004). Det å oppleve partnerskap kan positivt påvirke mentale, sosiale og emosjonelle ressurser. Empowerment kritiseres ofte for denne type tilnærming fordi de fokuserer på egenskaper ved enkeltpersoner og ikke mot politiske og sosiale dimensjoner som påvirker oss mennesker. Samtidig kan en slik tilnærming hjelpe mennesker med tilgang til ressurser i seg selv og øke kontrollen over eget liv. Empowerment som terapeutisk posisjon innenfor helsevesenet innebærer å styrke ressursene for deltakelse og mestring (Askheim, 2012).

Hva angår familie innebar dette noen å bry seg om, sosial kontakt og kunne klare seg hjemme. Her skjeles også til Langeland (2004) sin studie, som sier at betydningen av et salutogent miljø avhenger av kvaliteten på den sosiale støtten. Spesielt ble muligheten til å gi omsorg og oppleve tilhørighet trukket frem som viktige aspekter (Langeland, 2004). I det å gi omsorg byttes rollene som giver og mottaker, samt at man opplever sosial støtte tilbake. Dette kan

anses som en investering som kan være viktig for velvære, selvbildet og være med å gi livet mening (Langeland, 2004), også hos eldre. Inklusjon, bekreftelse og tillit er viktig for å forhindre at eldre blir passive, fremmedgjorte og utvikler opplevelse av å ikke være med. Samhørighet relateres til positiv innflytelse på sosial støtte og relasjonsbygging for eldre mennesker (Holm & Severinson, 2013). Videre er eldre mennesker opptatte av å returnere til sitt daglige liv og å kunne bo hjemme. Det å bo hjemme har betydning for eldre menneskers kontinuitet i kontakt og deltakelse med familie, aktivitetsnivå og medvirkning, samt autonomi. Familie kan innebære positive aspekter som håp for framtiden og bidra til at eldre kan bli boende hjemme (Randström et al., 2013).

Forskningspersonene i denne studien mener at venner har stor betydning for sosial kontakt og opprettholdelse av aktiviteter. Vennskap kan defineres som valgte relasjoner som bygger på likeverdighet. De fleste eldre har både omgangsvener og fortrolige venner og anses, i tillegg til familie, som de viktigste andre. Venner kan ha fått større betydning enn tidligere grunnet nåtidens mer flyktige familierelasjoner som følge av skilsmisser og nye familieformer, samt at flere bor alene. I tillegg påvirker samfunnets økte individualisme til at vennskap får større plass også hos eldre mennesker. Ni av ti blant de eldste eldre har en «nær venn». Øvrige typer vennskap, eksempelvis bekjentskaper, blir færre med økende alder. Kvinner har mange venner inntil helsen svikter. Menn har en mer fallende rate med alderen (Daatland & Slagsvold, 2013).

Sosial integrasjon og å gi omsorg i en gjensidig relasjon påvirker utviklingen av OAS og livskvalitet hos mennesker. Sosiale relasjoner som gir positive tilbakemeldinger stimulerer til sosial deltakelse i enda større grad, i en positiv spiral. OAS utvikles gjennom hele livssyklusen via ytre hendelser og reaksjonene på disse og ettersom vi blir eldre får erfaringer dannet tidlig i livet mindre betydning for utvikling av OAS (Langeland, 2004).

Betydningen av anerkjennelse og sosial kontakt ble tydeliggjort via forskningspersonenes ytringer som vedrørte fremmedgjorthet og ensomhet. Dette vedrørte at man var kommet opp i så høy alder at venner og familie var gått bort, og sammen med dem også sosiale aktiviteter. Man kjente ingen i nabolaget og samfunnet rundt var blitt så annerledes.

Bare 3-8 prosent eldre møter venner, slekt og kollegaer sjeldnere enn månedlig. God helse indikerer økte muligheter for å ha omgangsvener, til forskjell fra dårlig helse. Fortrolige

vennskap virker ikke å påvirkes av helse i samme grad, kanskje fordi dette representerer mer «robuste relasjoner» som beholdes til tross for skrantende helse (Daatland & Slagsvold, 2013). Sørensen et al. (2002) forteller at psykososialt velvære er en sentralt aspekt i eldre år og medvirkning i sosialt liv er essensielt for et aktivt, tilfredsstillende og uavhengig liv. Et dårlig sosialt nettverk predikerer sykdom og dødelighet. Redusert funksjon tilsier reduksjon av sosiale bånd. Dette gjaldt også samværefrekvens og kontakt med familie og nettverk (Sørensen et al. (2002). Langeland (2004) forteller at sosialt nettverk og integrasjon i relasjoner med felles interesser kan fremme en sterkere OAS. Det vil derfor være viktig å arbeide mot større sosial inkludering gjennom økte aktiviteter og/eller involvering i lokalsamfunnet, for slik å påvirke livskvalitet positivt (Langeland, 2004). Dette aktualiserer hverdagspraten som intervensjon der noen viser interesse og man kan prate for pratens skyld. Den eldre gis dermed en arena hvor man både representerer seg selv og deltar i et fellesskap. Dette generer positiv emosjonell energi og verdighet, noe som kan bety mye for mennesker i en sårbar livssituasjon (Skatvedt & Andvig, 2014).

Studien til Holm & Severinsson (2013) forteller at eldre trenger å oppleve seg respektert og regnet med av helsepersonell, omgivelsene og samfunnet rundt, fordi dette bedrer selvtilliten. Det å forstå livet til eldre mennesker ut i fra et holistisk perspektiv hvor personen anses verdifull og verdig respekt er viktig. Opplevelsen av det motsatte kan, som tidligere nevnt, medføre ubalanse. Helsepersonell er muligens ofte seg ikke bevisste viktigheten av å forplikte seg overfor pasienten(e) og opptre tillitsvekkende. Mangel på dette kan relateres til diskriminering. Det å føle seg akseptert kan gjøre eldre «empowerd» og styrke deres følelse av kontroll og identitetsfølelse (Holm & Severinsson, 2013). Levasseur et al., (2004) forteller at deltakerne hadde høyere livskvalitet når de oppfattet sitt sosiale nettverk som støttende og tilrettelagt enn når omgivelsene utgjorde hindringer. Å være frisk og ha fysisk funksjon i behold er forutsetningen for å opprettholde uavhengighet og delta fullt i familie og samfunnsaktiviteter (Sørensen, et al., 2002). I tillegg kan informasjons- og kommunikasjonsteknologi, økt mobilitet og samfunnsstruktur utgjøre barrierer som påvirker grad av medvirkning og begrenser aktivitetsnivået (Daatland & Solem). Randström et al., (2013) sier at eldre menneskers målsetninger var rettet mot kroppslig kapasitet og å oppnå meningsfulle aktiviteter i dagliglivet. I denne pågående prosessen var omgivelsenes hjelp og støtte, spesielt fra familie og helsepersonell, ansett som både viktig og selvfølgelig for måloppnåelse (Randström et al., 2013).

Dette henleder til empowerment som prosess (se kapittel 3.5), der et fokus på sosial kontakt og medvirkning kan bidra til å bryte barrierer hva angår fremmedgjøring og maktesløshet (Askheim, 2012). Når sosial støtte virker positivt på helse, presenteres ulike måter å definere helse og velvære på. Et fokus kun rettet mot det negative helsebegrep kan medføre sykdom og mismot (Langeland, 2009). Dette aktualiserer igjen behovet for både det negative (biomedisinsk) og positive helsebegrepet (helsefremmende) (se side 25), samt faglig etiske vurderinger i forhold til ivaretagelse av pasientens autonomi og medvirkningsmuligheter, slik som drøftet tidligere.

Helse skapes altså i et gjensidig samspill med omgivelsene gjennom deltakelse og engasjement. Dette aktualiserer igjen forskningsdeltakernes definisjon av medvirkning som deltakelse og samarbeid, samt den betydning autonomi og informasjon har for mestring i samråd med helsepersonellet (og viktige andre).

Miljøet oppleves demokratisk, fritt og forutsigbart

Forskningspersonene opplever på den ene siden et demokratisk og fritt miljø, hvor man kan foreslå endringer. Samtidig ble miljøet og systemet opplevet som noe man tilpasset seg.

Som vi har sett i foregående teori og drøfting utsettes eldre for samfunnsmessig diskriminering, samt at de som gruppe heller ikke selv tar initiativ til å forbedre livsbetingelser og gjøre krav på rettigheter (Hansen & Slagsvold, udatert), noe det kan. Samlet sett virker dette å utgjøre det forhandlingsrommet eldre har i sosiale interaksjoner i samfunnet vårt. Når andre definerer hva som skal gjøres og styrer utfallet (paternalisme) kan mennesker fort reduseres til objekter, og derigjennom fratras muligheten til å medvirke. Motsatt vil en stadig deltakelse i sosialt verdsatte beslutninger bidra til mening (Antonovsky, 2012), se også drøfting s. 81-83. Slik dette tolkes avhenger helse eller uhelse blant annet av hvilke situasjoner og områder mennesker har eller ikke har anledning til å medvirke i.

Levasseur et al., (2004) sier i sin diskusjon at begrensede kunnskaper om ens mulighet til å påvirke omgivelsene kan gi inntrykk av at man ikke kan gjøre noe med det, og tvinge personen til å akseptere omgivelsene slik de er. Makt kan være vanskelig å få øye på fordi pasientene møter helsepersonell som vil dem vel, og som selv også oppfatter å inneha en

profesjonell kompetanse og praksisutøvelse, og ikke oppfatter dette som maktutøvelse (Askheim, 2012). Holm og Severinsson (2013) argumenterer at hvis eldre ikke får mulighet til å ta egne avgjørelser kan de innta en passiv rolle fordi deres meninger ikke anses relevante og at de ikke har nok makt til å ha gjennomslag for sine standpunkter og slik oppleve seg avvist og misforståtte. Helsepersonell bør derfor fremme positiv atferd som influerer på selvtillit, men man må ha i mente at mennesker som eventuelt ikke er vant til å bli hørt og som føler seg lite verd og maktesløse ofte har lave forventninger om å bli involvert, samt har ofte liten interesse i å bli hørt (Holm & Severinsson, 2013).

Som drøftet under 6.2.2, kan salutogen compliance også her komme til uttrykk gjennom pasientenes tro på at helsepersonellet vil dem vel. Personer med sterk OAS vil da være fleksible med hensyn til hvilke livsområder som anses viktige, eksempelvis nedprioritere medvirkning, noe som da kan ses som en salutogen, fleksibel mestringsstil (Antonovsky, 2012). Powers (2003) sier om dette at når empowerment innebærer å følge opp de helserådene man mottar som pasient, er det helsepersonellet som kontrollerer prosessen. Hvis behandlingen ikke følges defineres pasienten følgelig ikke som empowered. Det å definere og redefinere er ulike former for makt (Powers, 2003).

Helsevesenets systemer er tradisjonelt organisert ut i fra et biomedisinsk system hvor pasientene har og inntar en passiv rolle og der det forventes at de er motiverte for å friskne til og derfor søker kompetent rådgivning som gis, og tilpasser seg behandlingsopplegget (Wikman & Fältholm, 2006). Slik dette forstås skal pasientene både passivt gjøre det legen foreskriver og samtidig aktivt utføre legens forskrivning og friskne til. Dette kan tilskrives helsevesenets legitime makt, der helsepersonells autoritet godtas, bevisst eller ubevisst, av pasientene (Grimen, 2001). Dobbeltheten i at forskningspersonene opplever å både «ha og ikke ha» et fritt og demokratisk miljø kan også tilskrives at helsepersonell på den ene siden tilstreber maktfordeling og på den andre siden ivaretar struktur og rettferdig fordeling av ressurser (strukturell makt) (Slettebø & Nordtvedt, 2006).

Som nevnt tidligere, kan det å frata pasienten(e) medvirkningsmuligheter kun ut fra faglige vurderinger og institusjonens rutiner eller fraskrive seg ansvar for avgjørelser man ikke ønsker å ta, anses som formynderi (paternalisme). Dette stiller krav om en ansvarlig maktbruk der makt anerkjennes som en del av virksomheten (strukturell makt) (Askheim, 2012:

Slettebø & Nortvedt, 2006). Dette kan eksempelvis vedrøre graden av medvirkning og autonomi pasientene eier i forhold til det etiske prinsippet velgjørenhet der man ut fra hva som ivaretar integritet og anses best for pasienten også må ta hensyn til pasientens beslutningskompetanse (Slettebø & Nordtvedt, 2001). I dette spennet skal helsepersonell stille sin kompetanse til rådighet og hjelpe pasienten til å foreta autonome valg, vurdere valgmuligheter og styrke pasienten, altså gjøre pasienten(e) empowerd nok til å medvirke ut fra egne ressurser. Dette skal skje innenfor de rammene velferd og offentlig virksomhet har å by på (Askheim, 2013).

Anerkjennelsens betydning for medvirkning eksisterer altså på individnivå. Medvirkning er også en demokratisk rettighet og demokrati anses som en kilde til helse, men veien der ifra til full samfunnsmessig anerkjennelse kan synes lang. Norge ligger langt bak andre nordiske land hva angår forskning på syke og hjelpetrequende eldre, og den forskningen som foregår er lite samordnet. Det meste av forskningen utføres på friske eldre eller yngre og man besitter derfor liten kunnskap om syke eldre sine pleie- og omsorgsbehov. Man vet eksempelvis lite om samspillet mellom sammensatte sykdomsbilder og medikamentregimer, eller hvordan faktorer som fysiske og psykososiale tap, begrenset energi og motivasjon gjensidig påvirker hverandre. Hvorvidt og hvordan dette utgjør eventuelle helsefaglige utfordringer vet man også lite om. Dette er aspekter som også påvirker organisatoriske og strukturelle betingelser for god eldreomsorg og derigjennom muligheten til å gjøre faglig, forsvarlige etiske valg (Kirkevold, 2005). Dette anses som viktige momenter å få fram hva angår den eldre befolkningens helse og planleggingen av helsepolitiske rammeverk.

Empowerment som individuell selvrealisering, som WHO og helsefremmende perspektiv virker å være rettet mot innebærer at folk ikke oppnår helse og medvirkning hvis de ikke selv tar styring over forhold som påvirker dem. Dette innebærer at den enkelte skal endre seg, uten hensyn til personens verdier, ønsker og behov (Askheim, 2012) eller samfunnsmessige, undertrykkende forhold. Slik som drøftet på side 91, kan dette bidra til å opprettholde sosial ulikhet. Powers (2003) sier at empowermentprosessen slik den praktiseres pr i dag resulterer i en avhengighetsrelasjon som opprettholder «status quo» (Powers, 2003). Dette blir betydningsfullt når man vet at eksempelvis mennesker med kun grunnskole, livet igjennom, har større hjelpebehov enn de med videregående skole og høyere utdanning (Daatland &

Veenstra, 2012). Empowerment på individnivå som retter seg mot selvrealisering, basert på liberale verdier, virker slik å være tilpasset mennesker med middelklassebakgrunn.

Helsefremmende arbeid innebærer å sette pasientene i stand til å medvirke og få til endringer i livene sine (empowerment) (Askheim, 2013). Adams sier det mest sentrale området innenfor empowerment er opparbeiding av individuell empowerment, slik at enkeltindividet opparbeider styrke og kraft til å motarbeide eventuelle strukturelle barrierer som skaper eller opprettholder avmakt (Askheim, 2012). På den andre siden kan empowerment som individuell selvrealisering se mennesket som «sin egen lykkes smed» (Askheim, 2012), og dermed opprettholdes en dårligere forhandlingsposisjon for de som er svakere stilt i samfunnet. Empowermentrettet arbeid basert på den demokratiske modellen der det søkes å endre samfunnsmessige og politiske rammebetingelser (Askeheim, 2012) for, eksempelvis eldre mennesker, anses i større grad å kunne bidra til å ivareta politiske målsetninger om mindre diskriminering, økt trygghet og deltakelse. Dette fordi samfunnsdiskurser og holdninger overfor eldre, helseforetakenes og ansattes oppfatning av hva medvirkning innebærer, hvordan implementering av medvirkning og helsefremmende arbeid foregår, den prioritert helsefremmende arbeid og medvirkning gis ved helseforetakene, sammen med internasjonale og nasjonale politiske føringer- og tiltak gjør individuell empowerment til en paternalistisk tilnærming overfor enkeltmennesket, som da vil opprettholde «status quo», slik Powers (2003) uttrykker det. Hvis det er så at det er den individuelle tilnærmingen som ligger til grunn for helsefremmende, politiske målsetninger, ser det ut til at eldre pasienter vil fortsette å ha en delvis medvirkningsgrad, og at deltakelse og samarbeid, samt den betydning autonomi og informasjon tillegges av eldre kanskje ikke har den samfunnsmessige «prioriteten» samfunnet tar mål av seg å ha. Det kan virke som om mye fortsatt er slik det var på 1980-1990-tallet.

6.2.4 Implikasjoner for eksisterende kunnskap og klinisk helsearbeid

I det videre vil det være viktig å bevisstgjøre annet helsepersonell om medvirkning og eldre sin måte å medvirke på, slik at eldre kan imøtekommes på en mer helsefremmende måte. En implementering av helsefremmende perspektiv ved helseinstitusjonene bør søkes. Slik implementering nødvendiggjør utdanning av helsepersonell hva angår helsefremmende perspektiv og helsefremmende arbeid, samt et fokus rettet mot kommunikasjons- og relasjonskompetanse. Videre, bør det søkes å øke helsepersonells bevissthet omkring hvilken

definisjonsmakt de besitter og hvordan man som helsepersonell kan være med å etablere motmakt, en mer rettferdig ressursfordeling og økt deltakelse og beslutningsmyndighet. Det anses også viktig å bevisstgjøre helsepersonell på den helsefremmende effekten anerkjennelse og respekt har, samt nytten av autonomi, informasjon og beslutningsstøtte. Helsepersonell bør også søke å heve eldre menneskers status i samfunnet og slik øke eldre menneskers forhandlingsposisjon og medvirkningsmuligheter. Det bør også rettes et større fokus på syke, pleietrengende eldre sin situasjon for bedre å kunne imøtekomme denne pasientgruppens behov.

7 KONKLUSJON OG AVRUNDING

I denne studien er det forsøkt å finne svar på hvordan eldre opplever medvirkning og hvilken betydning dette har dem, samt hva som fremmer eller hemmer deres medvirkningsmuligheter, satt i en samfunnsmessig kontekst. Før studien avsluttes gis en sammenstilling av de viktigste momentene fra teori og drøftelsesdelen. Deretter følger kritikk av studien, konklusjon og avsluttende refleksjoner omkring det som har kommet fram i skriveprosessen. Først et lite gjensyn med pasientene fra Daghospitalet;

Pasientene ankommer i drosjer. Enkelte går fint uten hjelpemidler, andre har funksjonshemninger etter hjerneslag, sykdom og ulykker og er avhengige av gå-staver, krykker eller rullator for å kunne ta seg fram. Noen har vært innlagt en stund og er vant med å komme hit. Andre er nye og mer tilbakeholdne og spente. De kommer fordi de trenger medisinsk hjelp eller rehabilitering. Noen er innlagt grunnet opptrening etter hjerneslag, andre for utredning av demens, parkinsonisme og stabilisering av høyt blodtrykk og diabetes m.m. Enkelte har sosiale problemer som de trenger hjelp til, andre har spist lite over en tid og atter andre trenger å få satt i gang hjelpetiltak hjemme. Felles for dem er at de er eldre mennesker som har vært gjennom de fleste av livets faser.

VELKOMMEN TIL DAGHOSPITALET!

7.1 Resymé av studien

Studien vedrører eldre menneskers opplevelse av medvirkning og hvilken betydning dette har, samt de samfunnsmessige aspektene ved dette. Studien utføres ved et Geriatriisk Daghospital (Daghospitalet). Med eldre menneske personer over 67 år. Aldring innebærer tap og endringer i roller. Sykdom og reduserte funksjoner er hovedårsaken til at eldre ikke medvirker. Helsepolitikk, helsevesen, samfunnets holdninger påvirker medvirkningsmulighetene.

WHO setter føringer for Norsk helselovgivning hva angår pasientmedvirkning.

Helsepolitikken har som målsetting å fremme trygg, aktiv aldring og tilrettelegge for samfunnsdeltakelse, samt bekjempe diskriminering. Folkehelsearbeid innebærer både det sykdomsforebyggende - og det helsefremmende perspektiv. Mestring relateres til salutogenese og kilder til god helse. Mestring avhenger av den enkeltes ressurser, situasjon og sosiale støtte, og aktualiserer dermed kommunikasjons- og relasjonskompetanse hos

helsepersonell. Empowermentideologiens prinsipper innebærer medvirkning, maktomfordeling og pasienten som ekspert på seg selv. Hovedinndelingene innebærer motmakt (systemperspektiv) og individorienterte tilnærminger. Pasientmedvirkning er både en etisk, helsefaglig og juridisk rettighet, som gir rett til innsyn og informasjon. Medvirkningsgraden avhenger av pasientenes ønske om å medvirke, helsepersonells forståelse av hva medvirkning innebærer og samfunnsdiskurs. Trygghet og tillit anses å ha en helseverdi i seg selv og ansvarlig maktbruk innebærer maktomfordeling.

Forskningsspørsmålet tilsa en kvalitativ forskningstilnærming, samt fenomenologisk-hermeneutisk metode. Ni semi-strukturerte intervjuer ble utført. Analysemetoden bygger på Malteruds metode for systematisk tekstkondensering (STC). Etiske overveielser vedrørte godkjenning og formaliteter, informert samtykke, konsekvens og fortrolighet, samt forskerens rolle og relasjonen i forhold til forskningspersonene. Studien kan kritiseres for at forskningspersonene kan ha vært spesielt positive til Daghospitalet og enkelte kan ha oppfattet forskningsspørsmålene som en evaluering. Forskers for-forståelse kan ha påvirket oppfølgingsspørsmål i ledende retning. Sykepleierutdanningen og tidligere ansettelsesforhold kan ha medført at pasientene har fortalt mer enn de i utgangspunktet ønsket. Studien anses likevel å kunne benyttes ut fra analytisk generalisering.

Medvirkning defineres av forskningsdeltakerne som deltakelse og samarbeid, og de anses som delvis medvirkende. Helse fremmes når vi opplever oss akseptert av omgivelsene. Autonomi og informasjon oppgis å ha betydning for å medvirke. Helsepersonell bør søke å utvikle eldre menneskers helseressurser, medvirkningsmuligheter og autonomi gjennom informasjon og anerkjennelse. Helsepolitisk bør helsefremmende perspektiv implementeres ved sykehusene.

Å bruke egne ressurser kan eksempelvis være å etterspørre informasjon. En salutogen, støttende tilnærming fra helsepersonell kan virke terapeutisk. Samfunnsmessige holdninger omkring eldre, helsepersonells opplevelse av inkonsistens mellom faglige, holistiske idealer og tid til rådighet i et biomedisinsk system, tuftet på effektivitetskrav, påvirker helsepersonells atferd overfor pasientene. Eldre menneskers måte å medvirke på har også betydning. Å eie relevante og nyttige kunnskaper kan gi resilience, og vedrører empowermentideologiens positive, emosjonelle dimensjon. Den biomedisinske modellen kan medføre at pasienter behandles og defineres ut fra sykdomskonstitusjon (disease). Dette i

motsetning til en helsefremmende (holistisk) tilnærming med fokus på sickness og illness. Tilnærmingene bør anses komplementære. Forskningspersonene mente at tillit til helsepersonellens kompetanse og det å følge behandlingsopplegget var viktig. Dette kan relateres til salutogen compliance og betingelser mot negative faktorer; håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Manglende informasjon og kontinuitet påvirker helsen negativt. Salutogenese, empowerment og helsepersonells kommunikasjons- og relasjonskompetanse anses relevant for pasientenes tilfriskningsprosess.

Anerkjennelse, tilhørighet og bekreftelse fra helsepersonell, andre pasienter og nære andre ble ansett viktig. Anerkjennelse danner grunnlaget for selvtillit. Sosial kontakt kan virke både sykdomsforebyggende og benyttes som tilfriskningsstrategi. Det er viktig at helsepersonell avdekker eventuell fremmedgjøring og ensomhet. Siden eldre menneskers samfunnsmessige forhandlingsposisjon er dårlig, bør helsepersonell forsøke å øke deres medvirkningsmuligheter. Å dra veksler på andre pasienter anses nyttig og gir en følelse av tilhørighet. Videre, å oppleve seg respektert og medregnet av helsepersonell, omgivelsene og samfunnet. Mangel kan tilskrives diskriminering. Pasientene opplevde miljøet demokratisk, fritt og forutsigbart, men opplevde samtidig at de måtte tilpasse seg, noe som kan tilskrives det tradisjonelle biomedisinske systemet. Hvis det er empowerment som individuell selvrealisering som ligger til grunn for det helsefremmende perspektiv, kan det virke som om det er en inkonsistens mellom helsefremmende, politiske målsetninger og prioritetene de gis i forhold til implementering. Dette kan påvirke eldre menneskers medvirkningsmuligheter negativt.

7.2 Kritisk refleksjon

Besvarelsen kunne fokusert mer på aspekter vedrørende ansvarliggjøring av pasienten med tanke på empowerment og helsefremmende perspektiv, samt gitt forholdet brukerbasert og evidensbasert kunnskap større oppmerksomhet. Et fokus rettet mot medvirkning og pasientsikkerhet ville også ha vært aktuelt å trekke fram i forhold til den manglende forskningen på eldre syke.

7.3 Konklusjon og avsluttende refleksjoner

I det ovenstående er eldre menneskers opplevelse av medvirkning og betydningen medvirkning har for dem, samt samfunnsmessige faktorer som påvirker deres medvirkningsmuligheter drøftet via teori og empiri. Inntrykket er at pasientene ønsker og har

en delvis grad av medvirkning ved Daghospitalet. Informasjon og autonomi anses å ha stor betydning for medvirkning, samt at det virker ønskelig at dette skjer i samarbeid med helsepersonell. Dette virker også å være i tråd med annen foreliggende forskning. Informasjon og autonomi virker knyttet opp mot egenverdet og kan slik anses viktig for tilfriskningen hos den enkelte.

Daghospitalet, er meg fortalt, bygger på hospits-tanken og det er mulig det er dette som tenkes kan fasilitere mer medvirkning enn andre helseinstitusjoner, det inntrykket jeg har. Som vi har sett i drøftingen er det flere årsaker og aspekter ved eldre menneskers medvirkningsmuligheter som omfatter eldre sin måte å medvirke på, samfunnets diskursive syn på eldre, helseforetakenes og ansattes oppfatning av hva medvirkning innebærer, samt hvilken manglende prioritet helsefremmende arbeid virker å ha i internasjonal og nasjonal sammenheng. Dette med tanke på manglende implementering av og tilretteleggingen for helsefremmende arbeid ved helseforetakene. Det foreligger mye forskning vedrørende medvirkning og man er for tiden, slik det forstås, opptatt av at maktfordelingen skjer fra de store helseforetakene og over på pasientene. Skal eldre ha en reell «stemme» i samfunnet bør det øremerkes midler og spesifiseres hvordan dette arbeidet skal foregå, samt hvem som har ansvar for hva. Innledningsvis ble det henvist til studien til Cahill (1998) og, som nevnt tidligere, kan det virke som om mye har stått på stedet hvil og at det kanskje er på tide med mer handling.

LITTERATURLISTE

- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium – Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. & Starrin, B. (2007). *Empowerment i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Askheim, O. P. 2012. *Empowerment i helse- og sosialfaglig arbeid - floskel, styringsverktøy eller frigjøringsstrategi?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Aujoulat, I., Le Faou, A. L., Sandrin-Berthon, B., Martin, F. & Deccache, A. (2001). Implementation health promotion in health care setting: conceptual coherence and policy support. *Patient Education and Counseling* 45, 245-254.
- Berg, E. (2005). *Det skapende mellomrommet – i møtet mellom pasient og lege*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berg, E. (2010). *Sammenhenger – Om erfaring, sykdom og medisinsk praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Botten, G., Hagen, T. P. og Waaler, H. T. (2000). *Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? Utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om Eldres funksjonsevne*. (HERO Skriftserie 2000:6). Oslo: Universitetet i Oslo.
- Bredland, E. L., Linge, O. A. & Vik, K. (2012). *Det handler om verdighet og deltakelse – verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bø, I. & Helle, L. (2002). *Pedagogisk ordbok*. Oslo: Universitetsforlaget AS
- Cahill, J. (1998). Patient participation – a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 7 (2), 119-28.

- Daatland, S. O. & Slagsvold, B. (2013). Vital aldring og samhold mellom generasjoner – Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjoner (NorLAG – runde 1 og 2. *Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring*, 15.
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Daatland, S. O. & Veenstra, M. (2012). Bærkraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen. *Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring*, 2.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Delmar, C. (1999). *Tillid & Magt – En moralsk utfordring*. Munksgard: København
- Efrainsson, E. (2005). *Vårdplaneringsmøtet: en studie av det vårdare*. (Doktorgradsavhandling, Umeå universitet, Sverige).
- Eilertsen, G. (2005). *Alt er som før, men ingenting er som det var. Gamle kvinners opplevelser av livet etter hjerneslag* (Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, Norge).
- Eldrerådsloven. (1991). LOV-1991-11-08-76. *Lov om kommunale og fylkeskommunale eldreråd*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1991-11-08-76?q=eldrer%C3%A5d>.
- Ellingsen, S. & Dragset, S. 2008. Norsk tidsskrift for Sykepleieforskning. *Kvalitativ tilnærming i sykepleieforskning - en introduksjon og oversikt*. (10), 23-38
- Elstad, J., I. (2008). Utdanning og helseulikheter: problemstillinger og forskningsfunn. Oslo: Helsedirektoratet.
- FN-Sambandet. (1948). *FNs verdenserklæring om menneskerettigheter*. Hentet fra

<http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-verdenserklaring-om-menneskerettigheter>

Folkehelseinstituttet. (2010). *Folkehelse rapport 2010. Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra <http://www.fhi.no/dokumenter/f5894f100f.pdf>

Foss, C. (2011). Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 2014-2022.

Freire, P. (1974). *De undertryktes pedagogikk*. Oslo: Gyldendal.

Fugelli, P. & Ingstad, B. (2009). *Helse på norsk - God helse slik folk ser det*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Giorgi, A. (1975). An application of phenomenological method in psychology. | I. A. Giorgi, C. Fischer & E. Murray (Red.). *Duquesne studies in phenomenological psychology*, II (s. 82-103). Pittsburg, PA: Duquesne University Press.

Gjengedal, E. & Hanestad, B. R. (2007). *Å leve med kronisk sykdom* (2. utg.). Oslo: J. W. Cappelens Forlag AS

Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112.

Grimen, H. (2001). Tillit og makt - tre sammenhengar. *Tidsskrift for Den norske legeförening*, 30 (121), 3617-3619.

Grimen, H. (2010). Tillit som senket gard. | R. Slagstad (Red.), *Elster og sirenes sang*. Oslo: Pax.

Hansen, T. & Slagsvold, B. (udatert). Alder og livskvalitet: Er eldre tilfreds med eget liv

eller er det bare noe de tror?

Helsepersonelloven. (1999). LOV 1999-07-02-64: *Lov om helsepersonell m.v.*

Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsinkideklarasjonen. WMA Declaration of Helsinki – *Ethical Principles of Medical Research Involving Human Subjects*. Hentet fra

<http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/index.html>

Henderson, S. (2003). Power imbalance between nurses and patients: a potential inhibitor of partnership in care. *J Clin Nurs* 12 (4), 501-508.

Hoffmann, B. (2002). Pasientautonomi som etisk rettesnor – en kritisk gjennomgang. *Sykepleien* 90 (17), 39-44.

Holm, A. L. & Severinsson, E. (2013). A Qualitative Systematic Review of Older Person's Perceptions of Health, Ill Health, and Their Community Health Care Needs. *Nursing Research and Practice*, Volume 2013, Article ID 672702, 12 pages.

Jenssen, A. G. (2012). Brukermedvirkning – hva er så det? | A. G., Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning – Likeverd og anerkjennelse*, (s. 42-53). Oslo: Universitetsforlaget.

Jenssen, A. G. & Tronvoll, I. M. (2012), Brukermedvirkning – likeverd og anerkjennelse. | A. G., Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning – Likeverd og anerkjennelse*, (s. 15-25). Oslo: Universitetsforlaget.

Kandidat 721. (2010). *Pasientens rett til medvirke ved gjennomføring av helsehjelp*. (Upublisert masteroppgave). Universitetet i Oslo, Oslo.

Kirkevold, M. (2005). Hva trenger vi å vite og hvordan skal vi få vite det? | R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim. (Red.), *Eldre i en brytningstid*, (275-283). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A. H. (2008). *Geriatrisk sykepleie - God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kouwenhoven, S. E. & Kirkevold, M. (2014). Depressive symptomer etter hjerneslag. Essay. *Sykepleien forskning 1* (9), 72-78. doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0032.
- Kunnskapsdepartementet. (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/Rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. 2010. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvigne, K. (2004). *Når kvinner rammes av hjerneslag - en fenomenologisk og feministisk studie av kvinnelige slagpasienter og av sykepleiernes erfaringer med slagrammede*. (Doktorgradsavhandling, Inst. for sykepleievitenskap og helsefag, Universitetet i Oslo, Norge)
- Kvigne, K. Kirkevold, M., Gjengedal, E. (2004). Fighting back - struggling to continue life and preserve the self following a stroke. *Health care for women international*, (25), 370-387.
- Laake, K. (2006). *Geriatri i praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langeland, E. (2009). Betydningen av salutogen tilnærming for å fremme psykisk helse. *Forskning*, 4 (4), 288-296.
- Law, M. (2002). Participation in the occupations of everyday life. *American Journal Occupational Therapy*, 56, 640-9.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. & Noreau, L. (2004). Relationships Between Environment

and Quality of Life of Older Adults with Physical Disabilities. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 22 (3), 37-53

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L. & Pittet, D. (2010). Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proceedings*, 85 (1), 53-62.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 40, 795-805.

Malterud, K. (2013). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget AS

Martinsen, K. (2006). *Care and vulnerability*. Oslo: Akribe.

Mekki, T. E., Pedersen, S. (2004). *Sykepleieboken 1 - Grunnleggende sykepleie*. Oslo: Akribe as.

Meld. St. 29 (2012–2013). (2012). *Morgendagens omsorg*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Meld. St. 34 (2012–2013). (2012). *Folkehelsemeldingen - God helse – felles ansvar*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Minichiello, V., Browne, J. & Kendig, H. (2000). Perceptions and consequences of ageism: views of older people. *Ageing and Society*, 20, 253-278.

Mittelmark, M. B., Kickbusch, I., Rootman, I., Scriven, A. & Tones, K. (2012). Helsefremmende arbeid – ideologier og begreper. | Å. Gammersvik & T. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis* (s. 23-44). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Myhra, A., B. (2012). *Fra bruker til samarbeidspartner - Realisering av brukermedvirkning*.

Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Mæland, J. G. (2010). *Forebyggende helsearbeid - Folkehelsearbeid i teori og praksis*.

Oslo: Universitetsforlaget.

NAV. (2013). *Svak økning i antall utføre*. Hentet fra

<https://www.nav.no/Om+NAV/Tall+og+analyse/Jobb+og+helse/Uf%C3%B8repensjon/Uf%C3%B8repensjon/Svak+%C3%B8kning+i+antall+uf%C3%B8re.337881.cms>.

Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA). *Helse, helseatferd og livsløp – Resultater fra LOGG og NorLag*. (NOVA Rapport 3/2009). Hentet fra

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCYQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.hioa.no%2Fasset%2F3700%2F1%2F3700_1.pdf&ei=yCMCU_zgKqPJygOt6oCYCA&usg=AFQjCNEojV2xJaqlRFVC1TF1aNmoHjPGtA&bvm=bv.61535280,d.bGQ.

Nortvedt, M. W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Reinart, L. M. (2007). *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert – en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Bryne Offset AS.

Nortvedt, P. & Grimen, H. (2009). *Sensibilitet og refleksjon – filosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

NOU 1996: 5. (1996). *Hvem skal eie sykehusene?* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

NOU 2009: 19. *Fordelingsutvalget*. Oslo: Finansdepartementet.

Ot.prp. nr. 73 (2008-2008). Om lov om fylkeskommuners oppgaver i folkehelsearbeidet.

Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Pasient- og brukerrettighetsloven. LOV 1999-06-24-63: *Lov om pasient og*

brukerrettigheter. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Polit, D. F. & Beck, C. T. (2012). *Nursing research – Generating and Assessing Evidence*

for Nursing Practice. Lippincott Williams & Wilkins.

Powers, P. (2003). Empowerment as Treatment and the Role of Health Professionals. *Advances in Nursing Science*, 26 (3), 227-237.

Prop. 1 S (2013–2014) (2013). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak) for budsjettåret 2014*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Randström, K. B., Asplund, K., Svedlund, M. & Paulson, M. (2013). Activity and participation in home rehabilitation: Older people's and family members' perspectives. *J Rehabil Med*, 45, 211-216

Ringdal, K. (2011). *Enhet og mangfold – Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Romøren, T. I. (2005). Gamle mennesker i Norge. | R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid*. (s. 62-70). Oslo: Gyldendal Akademisk

Røkenes, O. H. & Hanssen, P. H. (2006). *Bære eller briste - Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke

Silverman, D. (2006). *Intergrating qualitative data*. London: Sage.

Skaare, S. D. (2012). Humor mot eldremyter. Hentet fra <http://www.forskning.no/artikler/2012/september/332614>

Skatvedt, A. & Andvig, E. (2014). Betydningen av tid til samvær og vennligsinnet pågåenhet i kommunehelsetjenesten. *Sykepleien forskning (1)* 9, 64-70.
doi: 10.4220/sykepleienf.2014.0034

- Skjefstad, N. (2012). Brukermedvirkning sett i et anerkjennelsesteoretisk perspektiv. | A. G. Jenssen & I. M. Tronvoll (Red.), *Brukermedvirkning – Likeverd og anerkjennelse*. (s. 54-69). Oslo: Universitetsforlaget.
- Slettebø, Å. & Nortvedt, P. (2006). *Etikk for helsefagene*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Sletteland, N. & Donovan, R. M. (2012). *Helsefremmende lokalsamfunn*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Slettevold, O., Engedal, K., Tilvis, R. mfl. (1997). Nordiske retningslinjer for spesialisthelsetjenesten i geriatri. *Geriatrisk utredning i Norden*.
- Stabell, A. (2005). Hvordan forebygge eller redusere utvikling av lært hjelpeløshet blant eldre. | R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.). *Eldre i en brytningstid* (s. 265-274). Oslo: Gyldendal Akademisk
- Stacey, D., Légaré, F., Col, N. F., Bennett C. L., Barry, M. J., Eden, K. B., Holmes-Rovner M., Llewellyn-Thomas, H., Lyddiatt, A., Thomson, R., Trevena, L. & Wu, J. H. C. (2014). Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. *Cochrane Database of Systematic Reviews 1*. DOI: 10.1002/14651858.CD001431.pub4.
- Statistisk sentralbyrå. (1999). *Eldre i Norge*. Hentet fra <http://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/sa32/sa32.pdf>,
- Statistisk sentralbyrå. (1999). *Helseundersøkelsen 1995*. ISBN 82-537-4634-2 Hentet fra http://www.google.no/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CCkQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ssb.no%2Fa%2Fpublikasjoner%2Fpdf%2Fnos_c516%2Fnos_c516.pdf&ei=HiQCU6j-C4nOygOuuIGQCg&usq=AFQjCNHLeGAUXftE8WhNVJ775oCaOSI2FA&bvm=bv.61535280,d.bGQ,
- Statistisk sentralbyrå. (udatert). *Sykdom og sunnhet – Kvinner er sunne men oftere syke*.

Hentet fra <http://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/attachment/39407?ts=132af1dd728>

St meld nr. 50 (1996-97). (1996). *Handlingsplan for eldreomsorgen. Trygghet - respekt – kvalitet*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet

St.meld. nr. 21 (1998-99).(1998). *Ansvar og meistring - Mot ein heilskapleg rehabiliteringspolitikk*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.

St.meld.nr. 25 (2005-2006). (2005). *Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

St.meld.nr. 20 (2006-2007). (2006). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

St.meld.nr. 47 (2008-2009). (2008). *Samhandlingsreformen - Rett behandling - på rett sted – til rett tid*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Sørensen, L. V., Axelsen, U. & Avlund, K. (2002). Social Participation and Functional Ability from Age 75 to Age 80. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 9, 71-78.

Thorsen, K. (2005). Nye tider, nye eldre, nye selvforståelser. | R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid*. (s. 105-117). Oslo: Gyldendal Akademisk

Thorslund, M. (2003, 10. november 2003). Äldres hälsa alt sämre. *Artikkel og intervju bygd på studien SWEOLD i Dagens nyheter*.

Tollén, A., Fredriksson, C. & Kamwendo, K. (2007). Elderly persons' expectations of day-care rehabilitation. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 14, 173-182.

Tvedt, O. (2005). Eldres livshistorier. | R. Nord, G. Eilertsen & T. Bjerkreim (Red.), *Eldre i en brytningstid*. (s. 231-243). Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker - om veiledning i empowermentprosessen*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Tveiten, S. (2009). «Easier said than done»: empowering dialogues with patients at the pain clinic – the health professionals' perspective. *Journal of Nursing Management*, 17, 804-812.

Tveiten, S. (2012). Empowerment og veiledning – sykepleierens pedagogiske funksjon i helsefremmende arbeid. | Gammersvik, Å. & Larsen (Red.), T. *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. (s. 173-193). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Vatne, S. (1998). *Korrigere og anerkjenne - relasjonens betydning i miljøterapi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Vik, K., Lilja, M. & Nygård, L. The influence of the environment on participation subsequent to rehabilitation as experienced by elderly people in Norway. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*. 2007 (14), 86-95.

Werner, A. & Malterud, K. (2003). It is hard work behaving as a credible patient: encounters between women with chronic pain and their doctors. *Social Science & Medicine* 57: 1409-1419

Wikman, A. M. & Fältholm, Y. (2006). Patient empowerment in rehabilitation: «Sombbody told me to get rehabilitated». *Advances in Physiotherapy*, 8, 23-32.

World Health Organization (WHO). *The Ottawa Charter for Health Promotion* Hentet fra;

<http://www.euro.who.int/en/publications/policy-documents/ottawa-charter-for-healthpromotion,-1986>.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa-/en/index.html>

Åsbring, P. & Närvänen. (2003). Ideal versus reality: physicians perspectives on patients with chronic fatigue syndrome (CFS) and fibromyalgia. *Social science & Medicine*. 57 (711-720).

VEDLEGG 1 - INTERVJUGUIDE**MASTEROPPGAVE MAPO5900**Kvinne Mann **Intervjuspørsmål:**

Hvor gammel er du?

Hva har du holdt på med i ditt voksne liv?

- Har du arbeidet i eller utenfor hjemmet?

Hvor lenge har du hatt den diagnosen du er innlagt for?

Hva legger du i begrepet medvirkning?

Hvordan opplever du å få medvirke her ved Geriatrisk daghospital?

Hjelpespørsmål:

- Hvilke erfaringer har du i forhold til det å få medvirke i egen pasientbehandling?
- Hvilken betydning har det for deg at du får medvirke?
- Når er det viktig for deg å medvirke?
- På hvilken måte/områder får du medvirke?
- Hva kan du medvirke i eller ikke medvirke i?
- Opplever du å bli tatt med på råd som vedrører behandlingen av din sykdom?
- Opplever du å ha anledning til å stille spørsmål om ting som vedrører din sykdom og behandling?
- Opplever du at dine behov blir tatt hensyn til i forhold til innleggelsesårsak?
- Opplever du å ha innflytelse på dine ønsker
- Får du informasjon og forklaringer som er forståelige?

Hva mener du hemmer eller fremmer dine muligheter for å medvirke?

Er det andre momenter enn det som kommer frem i spørsmålene ovenfor som du ønsker å fremheve som viktig i forhold til brukermedvirkning?

VEDLEGG 2 - INFORMASJONS- OG SAMTYKKESKJEMA

TIL DELTAKERE I FORSKNINGSTUDIEN OM PASIENTMEDVIRKNING

Forespørsel om deltakelse i spørreundersøkelse i forbindelse med min masteroppgave om eldre menneskers opplevelse av å få medvirke i egen pleie og behandling i møte med tverrfaglig team på Daghospitalet

Oppgavens overordnede hensikt er å undersøke hvordan eldre mennesker opplever å få medvirke i sitt møte med et tverrfaglig team på et Geriatrisk daghospital.

Hensikten er å rette fokus på opplevelsen av å få medvirke i egen behandling og pleie her ved Geriatrisk daghospital, samt å finne ut hva som hemmer eller fremmer mulighetene for medvirkning.

Ved å delta er du kanskje med på å bedre Eldres mulighet for medvirkning i forhold til egen pleie og behandling, samt kaste lys over faktorer som påvirker dette positivt og negativt. Deltakelse vil ellers ikke gi deg verken fordeler eller ulemper.

Deltakelsen er frivillig og skjer i form av et intervju med undertegnede, hvor du svarer på de spørsmålene du ønsker å svare på. Intervjuet vil skje her på Geriatrisk Daghospital. Hvis du ønsker å delta, noe jeg håper du har anledning til, ber jeg om at du samtykker til deltakelse i denne undersøkelsen ved å skrive under på svarslippen på neste side og returnerer denne til din sykepleier. Du kan når som helst og uten begrunnelse trekke deg fra undersøkelsen, uten at det får noen form for negative konsekvenser for deg. Intervjuet vil vare ca. en time.

Navn og andre personlige opplysninger som måtte fremkomme i undersøkelsen vil bli slettet fra utskrifter, slik at svarene ikke skal kunne føres tilbake til deg som enkeltperson. Alle identifiserbare data vil bli anonymisert ved publisering av funn fra undersøkelsen i min masteroppgave.

Som ansvarlig for denne undersøkelsen har jeg taushetsplikt og datamaterialet vil bli behandlet konfidensielt og oppbevares nedlåst, samt makuleres etter at undersøkelsen er avsluttet og masteroppgaven er levert inn, berammet til 15. mai 2014.

Undertegnede, Solvår Andreassen, er sykepleier og masterstudent i studiet helse og empowerment ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for helse, ernæring og ledelse. Jeg er tilgjengelig her på Geriatrisk daghospital for spørsmål angående denne undersøkelsen, både forut og i etterkant av besvarelsen, på disse datoene;

Vær vennlig å klipp ut og returner slippen nedenfor til din sykepleier.

Mine veiledere ved Høgskolen i Oslo og Akershus, Institutt for helse, ernæring og ledelse er; Ragnhild Flittie Onstad og Magne Haukland.

Vennlig hilsen

Solvår Andreassen

Masterstudent

Masterstudiet Helse- og empowerment

Kontaktinformasjon:

Hvamsmovegen 42, 2165 Hvam

Mobiltf. nr.: 93630007

Høgskolen i Oslo og Akershus,
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Postboks 4, St Olavs plass
0130 OSLO



Jeg samtykker til å delta i spørreundersøkelsen om opplevelse av pasientmedvirkning ved et tverrfaglig team her ved Geriatrisk daghospital. Jeg har lest og forstått ovenstående informasjon.

Navn:

Dato:

VEDLEGG 3 – TILBAKEMELDING FRA REK

Side 1 av 1

Sol og Dag

Fra: post@helseforskning.etikkom.no
Sendt: 19. august 2013 13:27
Til: sologdag@online.no
Emne: Sv: REK sør-øst 2013/1411 Pasientmedvirkning

Hei.

Vi viser til innsendt fremleggingsvurdering for ovennevnte prosjekt, mottatt 05.08.13. Henvendelsen, med tilhørende dokumentasjon, er nå vurdert av nestleder i REK sør-øst C, på delegert fullmakt.

Formålet med studien beskrives slik i den vedlagte prosjektbeskrivelsen: "Prosjektet har til hensikt å undersøke og beskrive hvorvidt eldre mennesker opplever å få medvirke i sitt møte med et tverrfaglig miljø på et Geriatrisk daghospital, samt undersøke og beskrive de faktorer som hemmer eller fremmer medvirkning. Formålet er å bidra til større bevisstgjøring hos helsepersonell til beste for pasientgruppen."

Oppmerksomheten er dermed rettet mot selve helsetjenesten, ikke på å fremskaffe kunnskap om sykdom og helse, slik dette forstås i helseforskningslovens § 4.

Prosjektet faller derfor utenfor komiteens mandat, jf. helseforskningslovens § 2. Prosjektet kan gjennomføres uten REK-godkjenning.

REK antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av pasient-/helseopplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling, NSD eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Mvh

--

Tor Even Svanes
seniorrådgiver

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk, Sør-Øst C
Postboks 1130 Blindern, 0318 Oslo. Tlf: 22 84 55 21
Besøksadresse: Nydalen Allé 37b, Nydalen, 0424 Oslo.
<http://helseforskning.etikkom.no>

No virus found in this message.

Checked by AVG - www.avg.com

Version: 2013.0.3392 / Virus Database: 3211/6588 - Release Date: 08/18/13

20.08.2013

VEDLEGG 4 – GODKJENNING FRA NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Ragnhild Flittie Onstad
Institutt for helse, ernæring og ledelse
Høgskolen i Oslo og Akershus
Postboks 4, St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 02.09.2013

Vår ref:35203 / 3 / MSI

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.08.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

35203	<i>Pasientmedvirkning</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Ragnhild Flittie Onstad</i>
<i>Student</i>	<i>Solvår Andreassen</i>

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

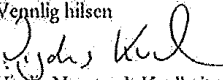
Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Marte Byrkjeland

Kontaktperson: Marte Byrkjeland tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Solvår Andreassen, Hvamsmøvegen 42, 2165 HVAM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo, Tel: +47-22 85 52 11, nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim, Tel: +47-73 59 19 07, kytre.svarv@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tel: +47-77 64 43 36, nsdmaa@svt.uin.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 35203

Ut fra informasjonsskrivet forstår personvernombudet det slik at det tas høyde for at personopplysninger kan bli registrert i en kort periode i prosjektet. Opplysningene omhandler helseforhold og er sensitive i henhold til personopplysningsloven § 2 nr. 8 c).

Personvernombudet minner om at forespørsel må rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltagelse ivaretas.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår.

Innsamlede opplysninger registreres på privat pc. Personvernombudet legger til grunn at veileder og student setter seg inn i og etterfølger Høgskolen i Oslo og Akershus sine interne rutiner for datasikkerhet, spesielt med tanke på bruk av privat pc til oppbevaring av personidentifiserende data.

Prosjektslutt er angitt til 15.05.2014 i informasjonsskrivet til utvalget, og ombudet har justert dato for prosjektslutt i henhold til dette. Innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, utdanning, diagnose, sykehus, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

VEDLEGG 5 – SVAR FRA PERSONVERNOMBUDET FOR FORSKNING OG KVALITETSSIKRING



Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring
Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Oslo universitetssykehus HF

PERSONVERNOMBUDETS UTTALELSE

Til: Solvår Andreassen

Kopi:

Fra: Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Saksbehandler: Tor Åsmund Martinsen

Dato:

Offentlighet: Ikke unntatt offentlighet

Sak: Personvernombudets uttalelse om innsamling og behandling av personopplysninger

Saksnummer/ Personvernnummer: 2013/14260

Personvernombudets uttalelse om innsamling og behandling av personopplysninger i prosjektet:

”Hvordan opplever eldre mennesker å få medvirke i sitt møte med et tverrfaglig team på et Geriatrisk Daghospital?”

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er et formelt svar på meldingen. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før rekruttering av pasienter til studien kan starte.

Personvernombudet har vurdert den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger til å tilfredsstille de krav som stilles i helse- og personvernlovgivningen.

Personvernombudet har ingen innvendinger til at den planlagte databehandlingen av personopplysninger / helseopplysninger kan igangsettes under forutsetning av følgende:

1. Forskningsansvarlig / databehandlingsansvarlig er Høgskolen i Oslo. Studien gjennomføres ved OUS - Medisinsk klinikk, Geriatrisk avdeling, seksjon for poliklinikk og dagbehandling, Daghospitalet. Studien forutsettes godkjent her.
2. Behandling av personopplysningene / helseopplysninger i studien skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.



3. Vedlagte samtykke benyttes. Eventuelle fremtidige endringer som berører formålet, utvalget inkluderte eller databehandlingen må forevises personvernombudet før de tas i bruk.
4. Data lagres som oppgitt i meldingen. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres som angitt i meldingen og oppbevares separat på prosjektleders avlåste kontor på sykehuset.
5. Data slettes eller anonymiseres når oppgaven er ferdig.
6. Dersom formålet, utvalget av inkluderte eller databehandlingen endres må personvernombudet gis forhåndsinformasjon om dette.

Prosjektet er registrert i oversikten over tilrådinger og uttalelser til forskning som Personvernombudet fører for sykehuset. Oversikten er offentlig tilgjengelig.

Med vennlig hilsen
for Personvernombudet for forskning og kvalitetssikring

Tor Åsmund Martinsen
Personvernrådgiver
Kompetansesenter for personvern og informasjonssikkerhet
Stab pasientsikkerhet og kvalitet
Oslo universitetssykehus HF

Epost: personvern@oslo-universitetssykehus.no
Web: www.oslo-universitetssykehus.no/personvern

**VEDLEGG 6 – GODKJENNING AV BRUK AV 10 % EKSTRA ORD UTOVER
MAKSGRENSEN****Magne Haukland**

Fra: sologdag@online.no
Sendt: 6. mai 2014 19:29
Til: Ragnhild Flittie Onstad; Magne Haukland
Emne: Ang. masterstudiet i helse- og empowerment - Søknad

Hei!

Viser til samtale tidligere i dag, 06.05.2014. I studieheftet for masterstudiet i Helse- og empowerment står det at masteroppgaven som monografi har et omfang på maks 30 000 ord, men at det tillates et avvik på 10 % hvis skriftlig godkjenning fra veilederne. Ber med dette om å tillatelse til å bruke 10 % utover 30.000 ord.

Grunnen til søknaden er at masteroppgaven omfatter både medvirkning og helsebegrepet. For å belyse flest mulig perspektiver i forhold til dette, anses det nødvendig å gjøre bruk av de 10 % utover den oppsatte normen for antall ord.

Håper på det positive svar!

Vennlig hilsen
Solvår Andreassen

Kjeller 9/5-14
Jeg godkjenner med dette tåken at 3000 ord
ekstra, utover maksgrensen på 30000 ord.
Mvh Magne Haukland