

## **Forord**

Sommerjobben tilbake til 2014 hadde nok mer betydning enn hva jeg kunne anta den gang. Jeg var ansatt som aktivitør på dagsenter og pleieassistent ved omsorgsboliger for eldre. Utenom at denne erfaringen var svært givende og spennende, satt den også standarden for min kommende masteroppgave.

Denne oppgaven har vært utrolig spennende, lærerik og ikke minst utfordrende! Gjennom prosjektet har jeg fått æren av å møte tolv eldre mennesker som har delt sine erfaringer, opplevelser og tanker. Dette har gitt meg innblikk i deres liv og hverdag, noe som kommer til å sitte i meg i lang tid fremover.

Masteroppgaven har selvfølgelig ikke vært mulig å gjennomføre alene. Jeg vil derfor takke de imøtekommende og åpenhjertige informantene. En stor takk skal også gå til min veileder Marit Solbjør, som har vært til fantastisk hjelp, støtte og motivasjon på veien. Til slutt vil jeg også takke familie, kjæreste og venner for motiverende ord og støtte.

Oslo, oktober 2016

*Beatrice Tollefsen*



## Sammendrag

Denne kvalitative studien handler om hvilken betydning deltakelse ved dagsenter har for livskvaliteten hos eldre over 80 år. På bakgrunn av en økende andel eldre i befolkningen vil det være viktig med tiltak som kan gi økt livskvalitet hos eldre. Et forebyggende tiltak for eldre som bor hjemme er dagsenter, som skal bidra til å aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager.

Dette vil spesielt være viktig for eldre over 80 år, som har større pleie- og hjelpebehov enn yngre, samt større risiko for helseplager og funksjonstap. Det er begrenset forskning på dette området, og med en kommende økning av eldre og spesielt eldre over 80 år, vil det være hensiktsmessig å anskaffe mer kunnskap og informasjon om hvilken betydning et dagsentertilbud kan ha for livskvaliteten.

Gjennom en kvalitativ undersøkelse, er det gjennomført semistrukturerte intervju med tolv eldre over 80 år som benytter seg av dagaktivitetstilbud ved dagsenter. Alle intervjuene ble gjennomført hver for seg. Systematisk tekstkondensering er brukt i analysen som førte frem til fire kategorier: 1) helse og funksjon, 2) aktivitet og opplevelser, 3) sosialt samvær, relasjoner og støtte og 4) livskvalitet.

Resultatene viser at informantene gjennomgående har svekket helse og funksjonstap, de er mye alene og har lite nettverk. Videre viser det at informantene har mangel på aktivitet og sosialt samvær. Deltakelse på dagsentrene gir informantene mulighet til deltakelse i aktiviteter og få være en del av et sosialt felleskap. Aktiviteter, opplevelser og det å få være sammen med, og snakke med andre, er hovedgrunnene til hvorfor informantene trives å være på dagsentrene. Informantenes egne tanker om hva som er av betydning for deres livskvalitet viser seg å være varierende og individuelt.

**Nøkkelord:** eldre over 80 år, den fjerde alder, dagsenter, livskvalitet.



# Innholdsfortegnelse

<b>Kapittel 1. Innledning</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1 Bakgrunn og formål</b> .....	<b>2</b>
1.1.1 Den fjerde alder.....	2
<b>1.2 Livskvalitet hos eldre</b> .....	<b>5</b>
<b>1.3 Betydning for livskvaliteten i eldre år – tidligere forskning</b> .....	<b>7</b>
1.3.1 Helse, funksjon og sykdom.....	7
1.3.2 Sivilstatus og boforhold.....	8
1.3.3 Sosiale relasjoner, nettverk og deltakelse .....	9
1.3.4 Meningsfulle aktiviteter .....	10
<b>1.4 Dagsenter</b> .....	<b>11</b>
1.4.1 Dagsenter/eldresenter - tidligere forskning .....	13
<b>1.5 Forskningsbehov</b> .....	<b>16</b>
<b>1.6 Problemstillingen</b> .....	<b>17</b>
<b>1.7 Oppgavens oppbygging</b> .....	<b>17</b>
<b>Kapittel 2. Teori</b> .....	<b>19</b>
<b>2.1 Ulike teorier om aldring</b> .....	<b>19</b>
2.1.2 Tilbaketrekkingsteorien.....	19
2.1.1 Aktivitetsteorien.....	20
2.1.3 Ressursteorien.....	21
<b>2.2 Livskvalitet</b> .....	<b>23</b>
<b>2.3 Definisjoner av livskvalitet</b> .....	<b>24</b>
2.3.1 Ekspert- og ikke-ekspert definisjoner.....	25
2.3.1.1 Ikke-ekspert definisjoner .....	25
2.3.1.2 Ekspert definisjoner .....	25
2.3.2 Objektive dimensjoner.....	27
2.3.3 Subjektive dimensjoner.....	29
2.3.4 Subjektive og objektive dimensjoner .....	32
<b>Kapittel 3. Metodologi</b> .....	<b>35</b>
<b>3.1 Valg av metode</b> .....	<b>35</b>
3.1.1 Kvalitativ tilnærming.....	35
<b>3.2 Design</b> .....	<b>36</b>
3.2.1 Strategisk utvalg .....	36
3.2.2 Kriterier for å være informant.....	37
3.2.3 Rekrutteringsprosessen .....	37
3.2.4 Dagsentrene.....	38
3.2.5 Beskrivelse av utvalget .....	39
<b>3.3 Datainnsamling</b> .....	<b>39</b>
3.3.1 Semistrukturerte intervju og utarbeidelse av intervjuguide .....	40
3.3.2 Gjennomføring av intervju .....	41
3.3.4 Transkribering av intervju .....	43
<b>3.4 Dataanalyse</b> .....	<b>43</b>
3.4.1 Forforståelse.....	43
3.4.2 Systematisk tekstkondensering.....	45
3.4.3 Analyseprosessen.....	46
<b>3.5 Gyldighet og pålitelighet</b> .....	<b>48</b>
3.5.1 Pålitelighet og troverdighet.....	48
3.5.2 Gyldighet og overførbarhet.....	49

<b>3.6 Etikk</b> .....	<b>50</b>
3.6.1 Søknad og godkjenning.....	51
3.6.2 Informert samtykke .....	51
3.6.3 Anonymisering .....	51
<b>Kapittel 4. Funn</b> .....	<b>53</b>
<b>4.1 Rekruttering til, og kjennskap om, dagsenter</b> .....	<b>53</b>
<b>4.2 Helse og funksjon</b> .....	<b>54</b>
4.2.1 Hjelpetbehov og avhengig av andre .....	55
<b>4.3 Aktivitet og opplevelser</b> .....	<b>56</b>
4.3.1 Mangel på aktivitet .....	56
4.3.2 Opplevelser .....	57
4.3.3 Måltider .....	60
4.3.4 Å være aktiv .....	61
<b>4.4 Sosialt samvær, relasjoner og støtte</b> .....	<b>62</b>
4.4.1 Lite nettverk .....	62
4.4.2 Sosialt felleskap.....	64
4.4.3 Ansatte ved dagsentrene.....	66
<b>4.5 Livskvalitet</b> .....	<b>67</b>
4.5.1 Familie.....	67
4.5.2 Helse.....	68
4.5.3 Selvstendighet og daglige gjøremål.....	69
4.5.4 Aktivitet og interesser .....	70
4.5.5 Religion.....	70
4.5.6 Komme seg ut og være sammen med andre.....	71
<b>Kapittel 5. Drøfting</b> .....	<b>73</b>
<b>5.1 Oppsummering av hovedfunn</b> .....	<b>73</b>
<b>5.2 Manglende kjennskap om dagsenter og rekruttering</b> .....	<b>73</b>
<b>5.3 Helse og funksjon</b> .....	<b>74</b>
<b>5.4 Aktivitet og opplevelser</b> .....	<b>76</b>
5.4.1 Mangel på aktivitet .....	76
5.4.2 Aktiviteter og opplevelser ved dagsentrene.....	78
<b>5.5 Sosialt samvær, relasjoner og støtte</b> .....	<b>81</b>
5.5.1 Mangel på sosiale relasjoner .....	81
5.5.2 Sosialt samvær, relasjoner og støtte ved dagsentrene.....	84
<b>5.6 Livskvalitet</b> .....	<b>85</b>
5.6.1 Informantene og livskvalitet .....	85
5.6.2 Dagsentrene og livskvalitet.....	87
<b>5.7 Studiens styrker og svakheter</b> .....	<b>89</b>
<b>5.8 Videre forskning</b> .....	<b>90</b>
<b>5.9 Konklusjon</b> .....	<b>91</b>
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>93</b>
<b>Vedlegg 1</b> .....	<b>1</b>
<b>Vedlegg 2</b> .....	<b>3</b>
<b>Vedlegg 3</b> .....	<b>4</b>
<b>Vedlegg 4</b> .....	<b>6</b>

## Kapittel 1. Innledning

Med utgangspunkt i denne masteroppgaven er det særlig fem grunner jeg kort vil presentere før en kommende og mer detaljert bakgrunn. Dette er fem punkter om hvorfor jeg mener eldre, livskvalitet og deltakelse ved dagsenter er et viktig og sentralt tema som bør undersøkes nærmere:

- 1) Gruppen av eldre mennesker (over 67 år) øker og dette blir sett på som store utfordringer i forhold til tilgjengelig arbeidskraft og et økt behov i helse- og omsorgstjenestene (Verdens helseorganisasjon, 2013). Spesielt store utfordringer blir nevnt å komme innenfor finanspolitikken og for velferdsstaten (Finansdepartementet, 2014).
- 2) Det er spesielt eldre over 80 år det fokuseres på i denne sammenheng, som i år 2060 forventes å ligge på rundt 10 prosent av befolkningen (SSB, 2014). Personer over 80 år kjennetegnes ofte med å ha en økt risiko for alvorlige helseplager og funksjonstap (Folkehelseinstituttet, 2014) og som følge av dette er en gruppe som er mer hjelpe- og pleietrengende enn andre (Otnes, 2011).
- 3) De fleste eldre over 80 år bor fremdeles i eget hjem (Mørk, 2013), der seks av ti bor alene (Andreassen, 2011). I tillegg til å bo i eget hjem og i mange tilfeller bo alene, vil også svekket helse og funksjon kunne sette begrensninger for eldre i forhold til å delta aktivt i samfunnet. Dette kan gå utover det sosiale livet til denne gruppen. Forskning viser at ensomhet øker jo eldre en blir, men er særlig sterk blant de over 85 år (Næss, 1991).
- 4) I forhold til det overnevnte vil det være gunstig med tiltak som fremmer god helse og livskvalitet hos eldre over 80 år. Et eksempel på slike tiltak er dagsenter, som er et forebyggende tiltak der hjemmeboende eldre kan benytte seg av et dagaktivitetstilbud (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).
- 5) Man vet lite om hvilken betydning et tilbud som dagsenter kan ha for de over 80 år, da det er begrenset forskning på dette området. Det vil derfor være interessant å kunne

skaffe mer kunnskap og informasjon om denne gruppen sine opplevelser og erfaringer av å være på dagsenter.

## **1.1 Bakgrunn og formål**

### **1.1.1 Den fjerde alder**

I likhet med store deler av verden, står Norge foran betydelige demografiske endringer i årene som kommer. Grunnet de store fødselskullene fra fredsårene etter andre verdenskrig og økt levealder som resultat av et velutviklet medisinsk hjelpeapparat og generelt økt levestandard, vil det komme en økende andel eldre i befolkningen (Daatland, 2012; Dale, Dale & Lorensen, 2001). Befolkningsframskrivinger av Statistisk Sentralbyrå (2014) antyder at personer på 70 år og eldre vil nesten dobles fram mot år 2060 og ligge på rundt 19 prosent av befolkningen. Andelen personer over 80 år forventes å ligge på rundt 10 prosent av befolkningen, ca. to til tre ganger flere enn hva det er i dag (ibid).

Mennesker over 80 år har fått uttrykket som personer i ”den fjerde alder”. Utrykket stammer fra den engelske historikeren Peter Lasletts bok ”A Fresh Map of Life”, hvor Laslett har delt inn det moderne livsløp i fire forskjellige kategorier (Laslett, 1989). Første kategori blir kalt ”den første alder” og tar utgangspunkt i oppvekst. Denne alderen mener han er preget av avhengighet, sosialisering og utdanning. ”Den andre alder” tar utgangspunkt i arbeidslivet, som omhandler uavhengighet, sosialt og familiemessig ansvar. Videre er det ”den tredje alder”, som har sitt utgangspunkt i pensjonisttilværelsen der mulighet til realisering av drømmer og mål er kjernen. Til slutt er det ”den fjerde alder”, som vil si alderdommen i egentlig forstand. Denne alderen beskrives som alderen for ny avhengighet og for kroppslig svekkelse (ibid).

Lasletts inndelinger av livsløpene og begrepene har blitt utarbeidet videre av den tyske aldersforskeren Paul Balets (Baltes & Smith, 1999), hvor det rettes utgangspunkt mot slutten av livet i høy alder som biologiske og kulturelle mangler. Med andre ord, kroppen svikter i den grad som nåværende samfunnmessige og medisinske ressurser ikke greier å kompensere for (ibid). Den fjerde alder er i følge Baslett fra alderen 80 år og eldre, som beskrives som en



siste periode i livet, som ofte domineres av sykdom, funksjonstap og død. (Baltes & Smith, 1999).

Med utgangspunkt i den fjerde alder, som inkluderer ny avhengighet, sykdom, funksjonstap og død (Laslett, 1989; Baltes & Smith, 1999), bør det spesielt være fokus på eldre som er i denne alderen. På bakgrunn av Lasletts og Baltes sine definisjoner på den fjerde alder, og hva den vil innebære, vil dette være en alder som kan by på utfordringer og begrensninger. For å gi et bedre grunnlag og forståelse av den fjerde alder, vil det kommende bli presentert statistikk og tidligere forskning angående eldre over 80 år.

Med alderen følger det med en økt risiko for en rekke sykdommer, og på bakgrunn av et økende antall og andel eldre vil det være flere som vil leve med kroniske sykdommer (Folkehelseinstituttet, 2014). Spesielt vil sykdommer som kreft, demens, diabetes og lungesykdom få en økning, som følger av økende levealder. Disse sykdommene blir sett på som de som bidrar sterkest til reduksjon i antall friske leveår blant eldre nordmenn (Syse, Veenstra, Aagnes & Tretli, 2012; Verdens helseorganisasjon, 2002). Romøren (2001) understreker spesielt at om det er én sykdom det bør fokuseres mest på - om en tar utgangspunkt i befolkningssegmentet 80 år og eldre - bør det være aldersdemens, da sykdommen er forbundet med mest funksjonstap alt i alt.

Sykdommer av ulike slag kan medføre reduksjon av funksjonsevnen, noe som gjøre eldre mer utsatt da svekket funksjonsevne øker med alderen (Otnes, 2011). Dette kan være resultat av både kroniske sykdommer og nedsatt syn og hørsel (Daatland & Veenstra, 2012). Hvilket forløp eller retning av funksjonstap eldre oppnår, har forskning påvist at det varierer på bakgrunn av både helse og funksjonsnivå. Samt om eldre utvikler sykdommer som demens, leddsykdommer, hjerneslag eller skader (Romøren, 2001). I forhold til yngre er funksjonsnedsettelse som nedsatt hørsel, bæreevne og bevegelsesevne mest hyppig blant menn og kvinner over 67 år (Statistisk sentralbyrå, 2012). Statistikk viser at blant personer over 80 år har hele 45 prosent nedsatt bevegelsesevne, spesielt gjelder dette kvinner (Otnes, 2011). Som følge av sykdom og funksjonstap hos eldre, vil dette innebære at en i mange tilfeller vil få et større behov for hjelp. Med dette er det ingen overraskelse at andelen som er hjelpe- og pleietrengende er størst blant de over 80 år (ibid). Samtidig øker bruken av omsorgstjenester med alderen og jo høyere i aldergruppene en kommer er det flere som mottar tjenester fra kommunen (Mørk, 2013).

Mange eldre bor hjemme og mange bor også alene. Andelen eldre aleneboende i private husholdninger er høyest blant de over 80 år, der seks av ti bor alene. Av personer over 80 år er det flest kvinner som også bor alene (Andreassen, 2011). Ser vi på Levekårsundersøkelsen fra 2012 kom det blant annet fram at personer fra 67 år og eldre i stor grad har mye større problemer med å bevege seg ut av bolig på egenhånd og vansker med å benytte seg av offentlig transport enn yngre (SSB, 2012). Dermed er det ikke utenkelig at mange eldre tilbringer mye tid alene i sin bolig. Et bekreftende eksempel ser vi i undersøkelsen til Birkeland & Natvig (2008). Studien rapporterte at eldre over 80 år tilbrakte svært mye av tiden sin i egen bolig alene. Av de som ikke var i stand til å komme seg ut alene, oppga mange at de manglet hjelp til å komme seg ut av boligen (ibid).

Begrensninger i forhold til å komme seg ut kan i stor grad påvirke kontakt med omverden. Dette kan begrense muligheter til både aktivitet og sosial deltakelse. Med begrenset tilgang til å komme seg ut, kan det tenkes at en både kan føle seg alene og ensom. En vanlig antakelse er at ensomhet blir sett som alderdommens sikreste og bitreste følgesvenn (Daatland & Solem, 2011). Det har blitt foretatt flere norske undersøkelser av ensomhet i ulike aldersgrupper som har vist hvordan ensomhetsfølelsen kan variere blant annet med kjønn, alder og sivilstand. Ser vi på levekårsundersøkelsen fra 2008 (Normann, 2011) rapporterte 28 prosent av den voksne befolkningen å ha vært litt eller mye plaget av ensomhet siste 14 dager. Undersøkelsen viste lite variasjon med alder, bortsett fra de eldste over 80 år der 30 prosent av menn og 50 prosent av kvinner rapporterte ensomhet de siste 14 dagene. Lignende funn kom også fram i Nord-Trønderlagsundersøkelsen, som viste at ensomhet økte blant de som var 70 år og eldre, og var spesielt sterk hos de over 85 år (Næss, 1991). Det har blitt hevdet at det ikke er alderen som er den avgjørende faktoren til at opplevelsen av ensomhet oppstår, men livssituasjonen. For eksempel kom dette fram i Nord-Trønderlagsundersøkelsen (Næss, 1991) som viste at eldre ofte har en livssituasjon som innebærer å bo alene og mange har mistet ektefellen. Lignende tilfeller finner vi også i resultatene fra den norske studien av livsløp, aldring og generasjon, der det kommer fram at ensomhet henger mye sammen med sivilstand (Thorsen & Blekesaune, 2006). Analysene fra studien viste at de som var gift og hadde samboer var minst ensom, mens de som var enker og enkemenn var mest ensomme. Med dette blir ekteskap og samboerskap store beskyttere mot ensomhet, og tap av ektefelle eller samboer blir sterke kilder til ensomhet (ibid.). Grunner for at eldre opplever ensomhet viser seg å være komplekst, og det trenger nødvendigvis ikke å henge sammen med alder. På en annen side ser

vi at mye kan knyttes til helsesvikt, sykdom og tap av nære relasjoner (Savikko, Rotsala, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005; McInnis & White, 2001). Dette er noe som personer i den fjerde alder med stor sannsynlighet opplever.

I lys av de demografiske endringene verden over, påpeker Verdens helseorganisasjon (2013) at en aldrende befolkning vil skape både utfordringer og muligheter. Det har spesielt blitt fokusert på utfordringene, hvor det rettes oppmerksomhet mot mindre tilgjengelig arbeidskraft, økt press i helse- og omsorgstjenester og store kostnader for velferdsstaten (Verdens helseorganisasjon, 2013; Finansdepartementet, 2014). Som en følge kan en tenke seg at det kommer til å bli flere pensjonister som ikke vil være yrkesaktive og flere eldre vil innebære et større behov for hjelp og pleie. At forlengelsen av livet og aldringen vil få store virkninger for både individ og samfunn er det ingen tvil om. I forhold til disse utfordringene vil det være svært sentralt hvordan helse og funksjonsevne utvikler seg i den aldrende befolkningen. Botten, Hagen & Waaler (2000) påpeker at veksten i den eldre befolkningen vil føre til at de offentlige utgiftene til eldreomsorgen i Norge vil øke fra tre prosent av bruttonasjonalproduktet i 1998 til fire prosent i 2030 dersom helsa var den samme. Dermed vil bedre helse hos eldre gjøre utviklingen mer gunstig. Det blir med dette sentralt å legge til rette for en aldring som bedrer helse og funksjon, med fokus på en god livskvalitet livet ut (ibid).

## **1.2 Livskvalitet hos eldre**

Livskvalitet hos eldre har fått et stort fokus innen blant annet gerontologien, og det er dermed ikke mangel på forskning innenfor temaet. Det som er viktig å nevne er at mye av forskningen som er gjort i forhold til eldre og livskvalitet har for det meste vært fokusert på eldre mellom 60 og 80 år (Kunzmann et al., 2002). Videre består mye av forskningen av friske eldre, der de eldste eldre og ”skrøpligste” i liten grad har blitt involvert i undersøkelser (von, Fratiglioni, Viitanen, Forsell & Winblad, 2000; Thorslund & Warneryd, 1990; Schou, Krokstad & Westin, 2006; Chatfield, Matthews & Brayne, 2007). En grunn for dette kan være slik Hansen & Slagsvold (2009) påpeker, at frafall i undersøkelser ofte er høyt blant de skrøpligste eldre. Det å involvere veldig gamle mennesker i undersøkelser kan by på ulike utfordringer, med tanke på at dette er en gruppe personer som for eksempel kan ha svekket helse, problemer med å se og høre, og som dermed kan gjøre det vanskelig å gjennomføre undersøkelser.

I følge Lacey, Smith & Ubel (2006) er det en vanlig folkelig antakelse – selv blant eldre - at med høyere alder reduseres livskvaliteten. En slik antakelse er ikke overraskende siden flere undersøkelser viser at livskvalitet synker jo eldre man blir, og spesielt når en runder 80 år (Berg, Hoffman, Hassing, McClearn & Johansson, 2009; Mroczek & Spiro, 2005). Et bekreftende eksempel er en svensk studie av Berg et al. (2009), hvor tvillingpar over 80 år ble fulgt over en 6-års periode for å finne ut om det oppstod forandringer hos deltakernes livstilfredshet. Målingene viste at livstilfredsheten hos de eldre gjennom 6-års perioden i stor grad ble redusert. Mroczek & Spiro (2005) sin undersøkelse fant også en reduksjon i livstilfredshet hos de eldste eldre.

På en annen side dukker det også opp i livskvalitetsforskning der eldre rapporterer jevnt over om god livskvalitet (Bondevik, 2000). Forskning viser at eldre er minst like tilfreds med livet som unge, og flere studier som inkluderer både unge og gamle viser at de fleste sier seg tilfreds med livet (Slagsvold, Clausen & Hansen, 2006). Forskning viser at det ikke er sammenheng mellom alder og livskvalitet (Bergland & Wyller, 2006) og det kan forklares ut i fra de ressurser man har – de med mest og flest ressurser er mest fornøyd (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Ser vi på den Norske studien av livsløp, alder og generasjon (Slagsvold et al., 2006) i forhold til hvor tilfreds man er med livet, kom det fram at alder ikke var en avgjørende faktor, men av de som hadde en partner, god helse, høy inntekt, mer utdanning og mer sosial kontakt var mer tilfreds. Det kan se ut som at det er livssituasjonen som kommer vinnende ut når det gjelder hvor bra eller ikke bra man har det, og ikke nødvendigvis alder.

Flere har stilt spørsmål ved tendensen til at eldre er såpass fornøyde med livet alt-i-alt, og hvorfor det er mange eldre som rapporter høy livskvalitet eller tilfredshet med livet, når eldre ofte har mangel på ressurser som for eksempel helse, økonomi, bo-forhold og så videre. Dette blir beskrevet som et "tilfredsparadoks" fordi fornøydheten hos de eldre ikke samsvarer med de svekkelser og tap som aldring vanligvis innebærer (Kunzmann et al., 2000). Når forskning viser at eldre er meget tilfreds, skal vi ikke stole på det? Flere forskere påpeker i den sammenheng at de eldres tilfredshet ikke nødvendigvis skyldes fordi de har det bra, men på grunn av at de har lave forventninger (Hansen & Slagsvold, 2009). Slagsvold (1985) mener også at årsaken kan ligge i at eldre sammenligner seg med folk som har det verre, og dermed "overdriver" sin egen tilfredshet mer enn yngre. I NorLAG kom det blant annet frem et overraskende funn som viste at gitt samme ressurser, som helse, sosioøkonomiske forhold og tilgang på partner og sosialt samvær, så er eldre mer tilfredse med livet enn yngre (Slagsvold

et al., 2006). I den sammenheng kan det se ut til at livskvalitet omhandler like mye objektive forhold som subjektive, der livssituasjon og tilgjengelige ressurser, kan ha stor påvirkning på hvor tilfreds en er med livet.

### **1.3 Betydning for livskvaliteten i eldre år – tidligere forskning**

Hva har så betydning for livskvaliteten hos eldre og spesielt hos de over 80 år? Det blir her gjort en gjennomgang av ulik forskning som har undersøkt hva som er av betydning for livskvaliteten.

#### **1.3.1 Helse, funksjon og sykdom**

Noe som kanskje er det aller viktigste for livskvaliteten hos mennesker – uansett alder – er om en er frisk eller syk. Mye av forskning som er gjort i forhold eldre i den fjerde alder og livskvalitet har fokusert på helse, funksjon og sykdom. Dette er ikke overraskende med tanke på at personer som blir eldre og er gamle, ofte har svekket helse og funksjon. En av de viktigste faktorene for Eldres livskvalitet rapporteres derfor ofte til å nettopp være helse (Hjort Sørensen, Damgaard & Pedersen, 1989). I høy alder er det normalt å ha smerter og det blir desto vanligere jo eldre man blir (Helme & Gibson, 2001; Brattberg, Parker & Thorslund, 1996). Det blir derfor påpekt at personer i den fjerde alder er en sårbar gruppe grunnet de smerter de lever med, som kan være risiko for lav livskvalitet (Becker et al., 1997; Kendig, Browning & Young, 2000). Flere studier har tatt for seg dette temaet og første undersøkelsen som trekkes frem er svensk, hvor Willman, Petzäll, Östberg & Hall-Lord (2013) har forsøkt å beskrive og undersøke nærmere betydningen av varige smerter hos eldre over 80 år. Resultatene av studien kunne fortelle at eldre som hadde smerter hadde også en lavere helse-relatert livskvalitet. Videre kunne de fortelle at smertene var av stor betydning i forhold til dagliglivet, som blant annet bidro til redusert kontroll over eget liv (ibid). På bakgrunn av disse funnene konkluderte studien viktigheten av å ha kunnskap om hvor stor betydning og påvirkning smerter kan ha i forhold til fysisk, mental og sosial helse (Willman et al., 2013). En annen svensk studie (Jakobsson, Hallberb & Westergren, 2004) konkluderte også med det samme da det ble gjennomført en sammenligning mellom eldre over 85 år med og uten smerter. Funnene av denne studien påviste at de som hadde smerter hadde lavere livskvalitet i forhold til de som ikke hadde smerter. I tillegg til smerter, fant studien ut at det også var andre faktorer som påvirket livskvaliteten til det negative. Dette var faktorer som levekår,

boforhold, økonomi, bevegelighet og mobilitet, samt tretthet og depresjon (Jakobsson et al., 2004).

Fysiske symptomer som følge av aldersforandringer og sykdom blir ofte forklart som en trussel for livskvaliteten, der eldre i tillegg ofte kan få sideeffekter som kan påvirke psykososiale aspekter ved livet (Ory & Cox, 1994; Fallowfield, 1990; Romney, Jenkins & Bynner, 1992). Fysiske symptomer som svekket funksjonsevne kan begrense evnen eldre har til å gjennomføre dagliglivets aktiviteter og leve livet slik man vil. Dette kan føre til avhengighet av andre og ting som kan være høyt verdsatt som egne interesser og ønsker, samt det å være til nytte for andre, kan bli borte og dermed redusere livskvaliteten (Johnson-Taylor, Jones & Burns, 1995; Foreman & Kleinpell, 1990). Fysisk helse og funksjon kan i denne sammenheng bli sett på som store utfordringer for eldre og kan gi forskjellige begrensninger i livet. Vi ser for eksempel i Jakobsson et al. (2004) sin studie at en viktig faktor for livskvalitet var blant annet mobilitet. Med dette kan en tenke seg til at jo dårligere mobilitet en har jo vanskeligere blir det å komme seg til en ønsket plass. Og som nevnt kan dette gjøre eldre mer avhengig av andre og behov for hjelp vil bli viktig. Sett i lys av dette kan familie, ektefelle og andre nære personer være verdifulle og viktige i forhold til å blant annet få hjelp. Med dette skal vi gå nærmere inn på betydningen av nære andre for livskvaliteten.

### **1.3.2 Sivilstatus og boforhold**

I høy alder kan det for mange være viktig å ha ektefelle/samboer, familie eller andre personer rundt seg. Dette kan bidra til blant annet hjelp og støtte, som kan være godt å ha når en kanskje har mindre eller større hjelpebehov. Men i høy alder er det ikke uvanlig å miste partner eller ektefelle. Trekker vi fram studien til Enkvist, Ekström & Elmståhl (2012) kommer det blant annet fra at sivilstatus er viktig for livstilfredsheten hos eldre over 80 år. I Berg et al. (2009) sin studie ser vi at tap av partner eller ektefelle fører til lavere nivå av livstilfredshet over tid. Slike tapsopplevelser har også vært bevist til å blant annet være årsaker til depresjon hos eldre (Engedal, 2008). Depressive symptomer kan i stor grad påvirke livet og spesielt hos de eldste eldre som også ofte har flere funksjonshemninger samtidig (Lapid, et al., 2011).

Tap av nære andre som ektefelle og samboer vil også innebære for mange at en plutselig må bo alene. Forskning viser at det å bo alene er assosiert med lav livskvalitet hos eldre (Jakobsson et al., 2004). Både bosted og boforhold er sentrale velferdskomponenter for eldre, da det er vanlig at en tilbringer mer tid i hjemmet når en er gammel (Dale, Dale & Lorensen, 2001). Om en ikke nødvendigvis bor alene, kan likevel det å bo i eget hjem sette ulike begrensninger. Ser vi på den norske undersøkelsen av Dahl & Vogt (1996) som tok for seg hjemmeboende eldre fra 65-98 år, kom det blant annet fram at livskvaliteten hos de eldre varierte med sosial forankring som ekteskapelig status og fortrolig venn. Med dette ser vi at det å bo i eget hjem når en er gammel kan være utfordrende og i noen tilfeller være en trussel mot livskvaliteten, spesielt hvis en bor alene og faktorer som helse, funksjon og sivilstatus er svekket. Dette på grunnlag av at dårlig helse og funksjon kan skape utfordringer og begrensninger i forhold til selvstendighet i eget hjem, videre hvor det å bo alene vil være ugunstig ved eventuelt hjelpebehov.

Samtidig som at det å bo hjemme og bo alene kan skape utfordringer for eldre, viser flere undersøkelser at å bo i eget hjem, så vel som bomiljø, er viktige faktorer for Eldres livskvalitet (Ojala, 1989; Hjort Sørensen et al., 1989; Daatland, 1988). Dette kan knyttes til at for mange eldre representerer hjemmet integritet og trygghetsfølelse, og en eventuell flytting fra hjemmet kan i følge Daatland (1988) gi mindre trygghetsfølelse og integritet.

### **1.3.3 Sosiale relasjoner, nettverk og deltakelse**

Det har nå vært snakk om hvilken betydning helse, funksjon og sykdom, samt sivilstatus og boforhold kan ha i forhold til livskvalitet. I denne sammenheng velges det her å kalle disse forholdene for ulike tapsopplevelser. Det er tap av helse, funksjon og ektefelle. Et slikt tap kan også føre til at det oppstår andre tap. Det siktes her til sosiale tap. Forskning har vist at alderdom, sykdom og dårlig funksjonsevne påvirker Eldres sosiale situasjon (Pinto & Neri, 2013; Johnson-Taylor, Jones & Burns, 1995). Sykdom og alderdom har også blitt påvist at det kan påvirke kvaliteten på sosiale relasjoner og roller (Johnson-Taylor, Jones & Burns, 1995).

Sosiale relasjoner er viktige å ha for de fleste mennesker. Det kan innebære å ha en venn, et familiemedlem, ektefelle, samboer eller andre personer hvor en kan dele opplevelser, få støtte, kunne prate med eller få hjelp, noe de fleste har behov for. Spesielt kan det tenkes at dette kan

bli viktig når en blir eldre, da alderdommen og spesielt høy alder kan innebære tap av venner, familie og arbeidskollegaer. Når det gjelder sosiale relasjoner er ektefelle og samboers betydning noe av det mest veldokumenterte. Spesielt gjelder dette for menn, som viser seg å være mest avhengig av ektefellens omsorg (Ojala, 1989; Dale, Dale & Lørsensen, 2001).

Sosialt nettverk har blitt bevist gjennom flere studier å ha en sterk påvirkning på subjektiv velvære for eldre (Pinquart & Sorensen, 2001). Når en blir eldre er det ikke uvanlig at det sosiale nettverket minskes som følge av at en for eksempel blir pensjonist og mister arbeidskollegaer. Ser vi på studien til Berg, Hassing, McClearn & Johansson (2006) fant de ut at kvaliteten på sosiale nettverk er viktig, da de kunne rapportere at dette var en faktor som var høyt assosiert med livstilfredshet hos eldre. Annen forskning viser også at antallet av sosiale kontakter er viktig (Bowling, 1990), noe som kan forstås i den grad at jo flere sosiale kontakter man har jo større muligheter har man for eksempel til sosial omgang.

Det er særlig viktig å understreke at de over 80 år ofte er dårligere sosialt stilt enn yngre eldre. For eksempel kan vi se i studien til Pinto & Neri (2013) at 80 åringer har dårligere funksjonsevne og er mindre sosialt involvert enn yngre eldre. Ser vi på undersøkelsen til Paul, Ayis & Ebrahim (2007) er de over 80 år sin livskvalitet negativt assosiert med blant annet begrensninger i sosial deltakelse. Begrensninger til sosial deltakelse kan føre til at man kan føle seg låst vekk fra omverden og samfunnet. Det er heller ikke utenkelig at begrensninger i forhold til sosial deltakelse og manglende relasjoner, samt nettverk kan føre til at en føler seg alene og ensom. Videre kan en antyde at dette kan ha konsekvenser for både følelser og opplevelser. Et eksempel som trekkes frem er resultater fra the Berlin Aging Study (Baltes & Mayer, 1999) som fokuserer på sårbarheten i den fjerde alder. Ut i fra denne studien kom det blant annet frem at de aller eldste har både mindre glede og positive opplevelser av livet, samt de opplever at de er avhengig av andre (ibid).

#### **1.3.4 Meningsfulle aktiviteter**

Engasjement i meningsfulle aktiviteter blir sett på som viktig i forhold til å oppnå en suksessfull alderdom (Silverstein & Parker, 2002). I følge Rowe & Kahn (1998) er det særlig to områder som er sentrale for at eldre mennesker skal oppnå en best mulig alderdom, de henviser da til 1) å opprettholde nære relasjoner og 2) fortsette å involvere seg i aktiviteter som er meningsfulle og betydningsfulle. Forskning har vist at det å engasjere seg i



fritidsaktiviteter er assosiert med positive utfall når en blir eldre. Større engasjement i aktiviteter har blant annet blitt forbundet med redusert dødelighet (Kaplan, Strawbridge, Cohen & Hungerford, 1996; Steinbach, 1991), redusert risiko for kognitiv svekkelse (Wang, Karp, Winblad & Fratiglioni, 2002), forbedring av fysisk helse (Seeman, et al., 1995) og bedre livstilfredshet (Menec & Chipperfield, 1997; Kelly, Steinkamp & Kelly, 1986; Palmore, 1979).

I forhold til livskvaliteten hos eldre kan deltakelse i ulike aktiviteter gi stor gevinst. Et eksempel på dette er en svenske studie av Silverstein & Parker (2002). Studien tok utgangspunkt i 324 eldre som ble testet ut i fra hypotesen om at endringer i fritidsaktiviteter vil gi innflytelse på den subjektive vurderingen av livskvalitet. Dette ble gjennomført gjennom en periode på 10 år for å kunne utforske den subjektive vurderingen av livskvalitet fra da deltakerne var ”unge gamle” (66-75 år) til ”veldig gamle” (77-87 år). Gjennom denne perioden kunne en rapportere at de deltakerne som økte sin deltakelse i flere aktiviteter oppga å få en forbedring i deres livsforhold. Dette var aktiviteter innenfor kulturinnslag som kinobesøk, teater, konsert og restaurantbesøk. Videre produktiv egenvekst som å lese bøker, delta i kurs og engasjere seg i hobbyer som strikking, maling og så videre. Det var også utendørs-aktiviteter som å fiske eller jakte, hagearbeid og gå-turer, eller spille bingo og danse. Besøke venner eller få besøk av venner, og medlemskap i organisasjoner eller delta i religiøse tjenester. Videre viste det også at deltakelse i disse aktivitetene ga mest effekt - og betydde mest - for de eldre som var enkemann/enke, hadde liten kontakt med familie og hadde funksjonelle svekkelser (ibid.). Med dette kan deltakelse i ulike aktiviteter ha stor betydning for eldre som er alene, er mindre sosiale involvert og har dårlig helse og funksjonsevne. Aktiviteter som er av verdi for den enkelte – og som også ofte innebærer at en er i selskap med andre - kan i mange tilfeller bidra til at en kan danne seg sosiale relasjoner, kanskje et større og bedre sosialt nettverk og generelt delta mer aktivt i samfunnet.

## **1.4 Dagsenter**

Tiltak som kan bidra til å fremme de forhold og faktorer som er av positiv betydning for livskvaliteten hos eldre - samt svekke de som er av negativ betydning - vil med dette være veldig sentralt. I dette tilfellet kan dagsenter for eldre være et bra tiltak. Dagaktivitetstilbud som en får gjennom dagsenter blir beskrevet som et forebyggende tiltak for hjemmeboende

eldre, der målet er å ”aktivisere og stimulere, gi gode opplevelser og meningsfulle hverdager” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015, s. 7).

Dagsenter kan være et viktig tiltak og spesielt om en setter tilbudet opp imot mål som at eldre skal ha et aktivt, trygt og godt liv som fremkommer i Folkehelsemeldingen fra 2014 (St.meld.nr.19, 2014-2015). I Demensplan 2015 påpekes det at en må legge forholdene bedre til rette for mennesker med demenslidelser og i den sammenheng vil utbygde hjemmetjenester og dagaktivitetstilbud spille en avgjørende rolle (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015). I Rundskriv I-5/2007 *Aktiv omsorg* nevnes det blant annet at dagaktivitetstilbud, sammen med hjemmetjenester, i mange tilfeller kan bidra til eller utsette institusjonsinnleggelse (Helse- og omsorgsdepartementet, 2007).

Dagaktivitetstilbud til eldre kan en finne på flere steder, både gjennom dagsenter, eldresenter og seniorsenter. Dagsenter og eldresenter er eksempler på forebyggende tiltak rettet mot eldre, hvor det tilbys dagaktivitetstilbud som i hovedsak er rettet mot de som bor hjemme. Mens dagsenter som er rettet mot eldre med større omsorgsbehov, retter eldresenter seg mot alle eldre innenfor et geografisk område (Daatland, Guntvedt & Slagsvold, 2000). Videre er hensikten med dagsenter ofte å gi tilbud til personer som har demens (Westerberg, 2009) og plass på dagsenter gis etter behovsvurdering og vedtak fra overordnede (Helse- og velferdsetaten, 2006). Formålet med slike tilbud er blant annet å gi eldre en meningsfull hverdag på dagtid, i miljøer som har fokus på sosialt samvær, trygget og opplevelse av mestring. Aktiviteter som blir tilbudt på dagsentrer skal ha til hensikt å bidra til å vedlikeholde dagliglivets funksjoner hos brukere så langt det er mulig (Westerberg, 2009). Det blir særlig lagt vekt på et aktivitetsrettet perspektiv, hvor det fokuseres på at fysiske, sosiale og psykiske forhold skal tilrettelegges. Formålet vil være å påvirke blant annet emosjonelle og atferdsmessige endringer i demensforløpet, en bedre kognitiv funksjon og øke trivsel og livskvalitet (Wogn-Henriksen, 2007). En annen viktig hensikt med dagtilbud er i følge Diesfeld (1992) å kunne gi avlastning for pårørende.

Dagsenter og eldresenter er ikke et lovfestet omsorgstilbud/tjeneste på linje med for eksempel hjemmehjelp, hjemmesykepleien og aldersinstitusjoner (Rummelhoff, Hoff & Brynshildsen, 2012; Kunnskapssenteret, 2011). Det vil dermed være avhengig av kommunenes økonomi og motivasjon for å ha slike tilbud. Det er mange kommuner som har dagtilbud for eldre. I en kartlegging av eksisterende dagtilbud innen demensomsorgen i 2007 var det i alt 130 kommuner som oppga de hadde dagtilbud tilrettelagt for personer med demens. Dette gjaldt

dagsenter, dagtilbud i eget hjem eller dagplass i heldøgns tilbud. Av disse ble det registrert 163 dagsentre, der 124 av de var spesielt tilrettelagt for personer med demens og 38 sentre der personer med demens var spesielt integrert (Westerberg, 2009). Tall fra Statens seniorråd i 2005 bekreftet ca. 330 eldresentre med nær 130 000 brukere i Norge i år 2000, der om lag ti tusen var frivillige hjelpere (Seniorfakta, 2005).

### **1.4.1 Dagsenter/eldresenter - tidligere forskning**

På grunn av begrenset forskning i forhold til området dagsenter, vil det i kommende også bli presentert forskning omhandlet eldresenter. Eldresenter viser seg å være et område som er mer utforsket og valget for å benytte eldresenterforskning ses som relevant da det er såpass store likhetstrekk mellom det og dagsenter. Delvis at begge tilbudene er rettet mot hjemmeboende eldre med samme formål og hensikt i den grad å gi eldre en hverdag med mening, opplevelser og ulike aktivitetstilbud.

Hvem er det som benytter seg av dagaktivitetstilbud? Gjennom en kartleggingsundersøkelse utført av Bøen, Dalgard, Johansen & Nord (2010) omhandlet brukere og ikke-brukere av dagaktivitetstilbud, kan en rapportere en sammenheng både mellom alder, utdanning, inntekt og helse. Bruken av dagaktivitetstilbud viser seg å øke med alderen, og spesielt kommer det frem at bruken er hyppigst blant de fra 80 år og oppover. Undersøkelsen viser at yngre eldre (65-69 år) benytter seg minst av tilbudet (Bøen et al., 2010). En annen studie viser at enslige kvinner er de som benytter seg av dagaktivitetstilbudet mest og hjemmesykepleien står for det meste av rekrutteringen i forhold til å få eldre til å benytte seg av tilbudet (Rummelhoff, Nilsen & Brynhildsen, 2012).

Vi ser også at utdanning og inntekt er av betydning i forhold til hvem som er brukere og ikke-brukere (Bøen et al., 2010). Personer med lav og middels utdanning benytter seg hyppigst av tilbudet, mens de med høy utdanning benyttet seg ikke av tilbudet i særlig grad. Samme tendenser ser man i forhold til inntekt. Forskningen viser at eldre som ikke benytter seg av et aktivitetstilbud i det hele tatt, kan settes i sammenheng med at de har nok å holde på med fra før. Dette er de eldre som er av lav alder, med høy utdanning og inntekt (ibid.).

I følge Bøen et al. (2010) er eldre med psykiske plager heller ikke de som benytter seg mest av et slikt tilbud. Desto mer psykiske plager, desto mindre bruk. Dette forklares med at de som er psykisk plaget også kan ha andre belastninger og plager, noe som kan føre til at en ikke vil oppsøke et dagaktivitetstilbud.

Videre har helse og funksjon mye å si for hvem som benytter seg av aktivitetstilbud. I følge Bøen et al. (2010) er eldre med funksjonstap og benskjørhet overrepresentert i denne kategorien, og brukere av tilbudet kjennetegnes også ved å ha en del hjelpebehov. I forhold til de som er ikke-brukere, er brukere gjennomgående mer skrøpeligere. Det kommer også frem at de eldre som ikke benytter seg av et dagaktivitetstilbud, har enten en tilværelse som dekker og fyller egne behov og er selvhjulpne og aktive, eller de lever mer isolert, har dårligere helse og har større behov for hjelp (Bøen et al., 2010).

Flere undersøkelser viser at dagaktivitetstilbud kan ha stor betydning for det sosiale livet hos eldre (Bøen, Dalgard, Johansen & Nord, 2012; Rummelhoff et al., 2012). Sosiale fellesskap kommer fram som et svært viktig element i forhold til de som benytter seg av dagaktivitetstilbud (Rummelhoff et al., 2012). Spesielt er måltider en får servert høydepunkt for mange, da måltid i selskap med andre både er hyggelig og sosialt, samt en får tilfredsstilt ernæringsbehov. Det kan også være verdifullt da flere eldre trenger hjelp til å lage mat, og dermed kan det være godt å få maten servert (ibid.). I studien til Bøen et al. (2012) kom det fram at det å benytte seg av aktivitetstilbud ikke bare ga en økning i følelsen av sosial støtte, men også en økning av livstilfredshet. I en annen studie kommer det frem betydningen av sosial støtte en får gjennom venner på eldre dager, som er assosiert med redusert risiko for å utvikle depresjon (Fullbright, 2010). Det er ingen tvil om at dagaktivitetstilbud kan gi eldre flere sosiale relasjoner, da de kan møte andre personer på sin egen alder og utveksle samtaler og historier fra gamle dager. Mange eldre ser ut til å være fornøyd med dagaktivitetstilbud, da flere utdyper at deltakelsen betyr mye for dem, som viser seg å føre til økt bruk av tilbudet (Bøen et al., 2012).

Det å benytte seg av dagaktivitetstilbud fører til at eldre kommer seg ut og kan involvere seg i samfunnet. For de eldre som er mye alene vil dette være av stor betydning. I en undersøkelse av Lund & Engelsrud (2008) rapporterte funnene at dagaktivitetstilbud er til hjelp for eldre til å "blomstre". Det å blomstre blir sett i denne sammenheng som å få involvere seg i samfunnet

og delta i dagligstrukturerte aktiviteter. Gjennom dette blir det fremmet følelser av samhörighet og det å være til nytte (ibid.).

På motsatt side finner en at holdninger blant eldre i forhold til aldring og andre eldre dukker opp som sentralt i forhold til dagaktivitetstilbud. Hvilke holdninger en har til dette tilbudet og andre brukere av tilbudet, kan bidra til både positive og negative tanker. I Lund & Engelsrud (2008) kom det blant annet frem at eldre kan oppfatte eldrecenter og brukere ved eldrecenter som en type fare eller trussel. Grunnen til det er at ved å se på andre eldre og et eldrecenter som en plass for eldre, kan bidra til at en minnes om at en er gammel og en stadig blir mer sårbar for sykdom og funksjonstap. Med dette kan det være aktiviteter eldre har veldig lyst til å delta på, men på grunn av andre brukere som også deltar, vil de velge å ikke være med på aktiviteten da de heller vil distansere seg fra de andre og mer skrøpelige brukerne. Gjennom en slik distanseringsstrategi mener Lund & Engelsrud (2008) at dette kan lede til aldersdiskriminering, samtidig som at eldre viser til å være påvirket av vestlig kultur, som verdsetter aktiv aldring, ungdommelighet og skjønnhet.

Noen av de samme tankene finner en også i kartleggingsstudien til Rummelhoff et al. (2012). I denne studien kom det fram at noen brukere ikke var fornøyd med det sosiale samværet ved dagsenteret. Her kom det blant annet frem at de ikke følte det var så mange å snakke med. Dette var begrunnet med skrøpeligere eldre som var dårlige til å snakke og noen bare sov. Det kan også oppfattes at de tilbudene de ulike dagaktivitetstilbudene har å tilby ikke er bra nok og/eller de har mangler. Flere eldre nevner at de ønsker et mer utvidet tilbud og flere brukere ønsker mer fysisk aktivitet. Brukere fortalte også at de ikke fikk opptreningstilbud, noe de ikke var fornøyd med (ibid.).

Det viser klart at dagaktivitetstilbud ikke treffer alle, men det kan treffe veldig mange som virkelig har behov for et slikt tilbud. Vi ser at eldre som har svekket helse og funksjon, samt de eldste eldre, er de som benytter seg mest av et slikt tilbud (Bøen et al., 2010). Det er også denne gruppen som kan ha store begrensninger i forhold til å delta aktivt i samfunnet og er mer utsatt for ensomhet (Næss, 1991; Savikko et al., 2005; McInnis & White, 2001). I den sammenheng kan et dagaktivitetstilbud være et sentralt tiltak i forhold til å opprettholde eller fremme god livskvalitet hos eldre. Det kan dekke ulike behov og spesielt være til hjelp til å få eldre ut av hjemmet slik de kan få delta i aktiviteter og møte andre mennesker, noe som kan være viktig for livskvaliteten i eldre år.

## 1.5 Forskningsbehov

Å tilegne seg teoretisk kunnskap i det feltet en ønsker å forske på er viktig og noe som iverksettes i startfasen av et prosjekt. Spesielt vil god kjennskap til teori og tidligere forskning være nødvendig for å kunne utforme problemstillinger (Ringdal, 2012). For å finne ut hvor godt et aktuelt tema har blitt besvart eller ikke, samt hva som kan være aktuelt å forske videre på, påpeker Malterud (2011) at et grundig litteratursøk vil være vesentlig.

I startfasen av dette prosjektet ble det gjennomført litteratursøk for å finne teori og forskning gjort på eldre og dagsenter. I første omgang var det dagsenter som var i hovedfokus – hvor mye forskning er gjort i forhold til dette området og hvilken forskning? Det ble søkt i fagbøker, pensumlitteratur og på internett (google scholar, databaser). Gjennom første søkeprosess etter norsk forskning i forhold til dagsenter ble resultatet lite, da det kun ble funnet ett par kartleggingsstudier. På den andre siden ble det funnet mer forskning når det ble søkt etter internasjonal forskning, men dette gjaldt da eldresenter, og ikke dagsenter. Etter hvert kom det også fram at mye av forskningen fokuserte på eldre over 60 år, og ikke kun på de eldste eldre over 80 år, noe som førte til at jeg ville fokusere på denne gruppen eldre. Deretter ble de kommende søkene også fokusert på eldre over 80 år og dagsenter.

I søkeprosessen etter tidligere forskning ble databasene *Web of Science* og *PubMed* hyppigst brukt. Søkeord som ble benyttet var blant annet; *elderly, senior centre, old people, ageing, health among elderly, public health, daycare centre, old age, old-old, elderly over 80 years, the fourth age*. Gjennom disse søkene ble det funnet stor mengde forskning gjort i forhold til eldre, mye var fokusert på eldres helse, funksjonsnivå og fysisk aktivitet. Videre ble det også brukt søkeord som; *elderly living at home, alone, loneliness, social, quality of life, satisfaction with life, happiness*. Søkeordene ble brukt for seg selv og i kombinasjon med hverandre, blant annet for å minske ned de mange resultatene slik at en kunne få mer konkret kunnskap. Det kom frem at mye av forskningen som er gjort, er blant annet rettet mot eldre og livskvalitet. Videre eldre og helse, eldres helse i forhold til livskvalitet, deltakelse ved seniorsenter hos eldre i forhold til depresjon og så videre. Poenget her er at de tre komponentene ”dagsenter” , ”eldre over 80 år” og ”livskvalitet” har en del forskning hver for seg, men ikke i kombinasjon med hverandre. Dermed blir deltakelse ved dagsenter i forhold til livskvalitet for eldre over 80 år et område som kommer frem som lite undersøkt. Forskning på personer i den fjerde alder (over 80 år) er også mye mer begrenset i forhold til personer i den tredje alder. En grunn

kan være at det ofte er høyt frafall i undersøkelser der det inkluderes skrøpelige eldre (Hansen & Slagsvold, 2009), som i stor sannsynlighet vil gjelde for eldre over 80 år.

Etter min oppfatning er det et reelt forskningsbehov på hvilken betydning deltakelse ved dagsenter kan ha for eldre over 80 år. Forebyggende tiltak rettet mot eldre vil være viktig i tiden fremover slik en kan unngå eller redusere institusjonsinnleggelse og eldre kan bo lengst mulig i eget hjem. Noe som antakeligvis kan ha stor betydning for livskvaliteten.

## **1.6 Problemstillingen**

Hensikten med denne studien er å belyse hvordan eldre over 80 år opplever dagsentrene. Jeg ønsker å få innsikt i de erfaringer og opplevelser de får gjennom et dagaktivitetstilbud, og hvilken betydning det har. Jeg ønsker også meninger og tanker om hva som er viktig for de eldres livskvalitet. Med disse spørsmålene ønsker jeg å belyse følgende problemstilling:

*Hvilke betydning har dagsenter for livskvaliteten hos hjemmeboende eldre over 80 år?*

## **1.7 Oppgavens oppbygging**

Innledningsvis er det blitt gitt en introduksjon til studiens tema, bakgrunn og formål, tidligere forskning, forskningsbehov og problemstilling. Videre vil det bli gjort rede for teori som har bidratt til den teoretiske referanserammen i oppgaven. Dette kapitlet tar for seg ulike perspektiver om aldring og definisjoner av livskvalitet. Kapittel tre er metodekapitlet som viser metodiske valg, begrunnelser og gjennomføring som er gjort underveis i prosjektet. Resultatene presenteres i etterkant av metodekapitlet, deretter diskusjon av funnene, og videre styrker og svakheter ved studien, videre forskning og til slutt en konklusjon.





## **Kapittel 2. Teori**

### **2.1 Ulike teorier om aldring**

I følge Daatland & Solem (2011) er gerontologi læren om aldring og eldre. Denne læren tar for seg alle sider ved aldring og eldre menneskers liv. Den interesserer seg både på primær og sekundær aldring, og hvordan livet blir og utvikler seg i eldre år. En del av aldersforskningen er sosialgerontologien, som baserer seg på kunnskap fra blant annet psykologi og sosiologi, helsefag og demografi, historie, antropologi og kulturfag. I et sosialgerontologisk perspektiv fokuseres det på den psykologiske og sosiale aldringen. Det har blitt utviklet flere teorier og perspektiver om aldring opp gjennom tiden. Teorier skiller seg fra å være fokusert på individ eller samfunn og noen teorier tar for seg aldring som en prosess, mens andre syn fokuserer på eldre menneskers livssituasjon. I denne sammenheng vil det særlig bli trukket fram ulike perspektiver som forklarer aldring på ulike plan, men de er alle forankret i sosiale teorier om aldring, som tar for seg sosial deltakelse og hvorfor eldre mennesker deltar mindre i sosiale settinger enn yngre mennesker (ibid). Disse perspektivene er 1) aktivitet 2) tilbaketrekking og 3) ressurser.

#### **2.1.2 Tilbaketrekkingsteorien**

Som et resultat av et forskningsprosjekt ved Universitet i Chicago i 1950-årene, ble teorien om tilbaketrekking dannet. Teorien blir sagt å være et av de ytterst få forsøk på å utarbeide en systematisk og detaljert teori på det sosialgerontologiske området (Daatland & Solem, 2011). Dette perspektivet bygger på en gjensidig tilbaketrekkingssprosess mellom den eldre og samfunnet – den eldre trekker seg tilbake fra sosiale roller og relasjoner, og retter sin mentale energi inn mot seg selv. På den andre siden løsner samfunnet sine bånd til individet, som vil både forsterke og stimulere individets tilbaketrekking. Disse prosessene fra både individet og samfunnet blir sett på som gunstige for begge parter da samfunnet legger til rette for neste generasjon og individet forbereder seg på døden. På bakgrunn av dette blir tilbaketrekkingsteorien sett på som å være en universell prosess som aktiveres innenfra. Den kommer også ut som et uttrykk for primær aldring, der aldersforandringene er naturlige og uunngåelige (ibid).

På grunn av denne teoriens tankegods der en på mange måter legitimerer en passiviserende behandling av eldre, fordi det skal være til de eldres eget beste, har det oppstått massiv kritikk til denne tankegangen. Kritikken kom spesielt fra eldresektoren, som hadde behov for andre verktøy og tenkemåter (Daatland & Solem, 2011).

I forhold til perspektivet om aktivitet, skiller dette perspektivet seg ut på flere måter og man kan si at disse to ulike synene på eldre og aldring er to motpoler. Eksempel på hvor stor kontrasten er mellom disse to perspektivene ser man blant annet på hvordan de forklarer aldringen. Med dette vil det ut i fra et tilbaketrekkingperspektiv være den eldre som trekker seg tilbake fra samfunnet, mens i perspektivet om aktivitet vil det være samfunnet som utstøter de eldre. Videre vil et tilbaketrekkingperspektiv fokusere på indre forklaringer og aktivitetsperspektiv på ytre forklaringer. Hvor det i aktivitetsperspektivet ble lagt vekt på aktivitet og engasjement som nøkkelen til det gode liv, blir det her lagt vekt på tilbaketrekking (Daatland & Solem, 2011).

### **2.1.1 Aktivitetsteorien**

Som en motpol av tilbaketrekkingsteorien, har vi aktivitetsteorien. Det som har blitt kalt aktivitetsteorien, ble dannet store deler på grunnlaget av kritikken tilbaketrekkingsteorien ble møtt med. Begge teoriene er stort sett enig om observasjonene, men ulikheten kommer frem i konklusjonen, da teoriene baserer seg på ulike fortolkninger av aldring. Eksempelvis der tilbaketrekkingsteorien fant indre forklaringer, fant aktivitetsteorien ytre. Og der tilbaketrekkingsteorien foreslo tilbaketrekking som nøkkelen til det gode liv i eldre år, påpekte aktivitetsteorien noe motstridende (Havighurst, Neugarten & Tobin, 1968).

Tankegangen bak perspektivet om aktivitet legger vekt på at det må legges til rette for muligheter for sosial deltakelse og aktivitet eldre i år. Dette begrunnes med begrensninger som kan komme opp som følger av ytre hindringer, hvor de ytre hindringene er grunnen til at det resulteres i sosial tilbaketrekking (Havighurst et al., 1968). Et eksempel på dette kan være begrensninger i forhold til det å delta aktivt i samfunnet, og på grunn av en politikk med negative holdninger til eldre (ytre hindringer), ikke legger til rette for aktiv deltakelse i samfunnet for eldre. Som nøkkelen til det gode liv i eldre år blir det i dette perspektivet fokusert på engasjement og aktivitet (Havighurst et al., 1968; Lemon, Bengtson & Peterson,

1972). I følge Daatland & Solem (2011) og en aktivitetsteoretisk tankegang er eldre mennesker essensielt sett som middeladrende, sett bort i fra noen år eldre og mer sårbare.

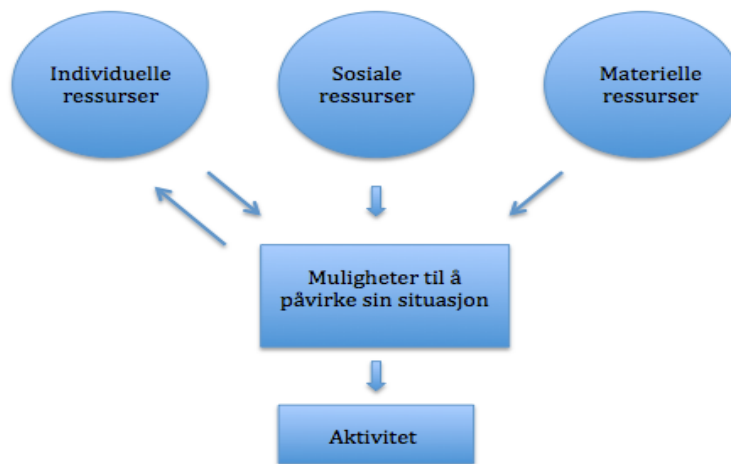
I følge Daatland & Solem (2011) har denne tankegangen vært dominerende for eldrepolitikken i moderne tid og er fremdeles dominerende i dag. Det påpekes også at en overdrivelse av denne tankegangen kan framheve helse og aktivitet som ultimate verdier og om tankegangen blir brukt på feil måte kan den føre til aktivisering for aktivitetens egen skyld, uten forståelse for eldres behov for hvile og ro – spesielt for de eldste og skrøpeligste.

Verdens helseorganisasjon (2002) understreker også viktigheten av muligheter for aktivitet i eldre år. Deres visjon handler om at aldring skal være en positiv opplevelse, og understreker derfor at lengre levetid må inneholde muligheter for deltakelse, helse og trygghet. I forhold til å oppnå denne visjonen har det blitt vedtatt begrepet ”aktiv aldring” som de definerer som; ”Active ageing is the process of optimizing opportunities for health, participation and security in order to enhance quality of life as people age” (Verdens helseorganisasjon, 2002, s. 12). De forklarer at en aktiv aldring skal bidra til at personer skal få mulighet til å realisere sitt potensial for både sosiale, fysiske og mentale velvære gjennom hele livsløpet. Deltakelse i samfunnet understrekes å måtte være i henhold til ønsker, behov og evner, samtidig som det også skal gis trygghet, beskyttelse og omsorg når eldre trenger hjelp. Aktiv aldring som mål blir i denne sammenheng å forlenge levealder med god helse og livskvalitet for alle som blir eldre. Det påpekes at dette skal gjelde både de som er skrøpelige, har nedsatt funksjonsevne og er pleietrengende (ibid).

### **2.1.3 Ressursteorien**

Perspektivet om ressurser kan ses på som en brobygger mellom perspektivene om aktivitet og tilbaketrekking. I dette perspektivet ses aldring som et tap av ressurser og hva som er en god tilpasningsstrategi er avhengig av både ressurser hos individet og miljøets påvirkelighet. Selve kjernen i dette synet er de mulighetene en har til påvirkning, som gis gjennom tilgang til individuelle, sosiale og materielle ressurser. Eksempler på individuelle ressurser er helse, fysisk styrke, sanser, reaksjonstid, kunnskaper, selvbilde, personlighet og så videre. Eksempler på sosiale ressurser er nettverk, status, sosial tilknytning, forventinger og

holdninger fra andre. Eksempler på materielle ressurser er bolig, økonomi, trafikkforhold, klima, tekniske hjelpemidler og produksjonsutstyr (Daatland & Solem, 2011).



Figur 1. Ressursmodellen av Solem (1974).

Det har blitt utarbeidet en modell innenfor dette perspektivet som tar utgangspunkt i personlighetsegenskapene ”internalitet” og ”eksternalitet”, som beskriver den enkeltes grad av tillit til sine muligheter for påvirkning og innflytelse over sin situasjon (Solem, 1972).

Internalitet er karakteristisk hos individer som tror at det som skjer, er direkte relatert til det individet gjør, har gjort eller vil gjøre i gitte situasjoner. Dersom det skjer noe fordelaktig vil denne personen hevde at dette skjer på grunn av ens egen arbeidsinnsats. Dersom det skjer noe ufordelaktig vil denne personen hevde at dette skyldes en svak innsats eller mangel på dyktighet. Eksternalitet er karakteristisk for individer som tror at det som skjer er et resultat av ytre krefter som en selv ikke har kontroll over. Disse personene hevder at det som skjer i gitte situasjoner er urelatert til det individet gjør, og i den forstand mener at oppnåelse av tilfredsstillelse i disse situasjonene er et resultat av skjebne, flaks eller fordi det bare ”skjedde slik” (Solem, 1972).

Personlighetsegenskapene utvikles gjennom ressurser individet har hatt tilgang til tidligere (Solem, 1972). Samtidig vil også den aktuelle tilgangen til ressurser i individet og omgivelsene være med på å påvirke den enkeltes forventning om internal eller eksternal kontroll (Solem, 1974). Ut fra modellen ser vi at tilgang til de ulike ressursene er en viktig determinant for eldres aktivitetsnivå. Om individet møter sine omgivelser på en passiv eller aktiv måte vil i denne modellen avhenge av personens påvirkningsevne og av omgivelsenes påvirkelighet (ibid). Dette vil igjen være avhengig av individets og omgivelsenes tilgang til

ressurser. De eldres situasjon er i stor grad preget av tiltagende ressursbegrensning. Passivisering henger sammen med tilgang til ressurser i individet og i omgivelsene og tilføring av ressurser vil være avgjørende for om eldre mennesker er aktive. Personer med lite tilgang til ressurser blir passive, og samfunn som gir lite tilgang til ressurser fremmer passivitet, maktløshet og fremmedgjøring (ibid).

I forskning om eldre og alderdom kan teorier om aldring være relevant i den forstand at det kan bidra til kunnskap om og forståelse for eldres hverdagsliv, helse og livskvalitet. Spesielt vil det i denne studien være relevant å se teoriene opp mot dagsenter, som videre kan bidra til forklaringer og forståelse for betydningen av dagsenter i forhold til eldres livskvalitet.

Disse teoriene om aldring vil være relevant i den forstand at de kan bidra til å belyse ulike perspektiver og forståelse av eldres evne til sosial deltakelse. I forskning på eldre og alderdom vil det være sentralt å kunne utforske, eller å forstå, aldring i flere dimensjoner.

Aldringsteoriene kan dermed gi oss bedre innsikt og konkretisering for hvorfor eldre mennesker deltar mindre i sosiale settinger. Å forstå de ulike teoriene kan gi mulighet for påvirkning av eldres sosiale situasjon og hvordan en bedre kan tilrettelegge for en mer sosial alderdom.

## **2.2 Livskvalitet**

Livskvalitet er et relativt nytt begrep og forholdvis nytt innen forskningssammenheng. Begrepet ble tatt i bruk i USA i den offentlige og politiske debatt mot slutten av 1950-tallet og har fra den tid blitt brukt i en rekke ulike sammenhenger (Bondevik, 2000). Forskning angående livskvalitet ble veldig utbredt på 1990-tallet, noe som samtidig har resultert i mange definisjoner av begrepet (Cummins, 1997). På grunn av de utallige definisjonene av livskvalitet påpeker Wyller (1998) at begrepet fort kan bli misbrukt og en bør finne mer presise termer. Et eksempel på dette er Halvorsrud & Kalfoss (2007) sin gjennomgang av empiriske studier som omhandler livskvalitet hos eldre mennesker. Deres funn belyste blant annet at en stor del av forskningen de gjennomgikk, ikke definerte hva livskvalitet er. Funnene viste også at av de studiene som definerte livskvalitet, var definisjonene varierende og ulike, samt flesteparten av studiene manglet teoretisk forankring. Halvorsrud & Kalfoss (2007) sine funn komplementerer Walker (2005b) sin diskurs om hvor kompleks og

flerdimensjonal begrepet livskvalitet er, og hvor viktig, samt behov for, det er å stille større krav til presisjon og definering av begrepet.

Forskning på livskvalitet har fått en økende interesse, noe som Næss (2001) begrunner med politikk og helsetjenester. Med dette påpeker hun at det har utviklet seg oppfatninger om at materiell velferd ikke har gjort livet bedre til folk flest, noe som har blitt mer vesentlig innenfor politisk arbeid. Videre begrunner hun at det også har kommet oppfatninger i helsetjenestene, om at økt levealder ikke lenger er den fremste, eller eneste, målsettingen for helsetjenesten (ibid). Med dette har det blitt et større fokus på pasienter sitt perspektiv når det gjelder deres helseproblem, og en økende interesse - spesielt innenfor psykiatrien, mot pasienter sine positive opplevelser og ikke bare negative opplevelser (Næss, 2001).

Utrykket "livskvalitet" blir i dag brukt veldig bredt, både av akademikere og i dagliglivet (Bond & Corner, 2004), det har også blitt beskrevet som et "moteord" på grunn av populariteten omkring ordet de siste tiårene (Næss, 2001). På grunn av begrepets brede bruk av forskjellige instanser, mener Næss (2001) at man ikke bare kan forholde seg til ett livskvalitetsbegrep, men flere.

### **2.3 Definisjoner av livskvalitet**

"(T)here are as many quality of life definitions as there are people" (Liu, 1976, s.10)

Sitatet fra Liu (1976) er en passende beskrivelse og utgangspunkt for det kommende kapittel om livskvalitet og de definisjoner og tilnærminger som er rettet mot begrepet.

I det følgende skal livskvalitetsbegrepet bli belyst fra flere vinkler og klarlegge ulike tilnærminger. Som sagt blir begrepet brukt ulikt og ulike definisjoner bærer gjerne preg av fagtradisjonen som personen som definerer begrepet befinner seg innenfor. Noen definerer begrepet vidt, mens andre mer snevret. Av den grunn vil det presenteres ulike definisjoner for å belyse kompleksiteten og hvor flerdimensjonalt begrepet er.

## **2.3.1 Ekspert- og ikke-ekspert definisjoner av livskvalitet**

### **2.3.1.1 Ikke-ekspert definisjoner**

Farquhar (1994) har delt inn definisjoner av livskvalitetsbegrepet i ulike klasser. Hun skiller spesifikt mellom det hun kaller "expert definitions" (ekspert) og "lay definitions" (ikke-ekspert) av livskvalitet. Ta for eksempel eksperter innen et fagområde - en lege innen helse. Legen sin definisjon av helse vil komme under "ekspert definisjon", mens en vanlig person som ikke har helsefaglig utdanning eller et yrke innen fagområdet, vil definisjonen havne under "ikke-ekspert definisjon". I motsetning til ekspert definisjoner som er gjort av faglærte, eller eksperter innen det aktuelle området, er ikke-ekspert definisjoner gjort av de som ikke i det hele tatt jobber i feltet. I følge Bond & Corner (2004) har det i senere år kommet en ny oppfatning om at "ikke-ekspert", framfor "ekspert" definisjoner, er mer passende. Til tross for en lang tradisjon innenfor den britiske sosialgerontologien – det å lytte på stemmene til eldre mennesker – har det i følge Bond & Corner (2004) vært få studier som har forsøkt å søke eldre menneskers egne perspektiver om deres livskvalitet. Befolkningsstudier av eldre mennesker fokuserer sjeldent på ikke-ekspert definisjoner av livskvalitet og har ofte har et sosialepidemiologisk rammeverk der det blir tatt utgangspunkt i ekspertdefinisjoner (ibid). Man kan i den grad stille spørsmålet om en skal gå ut i fra en livskvalitetsdefinisjon gjort av en ekspert eller den enkelte person eller gruppe det gjelder? Om utgangspunktet og fokuset er på eldre, vil det ikke da være mer vesentlig å gå ut i fra hvordan de definerer livskvalitet? På en annen side kan det fort bli mange ulike definisjoner og syn på livskvalitet om en skulle spurt hvert enkelt individ da eldre opplever alderdom og livet forskjellig.

### **2.3.1.2 Ekspert definisjoner**

Ekspert definisjoner kan deles inn i tre typer; global, komponent og fokus definisjoner (Bond & Corner, 2004). Som nevnt er slike definisjoner utarbeidet av eksperter og ikke en lekmann. I dette kapitlet om livskvalitetsdefinisjoner blir det lagt vekt på ekspert definisjoner av begrepet, og i den sammenheng vil det i følgende bli presentert ulike definisjoner og til slutt et nærmere innblikk på utvalgte elementer av livskvalitet.

*Globale definisjoner* av livskvalitet er generelle og omhandler hele livet og mennesket. For eksempel er Verdens helseorganisasjon og deres livskvalitetsarbeidsgruppe (WHOQOL) sin definisjon av livskvalitet: “as an individuals`perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live, and in relations to their goals, expectations, standards and concerns” (WHOQOL Group, 1995, s. 1405). Denne definisjonen er bred og omfattende. Den avspeiler et globalt bilde av livskvalitet, der flere aspekter som fysiske, psykologiske, sosiale, miljømessige og eksistensielle aspekter er inkludert. Andre generelle definisjoner av begrepet kan vi også se hos Abrams (1973) som definerer det slik: “as the degree of satisfaction or dissatisfaction felt by people with various aspects of their lives” eller McCall (1975) sin definisjon: “quality of life is the provision of the necessary conditions for happiness and satisfaction”.

*Komponentdefinisjoner* av livskvalitet vektlegger den flerdimensjonale karakteren av konseptet livskvalitet, og separerer de ulike dimensjonene innenfor begrepet (Bond & Corner, 2004). George & Bearon (1980) identifiserte blant annet fire dimensjoner innenfor livskvalitet, der to var ”objektive” som gikk under sosioøkonomisk status (generell helse og status på funksjon) og to dimensjoner som var ”subjektive”, hvor det inngikk tilfredshet med livet og selvtillit. Mens Hughes (1990) derimot, vektla åtte dimensjoner, deriblant personlig autonomi, tilfredshet, fysisk og mental velvære, sosioøkonomisk status, kvalitet på miljøet, målrettet aktivitet, sosial integrasjon og kulturelle faktorer.

Den tredje typen - *fokus definisjoner*, tar for seg kun en eller to dimensjoner. Denne typen har en tendens til å gjenspeile politiske eller faglige agendaer (Bond & Corner, 2004). Eksempel på dette er innen forskning på helsetjenestene, der det ofte blir fokusert på målinger av helse og status på funksjon når det er snakk om livskvalitet (Bowling, 1996).

Vi ser at definisjoner av livskvalitet har inkludert både subjektive og objektive dimensjoner (George & Bearon, 1980; Hughes, 1990). I vurderinger gjort av forskere kommer det ofte frem at både subjektiv og objektiv informasjon er en nødvendighet for å vurdere livskvalitet (Lauer, 1999). På en annen side dukker det ofte opp komplikasjoner når det gjelder dette, da funn viser at de subjektive vurderinger av livet ofte bærer lite preg eller ingen tilknytning til objektiv livssituasjon (Barry & Crosby, 1996; Warner, 1999). Med dette ses det som hensiktsmessig å utdype nærmere noen viktige elementer angående ekspert definisjoner av



livskvalitet som inneholder både subjektive og objektive aspekter.

### 2.3.2 Objektive dimensjoner

Noen fokuserer på subjektive aspekter av livskvalitet og andre på objektive aspekter. Noen fokuserer også på både subjektive og objektive aspekter. Første eksempelet som presenteres her omhandler Ringen (1995) sin tolkning og tilnærming av livskvalitet. Ringen (1995) sin tilnærming baserer seg mer mot objektive forhold enn subjektive. Denne tilnærmingen av livskvalitet handler om å samle interessen om – som Ringen kaller det - ”arena options” (muligheter i arena) og ”personlige ressurser”. Ordet livskvalitet blir ikke benyttet i denne definisjonen, men en annen tilnærming som Ringen (1995) kalles ”non-welfarist”:

”In non-welfarist approaches, well-being is established from the ’objective’ circumstances within which people live rather than from their ’subjective’ utility, satisfaction, or happiness” (Ringen, 1995, s. 3).

I følge Ringen (1995) er en persons velvære etablert av de objektive forhold en lever under, fremfor hvor tilfreds en er med livet eller hvor lykkelig man er. De subjektive følelsene og opplevelser blir i denne sammenheng basert på objektive forhold, som for eksempel arbeid, et nabolag eller familie. Dette standpunktet begrunnes til dels med måle-problemer i forbindelse med subjektive dimensjoner som velvære/trivsel, hvor det påpekes at man kan oppleve en begrenset eller utilstrekkelig tilgang til informasjon når det gjennomføres indirekte og direkte målinger. Målinger av velvære kan derfor bli klassifisert som mer eller mindre smale eller for vide. Videre hevder Ringen (1995) at man ikke trenger å måle ”det gode liv”, da det ikke er en universell oppskrift på det gode liv felles for alle. Derfor legger han til grunne at en heller bør måle de *forhold* mennesker lever under. Et annet poeng som understrekes, er at man kan ”venne seg til et bestemt velferdsnivå”, slik at en økning i ressurser ikke vil gi en subjektiv gevinst (ibid).

I forbindelse med de forhold mennesker lever under, er *valgfrihet* et sentralt element i Ringen (1995) sin tilnærming. Det sentrale er hvilken valgfrihet folk har. Det snakkes ikke da om hvilke valg mennesker tar, men hvilken evne mennesker har til å ta de valgene de vil. Mennesker lever bra eller dårlig i den grad de selv kan velge hvordan de vil leve, eller på en annen måte: til den grad deres valg er begrenset. Fokuset er på hvordan folk kan leve, og ikke

hvordan folk lever. Dermed ikke på hvilken valg folk tar, men hvilken valg de kan ta: ikke på hva folk gjør, men hva de har mulighet til å gjøre (ibid).

I forhold til valg står elementet frihet sterkt. Ringen (1995) knytter frihet som en funksjon bestående av personlige ressurser og strukturelle valg. Frihet blir definert i en positiv term av reelle muligheter – mengden av valg som er tilgjengelig og ledig for folk – og ikke i en negativ term som fravær av begrensninger for den enkelte. Det blir påpekt at på sikt er ikke verdien av valgfrihet å gå i gjennom hele rekken av valg igjen og igjen, men nemlig det å vite at man har valgene tilgjengelig. Med dette blir det gjort eksempel av tilgang til helsevesenet, som er en positiv ting. Men tilgang til helsevesenet er ikke er en positiv ting fordi alle vil benytte eller bruke seg av det, men fordi man vil vite at det er der i tilfelle en må bruke det. Med andre ord, man kan benytte seg av helsevesenet om en må (ibid).

I følge Ringen (1995) er personlige ressurser og muligheter i arena (arena options) viktige elementer i forhold til valgfrihet. Det første – personlige ressurser - beskrives som ting som kan bli brukt til å produsere, eller til å tilegne seg ting av verdi. Sett i et økonomisk marked, er for eksempel penger en grunnleggende ressurs. Andre ressurser som nevnes er kompetanse, fysisk styrke, utholdenhet, sjarm, kontakter og så videre. Man kan også ha negative ressurser, som for eksempel nedsatt funksjonsevne (eller som Ringen (1995) kaller det; et handicap). I forhold til en persons ressurser vil rekken av valg man kan ta bli bredere og bedre, desto bedre ressurser en person har. I den grad vil jo flere ressurser en har, jo mer kan en få ut av det og resultere at man får et større utbytte. En person med god helse, bra funksjons- og bevegelsesevne, kan for eksempel dra på en utfordrende fjelltur, stå på ski og springe maraton. Mens en person med svekket helse der både funksjon- og bevegelsesevne er dårlig, vil denne personens ”dårlige” eller mangel på ressurser, begrense hvorvidt han/hun kan gjør det samme. I tillegg til personlige ressurser, snakker Ringen (1995) også om muligheter i arena som er et annet viktig elementet i forhold til å kunne berike eller begrense valgfriheten. Dette beskrives som et sosioøkonomisk miljø, som er ett sett av ulike arenaer - der folk jobber, lever, kjøper ting eller er aktive på andre måter som familie, forbruker på marked, arbeidsmarked, nabolaget, den politiske arena og så videre. Med dette påpeker Ringen (1995) at jo flere arenaer som er åpen for en person, jo flere muligheter har disse arenaene å tilby, og desto mindre risiko de pålegger, jo større spekter av valgfrihet er der. Eksempelvis det å ha penger vil ikke gjøre deg noe godt hvis der ikke er varer å få kjøpt. Det vil heller ikke gjøre deg godt om butikken er stengt for deg på grunn av rasefordommer (ibid). Skal en sette dette i

sammenheng med for eksempel eldre mennesker, kan det tenkes at det er flere arenaer som ikke er tilrettelagt for de med svekket helse, som ser og hører dårlig eller har problemer med mobiliteten. Dette kan for eksempel være et kjøpesenter som ikke har heis og det er lange avstander fra en butikk til en annen. Med dette kan det gi eldre som er avhengig av heis og ikke klarer å gå langt uten hjelp begrensninger til å kunne utføre sin handling.

I følge Ringen (1995) tar folk sine valg basert på deres ressurser i forskjellige arenaer. Dette produserer utfall av forskjellige variasjoner som for eksempel; forbruk, en jobb, en politisk posisjon eller andre ting som folk søker. Dermed vil et spesifikt utfall en person oppnår, være basert på hans eller hennes 1) *ressurser*, 2) *arenaer som er åpen og hvilke muligheter de gir til den enkelte* og 3) *produktiviteten til en persons spesifikke ressurs i nettopp disse arenaer*.

Det gode liv blir i en slik tilnærming størst mulig valgfrihet. Slik som Ringen (1995, s. 5) sier det: "people live well or badly to the degree they themselves can choose how to live". I den sammenheng blir det å måle livskvalitet basert på hvilken personlige ressurser du har som person, hvordan miljøet eller omgivelsene rundt deg er tilrettelagt slik du kan gjøre det du har lyst til, og hvor bra eller dårlig dine egne ressurser fungerer og i det aktuelle miljø og omgivelser.

### **2.3.3 Subjektive dimensjoner**

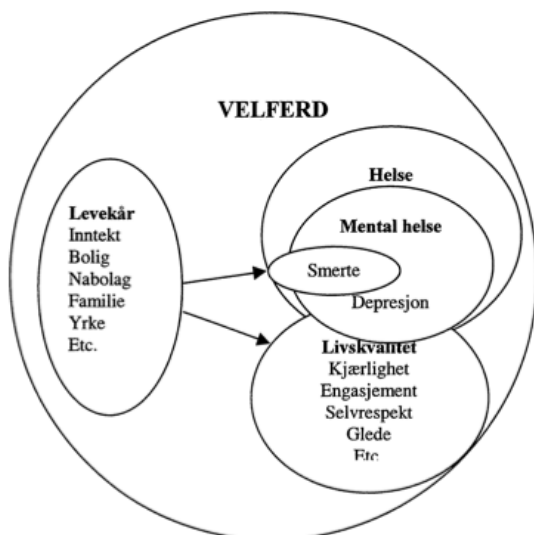
Forskere hevder at livskvalitet handler om å ha det godt og det å ha positive følelser og vurderinger omkring eget liv, fremfor negative følelser og vurderinger (Næss, 2001; Bondevik, 2012). Vurderinger og følelser kan knyttes til opplevelser, og i den sammenheng sier Næss (2001) at livskvalitet på mange måter er opplevelseskvalitet. Det handler mye om hvordan mennesker opplever livet, og i form av om opplevelsene er positive eller negative. I motsetning til Ringen (1995) sin tilnærming av livskvalitet – som fokuserer på objektive forhold, fokuserer denne tilnærmingen på subjektive forhold.

Forsker og psykolog Siri Næss (2001) ved NOVA har i mange år forsket på livskvalitet og har utgitt en rekke publikasjoner omkring temaet. Hennes definisjon av begrepet lyder som følger:

En persons livskvalitet er høy i den grad personens bevisste kognitive og affektive opplevelser er positive og lav i den grad personenes bevisste kognitive og affektive opplevelser er negative. (s.10)

Næss (2001) sin definisjon ligger nært opp til Mastekaasa (1988) sin definisjon: ”Livskvalitet er enkeltindividers bevisst positive og negative, kognitive og følelsesmessige opplevelser”.

Næss (2001) sin definisjon tar utgangspunkt i både kognitive og affektive, samt positive og negative aspekter ved opplevelsene. Med kognitiv forstås det som tanker, oppfatninger eller vurderinger, for eksempel tilfredshet med aspekter ved livet eller livet alt i alt. Med affekt forstås det som følelser, for eksempel glede eller fortvilelse. Det har i overveiende grad vært mest fokusert på det negative i både samfunns-, medisinsk- og psykologisk forskning (Diener & Suh, 1999), og til motsetning fokuserer Næss (2001) også på *positive* opplevelser og ikke bare fravær av *negative* følelser. I forhold til Næss (2001) sin definisjon mener hun det gir god mening å bruke andre ord enn ”livskvalitet” for å betegne begrepet. Hun foreslår ord som ”lykke”, ”å ha det godt”, ”subjektiv velvære” og ”psykisk velvære”, og påpeker at ”psykisk velvære” inkluderer både passive og aktive følelser og vurderinger, og ikke velvære som bare nytelse. De forskjellige ordne kan brukes avvikende, men Næss (2001) bruker disse om hverandre.



Figur 2. Siri Næss sin bruk av livskvalitet (Næss, 2001).

Næss (2001) knytter livskvalitet spesifikt til *enkeltpersoner*, og ikke til samfunn. Videre er det *individets opplevelser* som er i hovedfokus, delvis til indre tilstander, og definisjonen tar utgangspunkt i begrep fra psykologien. Videre understrekes det at livskvalitet ikke knyttes til noe du har – som inntekt og familie, ikke til noe du gjør – som barn på fanget eller se TV, ikke til noe du omgis av – som ren luft eller snille naboer og heller ikke til personlighetsegenskaper/trekk. Til tross for dette påpeker hun likevel at hva man har, gjør eller er omgitt av *kan* være vesentlig for livskvaliteten. Ta for eksempel en person som ikke har familie, har lav inntekt og puster inn forurenset luft, men likevel har høy livskvalitet. Og på den andre siden; en person som har stor familie, høy inntekt og puster inn ren luft, men ikke nødvendigvis har høy livskvalitet. Miljø, familie og inntekt kan med andre ord være indikatorer på livskvalitet, som både kan slå ut som noe positivt eller negativt, avhengig av individets opplevelser av miljøet, familie og inntekt. Det er personenes egen vurdering av sitt liv og sin livssituasjon som gjelder.

I følge Næss (2001) er særlig fire kategorier, eller variabler, som blir foreslått som viktig i forhold til å måle livskvalitet og også framstår som viktig for å oppnå høy livskvalitet. Disse er aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og grunnstemning, som er basert på Næss sine norske undersøkelser (Næss, 1979; Næss, 1994). I følge Næss (2001) kan kategoriene ”aktivitet, sosiale relasjoner og selvbilde” forstås som årsaksforhold, som hun mener er spesielt viktige forhold for livskvaliteten. Mens kategorien ”grunnstemning” mener hun er det som står nærmest definisjonen av livskvalitet. Jo mer intenst en person opplever at man er aktiv, har samhørighet med andre, har selvfølelse og en grunnstemning av glede eller lykke – jo bedre livskvalitet har personen (Næss, 2001).

Et nærmere innblikk på kategoriene Næss (2001) nevner som viktig for livskvalitet er først og fremst grunnstemning. Grunnstemning forklares i denne sammenheng ut i fra at en person som har velvære, lyst og glede, hvor livet er rikt og givende, vil dette innebære høy livskvalitet. Det medgår også at en person skal ha fravær av ubehag og smerter, tomhetsfølelse og nedstemthet. Videre påpekes det også at en grunnstemning av fravær av uro, bekymring og angst, samt inneha gode opplevelser, er åpen og mottakelig og ikke er avstengt fra den ytre verden, vil føre til høy livskvalitet (ibid).

De tre andre forholdene som er viktige for livskvaliteten kaller Næss (2001) årsaksforhold som hun beskriver slik:

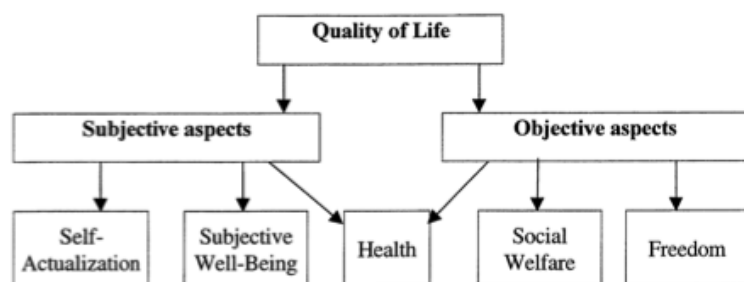
Sosiale relasjoner - ”En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har gode interpersonlige forhold: har et nært, varmt og gjensidig forhold til minst ett annet menneske” (Næss, 2001, s. 73).

Selvbilde – ” En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen har selvfølelse, dvs, selvsikkerhet, føler seg vel som menneske, sikker på egne evner og dyktighet, følelse av å mestre, av å være nyttig; aksepterer seg selv, fravær av skyld- og skamfølelse, lever opp til egne standarder” (Næss, 2001, s. 73).

Aktivitet - ” En person har høyere livskvalitet i jo høyere grad personen er aktiv, dvs. har appetitt og livslyst, interesserer seg for, engasjerer seg i og deltar i noe utenfor seg selv som representerer en utfordring opplevelse som meningsfullt” (Næss, 2001, s. 72).

### **2.3.4 Subjektive og objektive dimensjoner**

I motsetning til Siri Næss (2001) sin definisjon av livskvalitet, er det andre forskere som mener livskvalitet referer både til objektive og subjektive dimensjoner (Cummins, 1997; Fernández-Ballesteros, 1998; Lane, 2000). Vittersø (1998) og Spilker (1990) er blant disse, der objektive og subjektive aspekter er å finne i deres definisjoner. Spilker (1990) sin foreslåtte definisjon er mye brukt i medisinsk forskning og foreslår fire domener i en modell for hvordan behandling tar sikte på å bedre pasienters livskvalitet. Disse fire er: fysisk status og evner, psykologisk velvære, sosial samhandling og økonomisk status. Spilker (1990) inkluderer flere dimensjoner av konseptet livskvalitet, og er videre enn Næss (2001) sin definisjon som bare dekker ett av fire domenene hos Spilker (1990).



Figur 3. Vittersø (1998) sin definisjon av livskvalitet (i Næss, 2001, s.21)

Vittersø (1998) sin definisjon av livskvalitet som en kan se i figur 3. tar også for seg subjektive og objektive aspekter. Ut i fra denne definisjonen ser vi at ”helse” er plassert under både subjektive og objektive aspekter. Dette kan forklares da man ofte snakker om ”subjektiv helse”, en persons egen oppfatning av å være frisk eller syk, samtidig som man skiller denne vurderingen fra et mer objektiv øye eller utenforstående – for eksempel en lege. Liksom Næss, inkluderes det også ”subjektiv velvære” under subjektive aspekter, i tillegg til ”selvrealisering”. Vittersø (1998) inkluderer ”sosial velferd” og ”frihet” under objektive aspekter. Derimot påpeker Næss (2001) at Vittersø (1998) likeså kunne hatt plassert ”selvrealisering” både under objektiv og subjektiv aspekter, da hun mener at begrepet ofte kan forstås som en individuell opplevelse, men også som et objektivt forhold mellom realisert status og potensiale. Lignende synspunkter mener Næss også kan anlegges i forbindelse med ”frihet” (Næss, 2001).

Gjennom dette kapittelet om livskvalitet ser vi at det ikke er noe entydig eller felles ramme på hvordan begrepet defineres. Vi ser at det kan være av betydning av hvem som definerer begrepet, i forhold til om det er gjort av personer som eksperter eller ikke-eksperter. Videre ser vi at det kan fokuseres på både objektive og subjektive dimensjoner av livskvalitet, og kun subjektive eller objektive dimensjoner. Dette kan være objektive forhold som samfunnet, levekår og valgfrihet, eller subjektive forhold som opplevelser og følelser. Det betyr ikke at det ene eller andre er rett eller galt for å definerer livskvalitet, videre måten å måle livskvalitet på. Det bekrefter heller at livskvalitet kan omhandle andre elementer enn kun subjektive forhold, og det kan omhandle andre elementer enn kun objektive forhold.





## **Kapittel 3. Metodologi**

I dette kapittelet skal jeg redegjøre for forskningsprosessen og begrunne de valgene jeg har tatt underveis. Det vil først blir gjort rede for valget av metode og deretter utvalget i studien. Videre blir det presentert hvordan datainnsamling og dataanalyse ble gjennomført. Til slutt blir det gjennomgått oppgavens gyldighet og pålitelighet, samt etiske vurderinger.

### **3.1 Valg av metode**

I dette prosjektet ble det tatt utgangspunkt i følgende problemstilling; *Hvilke betydning har deltakelse ved dagsenter for hjemmeboende eldre over 80 år?* Med tanke på at oppgaven har et fokus rettet mot de eldres egne opplevelser og erfaringer av å benytte seg av tilbud ved dagsenter, falt valget på en kvalitativ tilnærming framfor en kvantitativ tilnærming.

#### **3.1.1 Kvalitativ tilnærming**

Det finnes ulike metoder for å samle inn data, og grovt sett blir disse kategorisert som enten kvantitative eller kvalitative metoder. Både kvalitativ og kvantitativ metode er rettet mot å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i og hvordan mennesker samhandler innenfor dette (Malterud, 2011; Postholm, 2011; Kvale & Brinkmann, 2009). Cresswell (2013) skriver at ved kvalitativ forskning er det en oppfattelse av at det er flere realiteter. Forskeren gjennomfører studien med en intensjon å formidle disse ulike forståelsene. Malterud (2011) påpeker også dette og legger til at måten en stiller spørsmålene på, metoden en velger, hvordan datamaterialet blir analysert og tolket, vil være preget av forskerens perspektiver og teoretiske ståsted.

Malterud (2011) sier at det er avgjørende at problemstillingen avgjør hvilken metode som skal brukes. Med problemstillingen i denne studien, hvor jeg ønsket å belyse dagsenters betydning for eldres livskvalitet, ble kvalitativ metode valgt. Jeg har valgt å ta utgangspunkt i de eldres perspektiv, på den andre siden kunne jeg også tatt utgangspunkt i hva de ansatte ved dagsentrene, eller for eksempel familie, mener er av betydning for de eldres livskvalitet. Dette kunne da ha gitt andre svar. Det vil ikke si at det ene er rett og det andre er galt, det er snakk

om to ulike perspektiver rundt ett og samme fenomen. Likevel mener jeg at når det er de eldres egne erfaringer og opplevelser som skal utforskes vil det være mest hensiktsmessig å fokusere på deres perspektiv. Kvalitativ metoden er gunstig for å få vite mer om menneskelige egenskaper som forventinger, holdninger og motiver (Malterud 2011). Det er akkurat dette jeg vil gå nærmere inn på – de eldres erfaringer og opplevelser omkring deltakelse ved dagsenter, samt deres tanker omkring livskvalitet. Det vil derfor være mer hensiktsmessig å benytte seg av en kvalitativ framgangsmetode enn kvantitativ, da fokuset ligger på subjektive erfaringer og opplevelser som vanskelig kan måles i tall. Med tanke på at feltet ”dagsenter, eldre over 80 år og livskvalitet” er lite utforsket, blir en kvalitativ tilnærming å foretrekke da metoden er godt egnet for å belyse fenomener som har vært lite studert eller lite beskrevet (Malterud, 2011).

## **3.2 Design**

Designet på dette prosjektet er en kvalitativ intervjustudie med semi-strukturerte intervju med personer over 80 år som deltar på dagsenter. Det ble valgt å gjøre et strategisk utvalg når det gjaldt informanter med bestemte kriterier. Det blir presentert en mer grundigere beskrivelse av det strategiske utvalget, kriterier for å være informant, rekrutteringsprosessen og dagsentrene informantene er hentet fra.

### **3.2.1 Strategisk utvalg**

I alle typer forskning vil utvalget være helt avgjørende for datamaterialet. For å få frem mest mulig relevant informasjon fra intervjuene i forhold til problemstillingen utarbeidet jeg kriterier som måtte oppfylles ved utvelging av informanter. Malterud (2011) hevder at et tilfeldig utvalg kan svekke gyldigheten til kvalitative studier. Prosjektet hadde derfor bestemte kriterier til utvalget, nærmere sagt et strategisk utvalg. Ved å avgrense utvalget gjennom bestemte kriterier kan muligheten for et homogent utvalg reduseres. En homogen gruppe informanter kan begrense datasamlingens variasjonsbredde, som er viktig for en nyanserte beskrivelse og et grunnlag for kunnskapsutvikling (ibid.). I følge Malterud (2011) er det et ønske at den kunnskapen en kommer frem til i kvalitativ metode skal kunne overføres til flere sammenhenger enn de opprinnelige kildene. Overførbarhet i kvalitativ metode er ikke

nødvendigvis tanker om at kunnskapen skal kunne overføres til et bestemt populasjonsnivå, men at forskeren skal vise til betingelser, muligheter og begrensninger for hvor resultatene kan ha gyldighet.

### **3.2.2 Kriterier for å være informant**

Kriteriene var som følger; (1) de skulle være brukere ved dagsenter, (2) vært brukere i minst seks måneder og minimum ha én fast dag i uken ved dagsenteret, (3) være over 80 år, (4) være hjemmeboende og (5) være kognitiv frisk.

For å ha et konkret antall å forholde seg til i planleggingsprosessen, var studiens størrelse i utgangspunkt vurdert med åtte og seks informanter som øvre og nedre grense. Jeg var forberedt på at dette kunne fort endre seg i forhold til hvor utfordrende prosessen med å finne informanter skulle bli. I hovedsak hadde jeg en formening om at det ikke skulle være problem med å rekruttere informanter, da eldre over 80 år er en stor gruppe. Malterud (2011) hevder at en god hovedregel er å ikke bestemme seg for et nøyaktig antall i forkant av en studie. Mens Sandelowski (1995) hevder at et utvalg på ti informanter kan være tilstrekkelig når et komplekst fenomen skal belyses. Jeg ville ha både menn og kvinner til intervjuene. En variasjon i kjønn kan gi ulike perspektiver når det gjelder opplevelser og meninger. En utfordring kunne være at flertallet av brukere ved dagsentrene er kvinner (Rummelhoff et al., 2012). Jeg ville også rekruttere informanter fra flere dagsentrer for å få et bredere spekter. Til tross for at dagsentrer i utgangspunktet har samme hensikt og mål, er det likevel ulike ansatte og brukere fra dagsenter til dagsenter. Dette kan gjøre at brukere kan oppleve tilbudet forskjellig og dermed vil det være interessant å inkludere flere sentrer.

### **3.2.3 Rekrutteringsprosessen**

I prosessen med å rekruttere informanter skaffet jeg meg først en oversikt over alle dagsentrene i en større kommune. Denne oversikten fant jeg gjennom kommunen sin nettside. Etter en nøyere gjennomgang av de forskjellige dagsentrene fikk jeg utelukket noen, da disse spesifikt var rettet mot eldre personer med demens, noe som ikke ville oppfylle kriteriet om å være kognitiv frisk. Etter telefonkontakt med samtlige ledere av dagsentrene fikk jeg i første omgang tillatelse til å komme å presentere prosjektet mitt for to dagsenter. I kontakt med

lederne skal det nevnes at jeg ble møtt med stor entusiasme og en positiv innstilling til mitt prosjekt, og de alle var svært hjelpsomme og ivrig angående studien, som på flere måter gjorde prosessen mer effektiv.

Ved besøk hos det første dagsenteret var de eldre samlet slik jeg kunne få presentere mitt prosjekt. Etter presenteringen av prosjektet og utdeling av skriftlig informasjon om studien, fikk jeg lite respons. De eldre virket skeptiske og jeg fikk en følelse av at de ikke helt skjønnte hva de ble spurt om. I tillegg var det mange som hørte dårlig og som dermed ikke fikk med seg alt som ble sagt. De ansatte så dette og hjalp meg deretter med å snakke med en og hver av de eldre for å forklare hensikten med prosjektet. Dette hjalp og det resulterte i fire eldre som meldte seg som informanter. Neste dagsenteret møtte jeg opp for å ta en samtale med lederen av dagsenteret. Her fikk jeg presentert studiens hensikt og formål, hvilken kriterier som måtte bli oppfylt for å være informant og gitt informasjonsskriv. Til forskjell fra det første dagsenteret, ble det her bestemt at lederen skulle presentere studien min for de eldre som var aktuelle kandidater. Deretter tok jeg kontakt etter en uke for å høre om det var noen eldre som hadde sagt ja til å være informant. Her var det også fire eldre som sa ja til å delta i studien. Det ble avtalt med de ansatte på dagsenteret at jeg skulle komme for å gjennomføre intervjuene de dagene informantene var på dagsenteret.

I utgangspunktet hadde jeg åtte informanter fra to forskjellige dagsenter. Etter jeg hadde gjennomført intervjuene hos alle de åtte informantene, så jeg behov for å skaffe flere informanter da samtlige av intervjuene jeg hadde utført var korte og mer data trengtes. Videre tok jeg kontakt med et tredje dagsenter og fikk rekruttert fire nye informanter. Ved dette tilfellet var det også lederen som spurte aktuelle informanter om de ville delta i studien. Til slutt var det tolv intervju og jeg så ikke mer behov for flere informanter da jeg syntes det var tilstrekkelig med datamateriale.

### **3.2.4 Dagsentrene**

Dagsentrene hvor informantene er hentet fra har i ettertid skiftet navn til *aktivitetstilbud for seniorer*. Dette gjelder alle dagsentrene i kommunen. I denne studien kommer det til å benyttes betegnelsen dagsenter, da både forskning og informasjon som blir brukt er referert som dagsenter. En nærmere beskrivelse av dagsentrene og hva de tilbyr har blitt hentet fra kommunes nettside og fra beskrivelsene av lederne fra dagsentrene selv.

Tilbudet er rettet mot hjemmeboende eldre, eller seniorer, fra et bestemt distrikt. For å få en dagsenterplass må man ha vedtak på tjenesten og det er helse og velferdskontor som vedtar dette. Følgende kriterier legges til grunn for tildeling av plass: forebygging/vedlikehold, målrettet rehabilitering og avlastning. Det innebærer også en egenandel ved å få opphold ved dagsentrene, dette inkluderer både måltider og skyss til og fra dagsenteret. Dagsentrene tilbyr varierte aktiviteter. Dette var blant annet fysiske aktiviteter som trim og gåturer, men også sosiale og kulturelle aktiviteter som høytopplesning, bingo, dans og konserter. Måltider blir servert hver dag for brukerne - frokost når de kommer om morgenen, formiddagskaffe og middag.

### **3.2.5 Beskrivelse av utvalget**

Det endelig utvalget besto til slutt av syv kvinner og fem menn, som alle innfridde kriteriene. De tolv informantene kom fra tre forskjellige dagsenter fra samme kommune, og fire informanter fra hvert dagsenter. Jeg har valgt å gi alle informantene fiktive navn for å anonymisere dem. Navnene kommer til å bli brukt videre i studien.

Alderen på de kvinnelig informantene varierer fra den yngste på 87 år til den eldste på 99 år, fem av kvinnene var over 90 år. De mannlige informantene var i alderen 83 til 88 år. Elleve av tolv informanter var enker og enkemenn som bodde alene hjemme. Én av informantene var fremdeles gift og bodde hjemme med ektefellen.

Når det gjelder hvor lenge informantene har vært brukere ved dagsenteret, samt faste dager i uken de tilbringer på dagsenteret, er det kvinnene som er mest flittig. De kvinnelige informantene har i gjennomsnitt vært brukere ved dagsentrene flere år enn de mannlige informantene. Antall dager i uken ved dagsenteret viser det at de fleste av mennene er der én dag i uken, og for kvinnene ligger det på to til tre dager.

## **3.3 Datainnsamling**

I det kommende vil det bli presentert hvordan prosessen med innsamling av data foregikk. Det blir en nærmere og mer detaljert beskrivelse av hvordan intervjuguiden ble utarbeidet, gjennomføringen av intervjuene og transkribering av intervjuene.

### **3.3.1 Semistrukturerte intervju og utarbeidelse av intervjuguide**

I denne studien har valget falt på å benytte intervju som innsamling av data. Observasjon var også en mulighet, men med tanke på ingen erfaring fra lignende arbeid og begrenset med tid, valgte jeg derfor intervju som metode.

For å få kunnskap om hvordan enkeltindivider opplever og forstår sin situasjon er intervju et godt utgangspunkt (Thagaard, 2013). Valget falt på semistrukturert intervju, da denne intervjuformen vektlegger å innhente beskrivelser av informantens livsverden, og spesielt fortolkninger av meningen med de beskrevne fenomenene (Kvale og Brinkman, 2009). Denne intervjuformen synes jeg å virke både relevant og passende i forhold til at jeg vil vite mer om informantenes opplevelser og erfaringer i forhold til dagsenter.

Et semistrukturert intervju skal verken være en åpen samtale eller en lukket spørreskjemasamtale. Det blir benyttet i slike intervjuer en intervjuguide som kan variere fra grovt inndelte temaer eller noe mer detaljerte spørsmål (Kvale og Brinkman, 2009). Kvale og Brinkman (2009) skriver at jo bedre en har forberedt intervjuet, jo større sannsynlighet er det for å få god kvalitet i den kunnskapen som produseres. Ved god forberedelse vil også etterbehandlingen av dataene være lettere. Intervjuguiden (vedlegg 1) ble utarbeidet med utgangspunkt i Malterud (2011) og Kvale & Brinkmann (2009). Spørsmålene er ikke basert på noen bestemt teori, men er inspirert av fenomenologisk metode med flere åpne spørsmål som ga informantene mulighet til å svare fra eget ståsted. Da jeg er ute etter dagsenters betydning for livskvaliteten hos informantene, har jeg heller ikke gått ut i fra noe bestemt teori angående livskvalitet. Livskvalitet er et omfattende og komplekst begrep, og jeg er mer interessert i hva informantene mener om begrepet, og hva de mener er viktig for livskvaliteten. Dermed er spørsmål angående livskvalitet ganske åpent.

Malterud (2011) skriver at det er viktig ikke å gjøre intervjuguiden for detaljert, slik at man kan være åpen for nye spørsmål som angår problemstillingen. Jeg har valgt å gjøre intervjuguiden litt detaljert – i den grad at det er skrevet ned konkrete, men åpne spørsmål. Dette fordi jeg har lite erfaring med forskningsintervju, og videre et godt utgangspunkt for å for å sikre at jeg får med meg alle spørsmålene jeg ønsket å utforske.

Første del av intervjuguiden er åpnings spørsmål for å få informantene mer trygge i situasjonen. Deretter omhandler de aller fleste spørsmål deltakelse ved dagsenteret for å finne ut hva informantene opplever når de er på dagsenteret. Videre hvorfor de valgte å begynne og i ettertid hvilken betydning deltakelse ved dagsenteret har gitt dem. Avsluttende er spørsmålet om begrepet "livskvalitet". Spørsmål lyder som følger: *Hva legger du i begrepet livskvalitet?* Jeg har hatt som fokus at ingen av spørsmålene skal være ledende i noen grad. Derfor er spørsmålene forholdsvis åpne der informantene kan svare bredt og det som faller inn hos dem.

Etter første intervjuet ble intervjuguiden noe revidert. Noen spørsmål fikk mer oppmerksomhet og noen spørsmål ble omformulert på en bedre måte som gjorde det lettere for informantene å forstå spørsmålet. For eksempel spørsmålet om "livskvalitet" var for noen et mer eller mindre ukjent begrep. Etter min beste evne prøvde jeg å forklare de samtlige at livskvalitet i mange sammenhenger handler om å ha det godt, og at høy livskvalitet forbindes med at en har det bra. Etter første intervjuet la jeg på ett spørsmål til, for å kunne få mer informasjon ut av informantene angående livskvalitet. Det ble som følger: *Hva er viktig for din livskvalitet?*

For å øve meg til de kommende intervjuene, samt se eventuell tidsbruk, ble det gjort et pilot-intervju. Jeg gjennomførte intervjuet i sin helhet med en studievenn som informant, og tok dette opp på bånd. Det hadde kanskje vært mer gunstig å gjennomføre forundersøkelsen på en eldre person, men den tilgangen var ikke til stede.

### **3.3.2 Gjennomføring av intervju**

Datainnsamlingen ble gjennomført i løpet av to måneder våren 2015. Intervjuene ble avtalt med informantene og ansatte på dagsentrene i forkant, og alle intervjuene ble gjennomført på dagsentrene de dagene informantene var på dagsenteret. Informantene fikk fritt valg for sted hvor intervjuene skulle gjennomføres og de fleste mente det var best å ta de når de først var ved dagsenteret. Andre informanter la ansvaret til de ansatte, der det ble gjort beslutningen om å holde intervjuene på senteret. Jeg gjennomførte alle intervjuene selv og intervjuene ble gjort på dagtid etter klokken 11 da dette passet i tidsskjemaet og programmene for dagsentrene. Intervjuene hos alle tre dagsentrene ble gjennomført i adskilt rom under rolige omgivelser. Ett intervju ble avbrutt da en av de ansatte på dagsenteret skulle hente kaffe, som var tilgjengelig på det rommet intervjuet ble utført. Varigheten på intervjuene var fra 20 min

og opp til 60 min.

Jeg startet intervjuene med å presentere meg selv og forklare formålet med studien. Fire av informantene hos det ene dagsenteret hadde jeg møtt i forkant av intervjuene, da jeg hadde møtt opp på dagsenteret i rekrutteringsprosessen. Videre informerte jeg om taushetsplikten og at all informasjon som kom ut av intervjuet ville bli anonymisert. Ingen av informantene hadde noe i mot at båndopptaker ble benyttet. Jeg forklarte kort om intervjuguiden og at dette ikke var på noen måte en høytidelig samtale, men en uformell og hyggelig samtale som skulle omhandle spørsmål omkring dagsenteret. Målet mitt var blant annet at intervjuene skulle være en hyggelig opplevelse for informantene, der vi også kunne snakke om andre ting enn kun det intervjuguiden omhandlet. Dette var på ingen måte et problem, da flere av informantene hadde mye på hjertet, som omhandlet alt annet enn dagsenteret. Til å begynne med var jeg veldig fastslått til intervjuguiden, som var grunnet at jeg nok var litt spent og nervøs på samme tid. I de første intervjuene var det utfordrende å slippe seg litt løs fra manuset, og jeg så veldig mye på intervjuguiden i frykt for å glemme noen spørsmål. Det som ble funnet ut i ettertid, da under transkriberingen, var at jeg hadde glemt ett spørsmål hos samtlige av informantene. Dette var av lite betydning siden jeg hadde fått mye relevant informasjon fra disse informantene, men likevel en glipp.

Underveis i intervjuene dukket det opp ulike utfordringer. Jeg var forberedt i forkant av intervjuene at dette var eldre mennesker som mest sannsynlig kan ha dårlig hørsel, samt det kunne oppstå problemer med kommunikasjonen, men også på grunn av forskjell i dialekter. I forhold til det ble det mye gjengivelse av spørsmål, samt jeg måtte legge om dialekten i noen tilfeller da noen informanter hadde problem med å forstå hva jeg spurte de om.

Malterud (2011) hevder at gjennom feltarbeid gir informantene forskeren innsikt i sine kunnskaper og erfaringer, som ofte kan involvere sensitive og fortrolige fenomener. For tre av informantene ble det gjennom intervjuet noe sensitivt da det ble snakk om ektefeller som hadde gått bort, og generelt om livet. Det resulterte i følsomme reaksjoner der to av informantene gråt, der savn av ektefelle og takknemlighet for livet var grunnene. I disse situasjonene forholdt jeg meg helt rolig og ga uttrykk for at vi kunne gå videre til å snakke om noe annet, eller om de ville snakke ut om det som var tatt opp. Da de emosjonelle reaksjonene dukket opp reagerte jeg med å sette meg nærmere informantene for å eventuelt tilby støtte, eller en ”skulder”. Noe som jeg tolket de satt pris på da en av informantene blant annet holdt meg i hånden. De hadde helt klart behov for å få ut diverse følelser og tanker omkring livet.



### **3.3.4 Transkribering av intervju**

Det ble benyttet en digital båndopptaker under intervjuene. Når materialet skulle transkriberes ble filene lagt inn på privat PC hvor jeg kunne styre volum, pause og play ved tastaturet.

Dette var veldig effektivt da jeg skulle transkribere i forhold til at alle knappene som kunne styres var på ett og samme tastatur. Kvale & Brinkmann (2009) skriver om konfidensialitet og etikk i forbindelse med transkribering. De påpeker at det er viktig å beskytte konfidensialiteten til både intervjupersonen og personene og institusjonene som nevnes i intervjuet. Intervjuene ble skrevet på bokmål for å opprettholde anonymiteten til informantene. Informasjon som kunne være identitetsavslørende ble klippet bort, som for eksempel navn som ble nevnt i intervjuene er fiktive i transkripsjonene.

Transkripsjonene er lagret på min private datamaskin som er låst for tilgang av andre (passordbeskyttet) og en sikkerhetskopi av transkripsjonene er lagret på en USB som er lagret i en safe i min leilighet hvor kun jeg har tilgang.

## **3.4 Dataanalyse**

### **3.4.1 Forforståelse**

Malterud (2011) beskriver at forforståelsen er den ryggsekken vi tar med oss inn i et forskningsprosjekt. Denne ryggsekken inneholder erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og den teoretiske referanserammen som er bygget opp til studien. Forforståelsen kan i verste fall begrense forskeren i å utforske hva empirien kan gi av kunnskap, og bare bekrefte hva forskeren allerede vet og mener om et tema. Forforståelsen kan derimot i beste fall gi næring til prosjektet og fungere som en støtte (Malterud, 2011). Forskerens ryggsekk vil være avgjørende for hvilken problemstilling en mener er relevant, valg av perspektiv og metode, hvordan resultatene behandles og hvordan konklusjonene vektlegges og formidles (Malterud, 2011). Dermed er det viktig at jeg gjør rede for hvordan min posisjon kan ha påvirket eller preget forskningsarbeidet.

Jeg er i denne studien verken over 80 år eller bruker av dagsenter, jeg er masterstudent. Jeg har under dette prosjektet forsøkt å ta rollen som forsker, og ikke la min forforståelse farge studien. Likevel, var det nøyaktig min tidligere arbeidserfaring ved dagsenter som startet mine

tankeprosesser omkring temaet. Jeg var ansatt som aktivtør og hadde hovedsakelig arbeidsoppgaver med å aktivisere og sosialere de eldre brukerne. Utenom at jeg fant arbeidet som veldig givende, så jeg også viktigheten med dagsenteret for brukerne. Dette gjaldt spesielt det å få en variasjon i hverdagen, som å komme seg ut og snakke med andre venner og bekjente som var på senteret. Jeg har mine forventninger om at brukerne og de ansatte fra dagsentrene jeg har med å gjøre i denne studien ikke er så mye annerledes enn dagsenteret jeg har jobbet ved før. Jeg forventer egentlig mye av det samme, først og fremst på grunn av informasjonen jeg har lest om dagsentrene på kommunens nettside. Sentrene har samme mål og hensikt. På den andre siden kan det også hende at ”veien til målet” er annerledes. Kanskje de må tilrettelegge på en annen måte på grunn av brukernes behov. Med min bakgrunn kan det i midlertidig ha gitt meg et bedre utgangspunkt og forståelse av informantenes opplevelser som ”insider”. Men igjen, kunne kanskje en som er ”outsider” tolket ting annerledes enn meg.

Når det gjelder intervjuene i denne studien hadde jeg på forhånd en forventning om hvordan de kunne utarte seg og være, og hvordan denne prosessen kunne gå. Dette gjelder kommunikasjonsproblemer under intervjuene da eldre ofte hører dårlig. Jeg hadde også forventninger om at dette kom til å bli en givende og hyggelig erfaring, da jeg trives veldig godt sammen med eldre mennesker. Jeg har funnet det ofte interessant å snakke med eldre, både fordi de er fra en annen generasjon og ofte har spennende opplevelser og erfaringer å dele fra et langt liv. Videre hadde jeg også reflektert over meg selv som person, og hvordan jeg har taklet ulike situasjoner med eldre personer tidligere. Jeg har tidligere erfart at det kan være lurt å være innstilt på å ha god tålmodighet når en skal prate med eldre. En av grunnen kan være – som tidligere nevnt – dårlig hørsel. En må være innstilt på å snakke høyt og tydelig. Det kan også være tilfellet at noen har veldig mye på hjertet, og har veldig mye informasjon og tanker å dele. Her er det viktig å kunne ha tålmodighet og respektere informantene ved å lytte. Det å være forståelsesfull er også en erfaring jeg har tidligere og som kan være nyttig i denne prosessen. Eldre mennesker kan ha ulike helseproblem og svekket funksjonsevne, noe som gjør at en kan bli frustrert eller lei seg om man har det vondt. Et sånt tilfelle vil det være viktig å vise forståelse for den andres smerte eller plager. Ingen personer er like og derfor var jeg forberedt på at jeg kom til å få møte ulike og unike mennesker, og dermed være innstilt på å ”tilpasse” meg den enkelte informant.

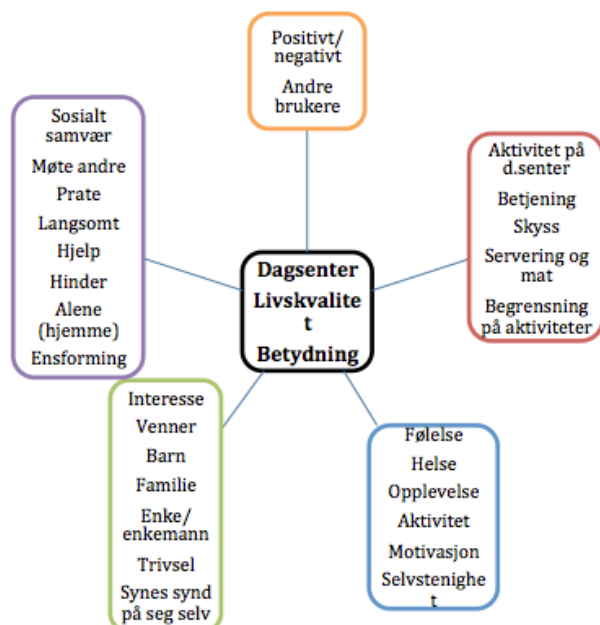
### 3.4.2 Systematisk tekstkondensering

Denne studien er inspirert av fenomenologien, og jeg tok utgangspunktet i analysemetoden ”systematisk tekstkondensering” som er inspirert av Giorgis fenomenologiske analyse, som er modifisert av Malterud (2011). Analyse av kvalitativ data skal bygge bro mellom rådata og resultater ved at materialet blir organisert, fortolket og sammenfattet. I forhold til valg av analysemetode var jeg veldig usikker på hvilken metode som passet både meg og min problemstilling best. Med tanke på intervjuguiden har åpne spørsmål og ikke er basert eller tatt utgangspunkt i noen bestemt teori, svedde jeg lenge mellom analysemetodene Systematisk tekstkondensering og Grounded Theory. Som Malterud (2011) forteller har Systematisk tekstkondensering mange likhetstrekk mellom Giorgis fenomenologiske analysemetode og GT, og skal være en egnet tilnærming for deskriptiv tverrgående analyse av fenomener for utvikling av nye beskrivelser og begreper. Med min problemstilling, som skal ta utgangspunkt i erfaringer og opplevelser av å være på dagsenter, ble Systematisk tekstkondensering sett på som den beste analysemetoden. Blant annet påpeker Georgi at formålet med en fenomenologisk analyse er å utvikle kunnskap om informantenes erfaringer og livsverden innenfor et bestemt felt. Videre krever metoden ingen omfattende teoretisk skolering for å kunne gjennomføres på forsvarlig måte (Malterud, 2011). Analysen er eksplorerende, deskriptiv og databasert med sikte på primært å få fram beskrivelser (Malterud, 2011), noe som egner seg bra for min problemstilling hvor hensikten er å beskrive informantenes opplevde erfaringer. Systematisk tekstkondensering er også en godt beskrevet analysemetode, trinn for trinn, noe som vil gjøre det gjennomførbart og ikke for vanskelig for en ”nybegynner” som meg innen forskning og analyse av kvalitative data.

Hovedstrukturen i Systematisk tekstkondensering består av fire trinn som Malterud (2011) beskriver som følger; første trinn er å få et helhetsinntrykk. Andre trinn er å identifisere meningsbærende enheter. Tredje trinn å abstrahere innholdet i de enkelte meningsdannende enhetene. Siste og fjerde trinn skal man sammenfatte betydningen av disse. Malterud (2011) påpeker at dette er en dynamisk prosess der man hele tiden går frem og tilbake for å få med seg all informasjon. I prosessen med analyseringen har jeg ikke fulgt analysemetoden slavisk, men benyttet den som en hoveddramme og pekepinn.

### 3.4.3 Analyseprosessen

I første omgang skal man først bli kjent med materialet. Man skal arbeide aktivt for å sette forforståelsen og teoretisk referanseramme midlertidig i parentes, for å kunne stille åpent for de inntrykk som materialet kan formidle (Malterud, 2011). Jeg begynte med å lese gjennom alt materialet uten noteringer underveis. Etter første omgang med gjennomlesning måtte jeg ta meg en lang pause, for å så lese gjennom all teksten en gang til, for å skape meg en bedre oversikt over materialet. Deretter skal jeg i følge Malterud (2011) spørre meg selv hvilke foreløpige temaer i teksten som kan fortelle meg noe om dagsenterets betydning for livskvalitet. Malterud (2011) skriver at det gjerne kan dreie seg om fire-åtte temaer som først kommer opp, og som man gir et midlertidig navn. Jeg derimot kom fram til over 30 temaer. Mange av temaene gikk inn i hverandre, samt at flere av temaene var nok det samme temaet, bare at det var skrevet på forskjellige måter. Jeg skrev ned temaene i et tankekart, hvor det i midten sto ”Dagsenter, livskvalitet og betydning”. Jeg laget meg selv ulike farger på de forskjellige temaene. De temaene som jeg syntes handlet mye om det samme, fikk samme farge. For eksempel så var alle temaene tilknyttet uttalelser om ting som skjedde på dagsenteret farget rødt/rosa. I figur 4 er det oversikt over tankekartet som viser de hyppigste temaene.



Figur 4. Tankekart

Neste trinn i analysen er å organisere den delen av materialet som skal studeres nærmere. Det blir sentralt å skal skille relevant tekst fra irrelevant, og en sortering av den delen av teksten som kan tenkes å belyse problemstillingen (Malterud, 2011). Jeg begynte med en systematisk gjennomgang av teksten linje for linje for å identifisere meningsbærende enheter. Samtidig som man merker de meningsbærende enhetene, skal vi i følge Malterud (2011) også begynne å systematisere dem, som vil si koding. Ved koding skal man identifisere og klassifisere alle meningsbærende enheter i teksten. I denne omgang startet jeg med å markere med tusj, all tekst som sa noe om de foreløpige temaene som jeg i første trinn hadde skrevet ned. Jeg markerte alt som hadde noe med dagsenteret og livskvalitet. For eksempel så ble tekst som hadde noe med å møte andre, sosialt samvær, snakke med andre, streket under med fargen lilla. Dette hjalp meg til å få en bedre oversikt. Med denne oversikten som jeg dannet meg gjennom å merke de meningsbærende enhetene i teksten, kom jeg fram til noen hovedkoder som var gjennomgående for alle informantene. Det ”sosiale”, som både var grunner for at informantene begynte på dagsenteret, og hvorfor de trivdes på dagsenteret, og ”felleskap” var gjentakende hos de fleste informantene. Flere av kodene fikk også underkategorier underveis og Malterud (2011) skriver at å gå tilbake i materialet for å få med alle de meningsbærende enhetene er viktig får å kunne få øye på noe nytt. Dermed gikk jeg flere ganger gjennom teksten.

Etter hvert ble det i noe grad kaotisk da det ble mye fram og tilbake i de transkriberte intervjuene. Jeg valgte å lage meg en ny oversikt. En tabell ble laget for å bedre kunne se de meningsbærende enhetene fra hver av informantene. Tabellen ble utformet etter spørsmålene i intervjuguiden, der sitater ble satt inn fra hver informant under det eksakte spørsmålene fra intervjuguiden. Til slutt satt jeg igjen med fire hovedkategorier med underkategorier.

Hovedkategoriene jeg hadde kommet frem til var som følge:

- (1) **Helse og funksjon** – hjelpebehov og avhengighet av andre
- (2) **Aktivitet og opplevelser** – mangel på aktivitet, opplevelser, måltider og å være aktiv
- (3) **Sosialt samvær, relasjoner og støtte** – lite nettverk, sosialt fellesskap, ansatte ved dagsentrene
- (4) **Livskvalitet** – familie, helse, selvstendighet og daglige gjøremål, aktivitet og interesser, religion, komme seg ut og være sammen med andre

### **3.5 Gyldighet og pålitelighet**

De tradisjonelle begrepene reliabilitet og validitet har blitt diskutert til å ha ulik betydning innen kvalitativ forskning. Begrepene kan i følge Postholm (2011) gi en annen forståelse når det kommer til kvantitativ forskning. Videre påpeker Postholm (2011) at dette er begreper som kan være problematiske å diskutere i kvalitativ forskning, da møtet mellom forskeren og informanten vil alltid være en situasjon som er avhengig av konteksten i det aktuelle tidsrommet. Dermed kan det derfor være uhensiktsmessig i forhold til eksempelvis kvalitativt intervju. Dette tatt i betraktning, blir det i denne sammenheng relevant å diskutere gyldighet og pålitelighet, i forhold til forskningens kvalitet.

#### **3.5.1 Pålitelighet og troverdighet**

I følge Kvale & Brinkmann (2009) er forskningens pålitelighet den vanligste måten å definere reliabilitet. Reliabilitet og pålitelighet handler om forskningsresultatenes konsistens og troverdighet. I følge Kvale & Brinkmann (2009) handler begrepet om hvorvidt det kan henvises til om et resultat kan gjentas på andre tidspunkter og av andre forskere ved hjelp av den samme metoden.

I spørsmålet om informantene i denne studien ville ha endret svar dersom noen andre enn meg hadde stilt spørsmålene, kan det godt hende. Det vil være flere ting som kan være av betydning. For det første vil det være av betydning hvordan jeg fremtrer som person under intervjuet, og hvorvidt kjemien og stemningen mellom meg som intervjuer og informantene er. Malterud (2011) påpeker at forskerens person vil på en eller annen måte påvirke forskningsprosessen og dens resultater. For meg var det viktig å skape tillit med informantene, og at vi kunne skape en god tone gjennom intervjuet. Med dette satt jeg standarden med å hele tiden vise meg selv i godt humør, være åpen og forståelsesfull, slik informantene ville dele mest mulig om sine opplevelser og erfaringer fra sin livsverden.

Når det gjelder transkribering og reliabilitet, kan to personer i følge Kvale & Brinkmann (2009) transkribere intervju på ulike måter. For eksempel hvor en setter punktum og komma kan påvirke tekstens betydning. I transkripsjonsprosessen har jeg ”oversatt” dialekt til bokmål. Flere av informantene brukte ord fra sin dialekt, noe som kan mistolkes siden jeg selv ikke er kjent med ordene og dialekten. For eksempel ble ordet ”langsomt” benyttet av

samtligte informanter, noe som jeg fikk oppklart betydde kjedelig. Dette ordet var det informantene brukte for å beskrive hvordan dagen var hjemme. I denne forstand tolket jeg ordet som at det ikke skjer så mye, og at tiden går sakte.

Undersøkelsens pålitelighet vil også handle om forskeren har klart å gjort rede for forskningsprosessen og fremgangsmåten på en god måte. Jeg har forsøkt å gi nøyaktige beskrivelser av hele prosessen og har prøvd å gjøre prosjektet så "gjennomsiktig" som mulig.

### **3.5.2 Gyldighet og overførbarhet**

I følge Malterud (2011) kan gyldighet eller validitet i kvalitativ forskning vurderes ut i fra relevans og overførbarhet. Thagaard (2013) knytter validitet til tolkning av data, og fremhever at validitet handler om gyldighet av de tolkninger forskeren kommer frem til.

Hva slags kunnskap en besitter og forskers forforståelse er påvirkningsfaktorer for oppgavens validitet (Malterud, 2011). I denne oppgaven vil det derfor være viktig at jeg er tydelig på hvilken kontekster mine resultater er utviklet i. Jeg nevnte tidligere min forforståelse og tidligere arbeidserfaring, som kan være med på farge resultatene. Det kan tenkes at på bakgrunn av min kunnskap og erfaring, har analysert og tolket data fra et subjektivt ståsted. Det kan også ha vært en mulighet for at jeg har vært på leting etter meninger som støtter mine oppfatninger rundt betydningen av å være på dagsenter. Dette kan være med på å senke validiteten, da oppgaven kan ha gått glipp av nyanser som er reelle for forskningsfeltet. For å forebygge dette har jeg så godt som mulig prøvd å forstå informantenes standpunkt og ekskludert ledende spørsmål.

I dette prosjektet har jeg ikke hatt som hensikt å statistisk generalisere funnene til hele befolkningen, eller til alle eldre over 80 år som er brukere ved dagsenter. I følge Kvale & Brinkmann (2009) og Malterud (2011), er det heller ikke målet når man anvender kvalitative metoder. Målet har ikke vært å generalisere funnene mest mulig, men å få frem informantenes opplevelser og perspektiver som kan fortelle noe om betydningen av å være på dagsenter.

For at mine funn kan gjelde for en større gruppe må det finnes støtte for dette i annen forskning. På den måten vil gyldigheten styrkes om funnene i denne oppgaven samsvarer med tidligere forskning. I følge Jacobsen (2010) kan fenomenet man undersøker generaliseres til flere enheter, om flere studier fra ulike kontekster påviser det samme. Oppgaven kan likevel

bidra til å øke kunnskap om hvilke betydning deltakelse ved dagsenter kan ha for eldre, og hvorvidt denne betydningen kan ha for livskvalitet.

### **3.6 Etikk**

Ved kvalitative studier er det etiske utfordringer som kan oppstå og forskeren bør være kjent med dette. I kvalitative studier vil det innebære møter mellom mennesker hvor normer og verdier vil utgjøre viktige elementer av kunnskap som utveksles og utvikles (Malterud, 2011). Etikk i denne oppgaven handler om hvordan hensynet til deltagerne blir ivaretatt. Det betyr at forsker alltid har ansvar for at informantene, eller gruppen utvalget representerer unngår skade eller andre negative konsekvenser som følge av å delta. I følge Langdrige (2006) kan forskning ha negative konsekvenser utover det man har tenkt på i forkant, og det vil derfor være viktig at prinsippet om etikk engasjeres gjennom hele forskningsprosessen.

Noe som jeg vil trekke fram som en etisk utfordring var hendelser under intervjuprosessen med to av informantene. Jeg har tidligere nevnt at det oppsto emosjonelle reaksjoner fra to av informantene. Dette var temaer som ble noe sensitivt for disse personene som resulterte i at de begge felte tårer. Dette gjaldt savn av ektefelle for den ene informanten og takknemlighet for livet for den andre informanten. Som forsker er det viktig å være profesjonell, men samtidig også forståelsesfull når en har ansvar for informanter og deres trivsel under intervju. Min første reaksjon når hendelsene oppsto var å vise forståelse og hensyn. Dette falt meg helt naturlig og jeg ga dem begge tilbudet om at vi kunne snakke mer eller mindre om temaet om det var av behov. Hensynet til deltagerne skal veie tungt, og jeg følte jeg taklet situasjonene profesjonelt og hensynsfullt. Til tross for at informantene på en side er et middel for å innhente data og oppnå en masteroppgave, er det på den andre siden viktig å ikke glemme at de er personer som kan være sårbare i en situasjon som dette. Jeg har gjennom hele prosessen vært veldig bevisst på at jeg på en best mulig måte skal ivareta informantenes ønsker og behov, og ikke utsette dem for påkjenninger.



### **3.6.1 Søknad og godkjenning**

Prosjektet ble først meldt inn til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) da det var usikkerhet om studien kom under medisinsk og helsefaglig forskning. REK vurderte prosjektet i henhold til helseforskningsloven § 2 og § 4 ikke fremleggingspliktig (vedlegg 4).

Fordi jeg i denne oppgaven håndterer personopplysninger, både i form av samtykkeerklæringer og gjennom lydopptak av intervjuene, var dette prosjektet meldepliktig til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste (NSD). Prosjektet ble godkjent med forbehold at prosjektet ble gjennomført i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter (vedlegg 3).

### **3.6.2 Informert samtykke**

Informantene fikk utdelt informasjonsskriv på forhånd (vedlegg 2). I informasjonsskrivet kom det tydelig fram at det var frivillig å delta i prosjektet og at deltakerne kunne trekke seg fra studien på hvilket som helst tidspunkt. Studiens formål og omfang ble presentert, samt telefonnummeret til meg selv (forskeren) og veileder, om det skulle være behov for eventuell kontakt eller spørsmål.

Før intervjuene hadde noen av informantene med seg informasjonsskrivet med samtykkeskjema som de hadde signert. Det resterende flertall av informantene fikk informasjonsskrivet og samtykkeskjemaet før intervjuene, hvor de ble signert. I forkant av hvert intervju presenterte jeg muntlig studiens hensikt og at det var frivillig og de når som helst kunne trekke seg. Dette for å være sikker på at de fortsatt ønsket å delta i studien. Alle informantene ønsket å delta i studien.

### **3.6.3 Anonymisering**

I denne studien var det ikke et formål å innhente direkte personopplysninger. For å sikre anonymiteten har jeg byttet ut informantenes ordentlige navn med fiktive. Hvilket dagsentrer de er bruker hos er også utelatt. Det ble spurt om alder samt antall år informanten hadde vært

bruker ved dagsenteret. Med tanke på at lederne og samtlige ansatte ved dagsentrene vet hvem av brukerne som deltok i studien kunne dette bli en utfordring. Jeg valgte å utelukke informasjon hvor lenge og antall dager hver informant er ved dagsenteret, samt den bestemte alderen til hver informant. Med tanke på at de ikke skal gjenkjennes var det svært viktig å holde informantenes identitet konfidensielt . Gjennom intervjuene fortalte flere av informantene veldige personlige historier som kunne være gjenkjennbare. For å sikre informantenes konfidensialitet ble slike historier utelatt fra transkriberingen og analysen. Dialektuttrykk er også forhold som kan øke risikoen for gjenkjennelse, derfor er alt skrevet på bokmål. Det er likevel ikke garantert at lederne og ansatte ved dagsentrene ikke vil kjenne igjen utsagnene, men jeg som forsker har forsøkt å ta de forhåndsregler for i størst mulig grad å forhindre dette.

## Kapittel 4. Funn

I dette kapittelet redegjøres det for undersøkelsens funn. Gjennom analysen ble det utarbeidet fire hovedkategorier som vil bli presentert. Disse er helse og funksjon (1), aktivitet og opplevelser (2), sosialt samvær og nærhet (3) og livskvalitet (4). Jeg vil påpeke at de ulike funnene til dels henger mye sammen, og vil derfor enkelte ganger bli tatt opp like temaer, men i forskjellige kontekster.

### 4.1 Rekruttering til, og kjennskap om, dagsenter

Funnene i denne studien viser at det var andre personer enn informantene selv som foreslo ideen om å begynne på dagsenter. Elleve av tolv informanter hadde blitt rekruttert til dagsenteret gjennom familiemedlemmer, hjemmesykepleien og venner. Det ser ut til at informantene blir rekruttert på grunn av at personene som vil at de skal begynne mener informantene har behov for deltakelse ved dagsenter:

Det var i grunn datteren som sa det. Hun sa ”skal du ikke gå på et sånn senter, så får du kommet sammen med andre mennesker”. Tja, kanskje det ikke er så dumt det. Så jeg begynte da. (Klara)

Også er jeg kanskje litt for reservert, jeg har ikke så lett med å bli kjent med fremmende. Også var det datteren min som spurte om vi ikke skulle søke om plass på dagsenteret her. Så sa jeg at hun kunne prøve å søke, men jeg tror ikke at jeg har noen sjanse på å få noen plass da. Men det ordnet seg det også. (Ingrid)

Det ser ut til at familie, hjemmesykepleien og andre nære personer er viktige årsaker for at informantene i denne studien begynte på dagsenter. Flere av informantene fortalte også at familien bisto med hjelp til søknadsprosessen, det å få plass på dagsenteret.

Funnene viser også at mange av informantene hadde manglende kjennskap til dagsenter. Dette kan sannsynligvis være en forklaring på hvorfor det var andre personer enn informantene selv som tok initiativ til å begynne på senteret. Noen av informantene uttrykket ingen kjennskap i det hele tatt over at dagsentertilbud eksisterte:

Nei, hadde ikke peiling! Nei, hadde ikke peiling om at det fantes noe sånt jeg. Så det er takket være min sønn at jeg ble obs på det. (Sigrid)

Andre informanter hadde hørt om dagsenter, men visste ikke helt hva et dagsenter innebærer:

Jeg begynte i august. Og vi visste ingenting om sentrene på forhånd. Jeg har hørt om dem ja, men jeg visste ikke hva det var og gikk ut på. Jeg trodde det var mer som sånn, at de trengte å komme bort og sånn som.. Sånne som ikke kan være hjemme. Hjelp og sånn. Men den pipa har fått en annen lyd altså. (Reidun)

Her kommer det tydelig frem at det er noe manglende kjennskap til dagsenter. Fra å ikke vite at tilbudet eksisterer til å tro at det er noen slags form for institusjon.

## 4.2 Helse og funksjon

Gjennom intervjuene kommer det frem at helse og funksjon er sentrale elementer i livet til informantene. Disse elementene nevnes både på godt og vondt, men er mest knyttet til det negative. Gjennomgående ble det nevnt sykdom og redusert funksjon blant deltagerne, men spesielt dårlig funksjonsevnen, som kommer frem som en fellesnevner for de fleste.

Én av informantene fortalte om sykdom. Dette var en kronisk sykdom som hindret mobiliteten til informantene, da hun selv sa hun ikke klarte å gå ut, uansett vær. To av informantene fortalte at de hadde brukket lårhalsen. Noen nevnte også at de hadde vært på rehabiliteringssenter i ettertid av en tidligere skade. Tre av informantene snakket også om plager og smerter de opplevde å ha. Dette var knyttet smerter i bein og mage.

Funksjonsevnen til informantene er det som skiller seg ut. Halvparten nevnte at de hadde problemer med, eller slet med, dårlig funksjon. Spesielt gjaldt dette dårlig syn. Noen fortalte at synet hadde blitt mye dårligere og det ble nevnt spesielt problemer med praktiske ting som å lese. Én av informantene hadde så dårlig syn at det nesten kunne kategoriseres som å være blind. Videre ble det også nevnt problemer med å høre, der to av informantene fortalte at de hadde dårlig hørsel. Andre problemer i forhold til funksjonen som ble nevnt av flere var at de var dårlige til beins. Av de som nevnte det ble det trukket inn problemet med å bevege seg og det å gå. En beskrev seg selv som handicapet. Spesielt var rullator viktig for to av informantene når de skulle ut å gå. Flere av informantene fortalte også at de hadde flere

funksjonsnedsettelse og plager samtidig. Noen både så dårlig og hørte dårlig. Mens en annen var dårlig til beins og hadde dårlig syn. Sitatet fra Ragnhild kan illustrere dette:

Men jeg har jo sånn plager da vet du. Så det er jo det som nesten er verst, så begynner jeg å se dårlig også. Men det er hørselen som er verst da. Så er jeg jo veldig mye svimmel, så er jeg nødt til å ha rullator. Hadde ikke klart meg uten. (Ragnhild)

Samlet sett gir informantene uttrykk for dårlig helse og nedsatt funksjon, men noen av informantene forteller at de har det godt, til tross for sykdom og funksjonsnedsettelse. Mens noen nevnte ikke noe om dårlig helse eller funksjon. Én informant fortalte at hun syntes hun var i fin form i forhold til at hun var så gammel. Videre poengterte hun at det viktigste var at hodet hennes var bra. Det kan se ut til at informantene som har dårlig helse og funksjon, som likevel forteller at de har det godt, på en side godtar at dette er noe som følger alderen med. Det kan tolkes slik at det er naturens gang at man i høy alder opplever at helsa og funksjonen skranter. Samtidig kan det virke som at det viktigste for livskvaliteten er at man er mentalt frisk, som en av informantene fortalte.

#### **4.2.1 Hjelpebehov og avhengig av andre**

Dårlig helse og funksjon er noe som hindrer og begrenser informantenes evne til å gjøre det de ønsker. Samtidig skaper det et større behov for hjelp når deltagerne har problemer med funksjonsevnen. Med dette vil det være sentralt å benytte seg av helsetjenester. Informantene oppga at de får besøk av hjemmesykepleien og annet helsepersonell som fysioterapeut. Disse tjenestene ga informantene hjelp til blant annet trening og handling av mat på butikken. At flesteparten av informantene benyttet seg av helsetjeneste og hjemmetjenester, forteller noe om hjelpebehovet de har. Samtidig kommer det frem at familien også er en viktig kilde for hjelp. Informantene forteller mye om familiene sine, spesielt sine barn. Familien var viktig i flere situasjoner, spesielt var dette knyttet til situasjoner der informantene hadde behov for hjelp. Dette gjaldt viktige behov for de eldre, som handling og kjøring til butikk. Samt hjelp til å komme seg ut av hjemmet, der spesielt skyss ble spesielt understreket. Sitatene fra Johannes og Sigrid illustrerer dette:

Ungene ser rundt meg hver dag. Og handler litt for meg på butikken og kjører til butikken.  
(Johannes)

Det har jo vært glatt i vinter at jeg ikke har turt å gått ut i det hele tatt. Så der er sønnene mine som tar meg med seg skjønner du. Jeg gleder meg sånn til de kommer. (Sigrid)

Familie fremkommer som en viktig ressurs for hjelp hos de eldre. Spesielt gjelder dette i forhold til praktiske ting, som skyss og mathandling, men også som sosial kontakt. Det ser ut til at informantene er avhengig av familien for å kunne komme seg ut og til å få handlet mat. Samtidig vil nok det å vite at familien er i nærheten og kan bisto med hjelp være en trygghet for informantene.

## **4.3 Aktivitet og opplevelser**

### **4.3.1 Mangel på aktivitet**

Det fremkommer at informantene har mangel på aktivitet og opplevelser.

Dette kobles sterkt sammen med forrige hovedkategori om dårlig helse og funksjon, der dårlig mobilitet og funksjon begrenser informantenes muligheter til å komme seg ut. I tillegg viser det seg at omgivelsene kan være årsaker til mangel på aktivitet og opplevelser. Vintertiden gir utfordringer for flere av informantene, da mange får problemer med å komme seg ut når det er is og snø:

Om vinteren så er jo en helt isolert vet du. Det har vært så glatt i vinter, at jeg ikke har turt å gått ut i det hele tatt. (Sigrid)

Og nå på vinterstid, da kommer du deg ikke ut på grunn av is og snø, og det er farlig, du kan ramle. Og ditt og datt. Vi hører så mye om det vet du... Man blir sperret inne. (Lorentz)

Ut i fra sitatene ser vi at vinteren/været isolerer. Samtidig som at de kan oppleve det mer trygt å holde seg inne for å unngå en eventuell situasjon hvor man kan falle og slå seg på is og snø, begrenser de seg selv ved å holde seg inne. Når mulighetene til å komme seg ut minsker eller reduseres når omgivelsene ute gir begrensninger, vil dette gå utover muligheten for opplevelser og aktiviteter som er utenfor hjemmet.

Både dårlig helse og funksjon, samt omgivelser, bidrar til at informantene ikke kommer seg ut. Flesteparten av informantene opplever derfor at de er mye hjemme, der noen forteller at mesteparten av tiden tilbringes nettopp hjemme i boligen. Åtte av informantene fortalte at om de ikke hadde vært på dagsenteret, hadde tiden blitt brukt til å være hjemme. Noen beskrev at dagene hadde blitt som alle andre dager, nemlig å være hjemme. Andre forklarte at de hadde prøvd å få tiden til å gå, ved å se på tv eller å finne på ting å gjøre i huset. Hva Nyfrid hadde brukt tiden på om hun ikke hadde vært på dagsenteret, svarte hun følgende:

Jeg hadde blitt sittende hjemme i en stol. Ikke noe annet. (Nyfrid)

Flere opplever tiden de tilbringer hjemme som kjedelig og lite givende. De gir uttrykk for at det er lite som skjer når de sitter hjemme. Det er ingen spesielle aktiviteter å gjøre, og det er mangel på opplevelser. Derfor kan dagen bli veldig lang for mange og på sett og vis være en negativ opplevelse. Sitatet fra Lorentz illustrerer dette:

Men det er noe annet enn at du sitter hjemme. Hjemme i en leilighet. Da har du ingenting. Ingenting. Nei, du har tv, men det er ikke medisin. Det virker motsatt. Det har jeg erfart... Tida du bor i leiligheten, den blir en dødtid. (Lorentz)

Sitatet beskriver en hverdag med lite innhold. Spesielt når tiden hjemme beskrives som ”dødtid”. Tv nevnes som en aktivitet, det er noe å gjøre og noe å underholdes med. Samtidig tolkes det som ikke tilstrekkelig nok. Det kan se ut til at denne aktiviteten både kan være lite varierende og lite givende.

### **4.3.2 Opplevelser**

Det fremkommer at informantene har ønsker om, samt behov for, nye opplevelser i livet. Dette knyttes til informantenes svar på hvorfor de begynte på dagsenteret. Ved siden av muligheten til å møte andre mennesker, var det å få komme seg ut av hjemmet, grunner for hvorfor de ville begynne på senteret. Dagsenteret gir mulighet for nye opplevelser og forandringer i hverdagen for informantene. Mange påpekte at det å få komme seg ut var en

forandring i livet som oppsto etter de begynte på dagsenteret. Dette virker å ha stor betydning, da informantene får mulighet til å komme seg ut av hjemmets fire vegger, som vil være en positiv avveksling fra å sitte hjemme alene. De får se noe annet enn leiligheten/boligen sin, og det i seg selv kan være en stor forandring når de tilbringer såpass mye tid hjemme.

Alle informantene forteller at de trives på dagsenteret. Videre hadde alle noe å si om hva de opplevde når de var på senteret. Det fremkommer at dagsenteret er en plass for opplevelser, spesielt gjennom aktiviteter. Informantene snakket mye om aktivitetene som fant sted, og det er tydelig at det er varierende og mye som skjer. Noen nevnte musikk og konsert. Andre snakket om dans, mens noen nevnte bingo. Ragnhild og Sigrid satt pris på de forskjellige aktivitetene:

Det er kjempebra. Noen tider er det bingo og noen tider er det trim, og ja, litt forskjellig da...  
Det er nå trivelig det, der er noe spenning med det. (Ragnhild)

I morgen skal frivillighetssentralen være her. Da er det noen som kommer og underholder. Siste tirsdagen hver måned har det vært noe. Det har vært veldig koselig. Dem spiller og synger, og vi har utlodding, og vi får mat. Da koser vi oss. Etter trimmen får vi kaffe. (Sigrid)

Noen av informantene var spesielt begeistret for utflukter og turer som ble arrangert av dagsenteret. Med tanke på at mange av informantene sitter mye hjemme og flere ikke klarer å komme seg ut på egenhånd, settes det stor pris på turer og utflukter:

Jeg har vært med på mange turer. Og det syns jeg har vært veldig fint. (Elisabeth)

En av aktivitetene som flere snakket varmt om var høytlesning av avis. Én snakket om hvor kjekt det var å kunne få være med på denne aktiviteten, på grunn av at det vekket følelser i han. Spesielt likte han at man kunne få være med å diskutere ting som ble opplest, så en hadde sjanse til å være aktiv. Det kan se ut til at avislesing gir mulighet for informantene til å kunne få være med i et felleskap, samtidig som det gir intellektuell stimuli og en få være deltaker i det som skjer i verden. Det er også sosialt, når en kan få prate og høre på andre. En annen informant satt også pris på at man kunne få diskutere under avislesingen, Reidun fortalte:

Også har vi avislesing. Jeg som ser dårlig, kan ikke lese avis. Selv om jeg har sånn lese-tv, så kan jeg ikke lese en avis altså. Også er det vanskelig. Men ja, jeg gleder meg til avislesingen,



der er ikke bare det at man leser det, men man diskuterer det. Det synes jeg er veldig fint.

(Reidun)

Sitatet gir først og fremst innblikk i en aktivitet som informantene liker godt. Samtidig ser det også ut til at denne aktiviteten gir mulighet for de som har dårlig syn, kan delta like mye som alle andre da avisen blir lest opp. Dårlig syn blir med andre ord ingen hinder for noen av informantene i denne situasjonen. Videre kan dette gi eneste mulighet til å få lest – eller hørt – avis for de som har dårlig syn. Dagsenteret kan dermed gi muligheter til de som ikke klarer dette når de er hjemme.

At de eldre får være mest mulig selvstendig og få oppleve at de er autonome virker å være av betydning. Dette var knyttet til at de ansatte behandlet de med respekt og ikke kommanderte de eldre i noen grad. Selv om en hører dårlig, har problemer med å gå eller generelt trenger hjelp, betyr det ikke at en vil bli behandlet noe annerledes. Det fremkommer at de ansatte på dagsentrene behandler de eldre som selvstendige individer, som resulterer i at de eldre føler seg respekterte. Sitatet fra Magnulf illustrerer dette:

Dem går rundt meg og jeg går rundt dem. Og jeg gjør akkurat det jeg vil. Ikke noe slags form for pålegg, at du skal gjøre det eller det. Og det har jo selvfølgelig mye å si for oss gamlinger, for vi vil vel ikke bli kommandert. Man vil være selvstendig, så langt som det går. (Magnulf)

Samtidig som informantene føler de blir respektert og behandlet selvstendig når de er på dagsenteret, fremkommer det også at å være på dagsenteret gir følelsen av at en ikke er til byrde. Det å oppleve at en ikke er til byrde kan være viktig for informantene når en allerede har hjelpebehov og dårlig funksjonsevne. Dette gjelder spesielt når informantene blir hentet til og fra dagsenteret, som er en del av tilbudet som bruker av dagsentrene. Med dette tilbudet – de blir hentet og kjørt hjem fra dagsenteret – viser seg å ha betydning i forhold til at informantene slipper å spørre familien om hjelp. At familien ikke blir belastet mer enn de må ser ut til å være viktig for informantene, slik Reidun fortalte:

Her kommer de å henter meg uten at jeg ber de om det. Jeg belaster ingen med det. Det har veldig stor betydning at en ikke belaster noen. Når jeg kommer hit føler jeg meg veldig fri, blir godt mottatt. (Reidun)

Det å ikke være en byrde for familien ved at en blir kjørt til og fra dagsenteret kan også være en form for selvstendighet, i den grad at de kommer seg ut ”selv” og ikke behøver å be familien om hjelp.

### 4.3.3 Måltider

Måltider på dagsenteret fremkommer som en av de viktigste aktivitetene og opplevelsene hos informantene. Gjennom dagen på dagsenteret får informantene servert frokost når de ankommer, og middag senere på dagen. Dette er noe som det er stor begeistring for. Alle informantene fortalte om måltidene når de ble spurt om hva de opplevde når de var på senteret. Flere snakket også om måltidene i forhold til hvorfor de trivdes. Sitatet til Reidun kan illustrere dette:

Også er det nydelig servering. Det er ikke bare å kaste brødkive på bordet her nei, det er ordentlig servering, ”versegod”, ”vil du ha”. Det er fullstendig. På restaurant altså. Kan ikke få det bedre med serveringen. (Reidun)

Sitatet viser at måltidene som blir servert gir informantene en god og fullstendig opplevelse. En ting er at det virker å være kvalitet på måltidene som blir servert, men det gir også informantene en følelse av at de ikke bare er hvem som helst. De betyr noe og dermed får de god oppvaring. De er ikke bare noen gamle mennesker som trenger mat, de er æresgjester.

Gjennom måltidene som blir servert på dagsenteret kan dette være et viktig bidrag for at informantene får i seg mat og næring. Det kan trolig være utfordrende for noen å lage seg mat, om man ser dårlig eller har plager. Samtidig som man kanskje ikke har overskudd til å tilberede flere måltider om dagen. Nyfrid sitt sitat kan illustrere dette:

Det er nå kostholdet da. For da blir det spist jevnt her. Hjemme så spiser du bare en liten bit når du har lyst på. Blir ikke noe ordentlig forhold til maten. Her får man servert frokost, lunsj og middag. (Nyfrid)

Måltidene gir en struktur på dagen, noe som kan være vanskelig når informantene er alene hjemme. Videre kan de dagene en er på dagsenteret og får servert måltider, resultere i at det blir færre dager en må tilberede mat hjemme. Dette kan være motivasjon for at en skal klare

og orke å lage mat når man er hjemme. Samtidig kan det også hende at informantene blir inspirert til å lage mat når de får fine serveringer på dagsenteret.

Jeg lager middag de dagene jeg ikke er på dagsenteret. Og lager ordentlig med frokost. Så jeg glemmer ikke å spise altså. (Klara)

#### **4.3.4 Å være aktiv**

Å være på dagsenteret kan innebære at man er mer aktiv. Først og fremst kommer informantene seg ut av hjemmet når de skal på senteret. Flere av informantene nevnte også trim som var en fast aktivitet, noe som de satt pris på. Spesielt var det viktig for en av informantene å holde seg i aktivitet når han var på dagsenteret, Lorentz fortalte:

Du, la oss si at vi skal fra stua her og bort til trimrommet. Så har vi mange som går med rullator. Men jeg går foran meg her at jeg ikke bruker stav når jeg er her. Den står i garderoben. Og da tar jeg også en av brukerne som har rullator da, og da tar jeg med meg en av de til trimrommet. Skubber de foran meg bortover. Og det kaller jeg for medisin... Jeg hjelper andre. Det mener jeg er god medisin. Fordi jeg blir ikke dårlig av den turen der. Jeg kaller det for medisin når jeg hjelper folk, på det området. Men også for at jeg er her for det. Jeg er med her for det. (Lorentz)

Aktivitet handler ikke bare om å delta i trening. Det handler om en opplevelse og følelse av å være til nytte. Gjennom å hjelpe andre brukere på dagsenteret kan bidra til at man føler seg nyttig og sprek. Det fremkommer som viktig for Lorentz at han får hjelpe andre, som gjør at han er aktiv og ikke minst føler han betyr noe både for de han hjelper og de ansatte. Det å få være med å bidra kan skape en følelse av at en ikke er en byrde for andre, men derimot en ressurs.

Dagsenteret viser seg også å ha betydning for dagliglivet hos informantene. Fire av informantene fortalte at gjennom å være på dagsenteret fikk de videre motivasjon til å være mer aktiv. Dette gjaldt spesielt å gjøre ting i huset når de kom hjem etter å ha vært på senteret. Én beskrev at hun ble mer opplagt etter senteret, som gjorde det lettere for henne når hun kom hjem. Dette ga henne mer lyst og motivasjon til å gjøre ting. En annen informant fortalte at hun fikk en opptur som gjorde at hun så lettere på situasjonen når hun kom hjem, Ingrid fortalte:

Ja altså, av og til får man en opptur, og da ser man lettere på situasjonen når man kommer hjem. For eksempel om man har en jobb å gjøre kan det være lett å skyve den unna. Men når man får den oppturen, da kan man starte igjen og ta seg litt sammen. (Ingrid)

Det fremkommer tydelig at å være på dagsentret er en positiv opplevelse, som gjør at informantene kan få mer motivasjon til å gjøre ulike ting. Det å være i aktivitet på dagsenteret gir mening til aktivitetene som gjøres hjemme. Én annen informant fortalte at hun var mer aktiv når hun var på dagsenteret, noe som hun ikke var når hun var hjemme. Det kan tyde på at en blir både motivert til å være aktiv etter oppholdet, samt mer stimulert til å være i aktivitet når en er på senteret. Det kan tenkes at det kanskje er lettere å være aktiv, for eksempel være med på trim når der både er en som instruerer og flere er med, i forhold til når man er alene hjemme. Det er med andre ord et miljø som stimulerer det å være i aktivitet.

Når man er på dagsenteret vil det innebære å være sammen med og treffe andre mennesker, i forhold til når man sitter hjemme alene. Det blir dermed mer viktig å ta vare på hygiene og stelle seg når en skal til dagsenteret. Dette er også noe som holder en i aktivitet, at en steller seg, dusjer seg. Man får brukt kroppen og bevege seg. Dette fortalte Geir:

Jeg er nå sikker på at jeg barberer meg den dagen jeg skal hit. Og dusje. Det gjør jeg jo flere ganger, men da må jeg. Oppføre meg som folk. (Geir)

## **4.4 Sosialt samvær, relasjoner og støtte**

### **4.4.1 Lite nettverk**

Felles for alle informantene er at de har et begrenset eller lite nettverk. Det fremkommer at mange har en mangel av nære personer i livet sitt. Dette gjelder spesielt mangelen av ektefeller/samboere. Alle informantene med unntak av én var enker og enkemenn. Flere fortalte at tapet av ektefellen var trist og hardt. Først og fremst kan det tenkes at å miste sin ektefelle gjennom et langt samliv vil påvirke den eldre livssituasjon. Man blir plutselig alene og behovet for støtte kan bli viktig. Dette fortalte Johannes:

Men jeg bor alene ja, kona døde. Det var en trist endring. Huff. Jeg har det veldig godt, bortsett fra at jeg ble alene. Det var et hardt slag det. (Johannes)

Å være alene som følge av å miste ektefellen vil det være viktig å ha andre nære personer i livet. Spesielt kan familie og venner være viktig i en slik situasjon. Derimot var det flere av de eldre som hadde en begrenset krets av venner og bekjente. Noen informanter fortalte at de hadde få venner igjen som var i live. Mens andre hadde ingen venner eller bekjente igjen. En av informantene fortalte at hun bare hadde én venninne som fremdeles var i live, slik Ingrid fortalte:

Alle mine venninner er død. Jeg har ei igjen, men hun kommer seg ikke ut. Så det blir telefon da. Også har jeg ikke familie i byen i det hele tatt... Mine venner er borte. I tur og orden. Ja, så skal man prøve. Livet går videre vet du, så man må prøve å gjøre det beste ut av det. Men det er tungt noen ganger også. (Ingrid)

Sitatet fra Ingrid gir innblikk hvordan det er for flere av informantene, de har et lite nettverk som følge av tap av både ektefeller og venner. Samtidig er også familien, som i mange tilfeller kan være de viktigste støttespillere når man har blitt alene, ikke i nærheten. To andre informanter var også i denne situasjonen, der familien bodde langt vekk. Samtidig var det flere av informantene som også hadde familie i nærheten. Av de som hadde familie i nærheten, var det noen som fortalte at familien ofte var på arbeid om dagene og var borte. Det fremstår at selv om familien er i nærheten, betyr det nødvendigvis ikke at de er tilgjengelig.

På grunn av lite nettverk og relasjoner er det flere av informantene som er alene. De bor fremdeles hjemme og de bor alene (med unntak av én). Det å bo alene og i tillegg ha dårlig helse og funksjon som gjør det vanskelig for informantene å komme seg ut på egenhånd, kan gjøre tilværelsen ensom. Mulighetene til å oppleve sosialt samvær ser ut til å være begrenset. Det fremkommer at flere av informantene er ensom. Flere av informantene forteller om dagene alene. Det er ingen å snakke med og det er ingenting som skjer. I spørsmål om hvorfor de begynte på dagsenteret understreket de fleste behovet for å møte andre. Mens andre begrunnet det fordi de var alene. Et bekreftende sitat av Tore kan illustrere dette:

Kommer i lag med flere folk. Det har mye å si. Jeg er hjemme alene, og barna de arbeider. Dem har arbeid og er borte. Så jeg blir alene. Det blir langsomt. (Tore)

## 4.4.2 Sosialt felleskap

Felles for alle informantene var gleden og trivsel de opplevde gjennom det sosiale felleskapet når det var på dagsenteret. Som tidligere nevnt var aktiviteter på dagsenteret noe de satt stor pris på. Det å være med i aktiviteter med andre er også sosialt. Om det er bingo, trim eller turer, så vil det innebære at en er med andre og får oppleve sosialt samvær.

Det var spesielt flere som understreket gleden av å få prate med andre når de var på dagsenteret. Det å gå fra å være alene til å delta i sosialt felleskap virket å være av stor betydning for informantene. Alle fortalte at de opplevde stor trivsel når de var på senteret, slik Ingrid og Sigrid fortalte:

Jeg trives veldig godt. Det er det sosiale, det å se andre mennesker, ikke bare å se dem. Men også å snakke med dem. Og, alle er positive. Bare hyggelige. Det er et opprykk. Du vet, når man sitte alene hele uken da. (Ingrid)

Dem jeg er sammen med når jeg er her går jeg veldig godt sammen med. Så vi har mye å prate om. Får snakke da vet du, får ikke snakke når jeg sitter hjemme hos meg selv. Det er bra. (Sigrid)

Samtidig som majoriteten av informantene understreket at det å komme til dagsenteret ga forandringer i livet, og spesielt sosiale forandringer, var ikke dette likt for alle. En annen informant fortalte at det ikke var så stor forandring å komme til dagsenteret, utenom akkurat den ene dagen han var på senteret:

Nei det.. Det er selvfølgelig den ene dagen, som er forandring. Jeg ser jo frem til at den kommer. Og ektefellen synes også det kan være bra. Ektefellen unner meg å komme meg ut en dag. Men for meg, gjør det ingenting. Om jeg sitter hjemme og ser på tv eller lese avisa, så er det nok for meg. Jeg trenger ikke mer enn det. Det er en avveksling, ja, men ikke så langt en må det. (Magnulf)

Sitat kan forstå slik at Magnulf på den ene siden er på dagsenteret fordi det er en forandring i hverdagen. På den andre siden kan det være at han gjør det for ektefellen. Det kan virke som at det er avlastning for ektefellen at Magnulf en dag i uken er borte. Samtidig er det interessant at Magnulf er den eneste informanten som ikke er enke eller enkemann, da han

påpeker at dagsenteret ikke er noe han absolutt må ha. Det kan tolkes slik at Magnulf kanskje ikke har samme behovet som de andre, når det gjelder å få møte andre, da han har ektefellen hjemme.

Informantene knytter nye relasjoner når de er på dagsenteret og flere understreker at de går godt sammen med de andre brukerne. Det vil trolig være flere ting de har til felles. Først og fremst er flere i samme alder og av samme generasjon, de har levd et langt liv og kan minnes om ting de har opplevd gjennom tiden. En av informantene beskriver seg som en veldig sosial type og det var på grunn av det sosiale han begynte på dagsenteret. Samtidig fortalte han også han ikke var alene eller mangel på relasjoner hjemme:

Du, jeg har jo mange barn som ser om meg. Så jeg er ikke alene. Jeg må være hjemme også. Så trives jeg hjemme, trives veldig godt selv om jeg er alene. (Johannes)

I tillegg til den store familien til Johannes, nevnte han også at han hadde en hund som han måtte se til hjemme. Familien og hunden av Johannes ble også brukt som en grunn for at det ikke var nødvendig med mer enn én dag i uken på dagsenteret. Dette kan forstås i den sammenheng at Johannes har et mer eller mindre stort sosialt nettverk, der barna besøker han og som dermed dekker store deler av Johannes sitt behov for sosialt samvær. Lignende gjelder det også for hunden til Johannes, som han også beskrev som ”mye selskap” å ha. I tillegg fortalte Johannes at han måtte være hjemme slik han hadde mulighet til å lufte hunden. Dette kan tolkes som at Johannes føler en ansvarsoppgave i forhold til hunden sin, som også fører til aktivitet. Hunden må luftes og stelles med, noe som gjør at Johannes har noe å gjøre om dagene og som holder han i aktivitet. Ansvarsoppgaven i forhold til hunden kan også gi en mening i hverdagen til Johannes. Kontakt med hunden kan være med å spre glede og nærkontakt, samtidig som at han har noe å stå opp til om morgenen.

Videre beskriver Johannes seg selv som en sosial type og at han liker å prate med andre. Med dette kan det tolkes som om sosialt samvær med familien ikke alltid er nok. Noe som kanskje kan forklares med at Johannes er på dagsenteret i utgangspunktet. Det kan trolig ligge noe ved det å møte nye og andre mennesker, noen på sin egen alder og i samme situasjon. Det var også praktisk for Jonas at det var andre funksjoner i samme bygg som dagsenteret, da fastlegen hans.

### 4.4.3 Ansatte ved dagsentrene

Det ser også ut til at de ansatte på dagsentrene betyr mye for det sosiale. Alle informantene snakket varmt og positivt om de ansatte. Det virket som dette var personer informantene virkelig så opp til og trivdes å være sammen med. Spesielt var det flere av informantene som påpekte at de ansatte var de rette folkene for jobben. Dette ble argumentert med at de visste hvordan de skulle prate med eldre mennesker, samt hvordan de skulle behandle brukerne ved dagsenteret. Sitatet fra Reidun kan illustrere dette:

Ja, hva skal jeg si. Jeg opplever dem som enestående, snille folk. Som har lært leksen sin altså, virkelig. Vet hvordan de skal behandle oss, og ta imot oss, og snakke med oss. Vet du, jeg har hørt før, når folk kommer på gamle hjem så sitter de der borte i en krok. Kanskje de ikke har snakket på hele dagen. Her kommer de å setter seg ned sammen med oss og snakker med oss. Og det har veldig mye å si, for oss som er eldre, og noen har kanskje aldri noen å snakke med. Jeg snakker ikke om meg selv, det er ikke farlig med meg, men det sitter folk her og er helt ensom. Det er nok mange eldre som er ensom, derfor har det veldig mye å si at de ansatte setter seg ned med dem og snakker med dem. Spør hvordan det står til. (Reidun)

Det fremkommer at de ansatte er viktig for den sosiale delen, samtidig som de også er omsorgspersoner. En av informantene fortalte at de ansatte var flinke til å sette seg inn i den situasjonen man var i. For flere av informantene som er alene kan de ansatte være viktige for støtte og hjelp. Noen de kan prate med når de kanskje opplever å ha det vanskelig. Flere understreket akkurat dette med å hjelpe, de ansatte var der for dem. To av informantene beskrev de ansatte som ”engler”, på grunn av deres snillhet og hjelpsomhet. De ansatte ser også til å bidra til at de eldre føler seg velkommen på dagsenteret:

De sier velkommen og liksom, når de ringer i telefonen. Kanskje det blir litt rotete nå altså. De ringer i telefonen klokken 07.50 og sier ”kommer du Reidun”. Det er så koselig. Da vet jeg at det er noen som tenker på meg... Det er veldig koselig med ”god morgen”, ”du kommer”. Det er noen som venter på meg liksom, det høres slik ut i hvertfall. (Reidun)

Ut i fra sitatet til Reidun er det tydelig at de ansatte spiller en viktig rolle for at eldre skal føle seg velkommen og på ingen måte føler seg som en byrde. Ved at ansatte på dagsenteret ringer brukerne hver dag for å høre om de kommer, virker til å ha positiv innvirkning, der eldre kan føle seg ettertraktet og det er av betydning for miljøet på dagsentret, om de kommer eller ikke - de betyr noe. Dette kan også se ut til å handle om det å bli sett – som tidligere nevnt. Vi ser



at Reidun også fortalte at det var viktig for henne å ikke belaste noen. Det kan tolkes at spesielt når en er eldre, så vil det for mange være viktig å ikke belaste noen. Dette kan være grunnet at man i høy alder ofte er hjelpe- og pleietrengende, og mange føler kanskje at de både belaster familie og helsepersonell mye fra før av. Det ser dermed ut til at dagsentret – for Reidun sin del – er flinke til å få henne til å føle som hun ikke er til noen byrde. Spesielt er dette knyttet til skyss til og fra dagsenteret, der de eldre ikke må be om å bli hentet, men det er en del av tilbudet ved å være på dagsenteret. Dermed kan det kanskje være at behovet for hjelp blir mindre synlig når de eldre selv slipper å spørre om dette.

## **4.5 Livskvalitet**

I dette avsnittet blir informantenes tanker og meninger om livskvalitet belyst. Informantene fikk spørsmålene om hva de la i begrepet ”livskvalitet” og hva som var viktig for deres livskvalitet. Alle informantene hadde en formening om livskvalitet og funnene er varierende. Dette belyser at livskvalitet for denne gruppen av informanter ikke har en felles oppskrift, og livskvalitet handler ikke bare om ett spesifikt tema for alle, men flere forhold.

### **4.5.1 Familie**

På spørsmål om livskvalitet var det fem av informantene som blant annet nevnte familie. For to av informantene var dette knyttet til viktigheten av at familien hadde det bra. Hadde familien det bra, så hadde informantene det bra.

Ragnhild fortalte at det spesielt var viktig for henne at familien var snill og at de kunne hjelpe. Hjelp og trygghet kan med andre ord være av betydning, da det kan være snakk om at Ragnhild kanskje føler seg avhengig av familiens hjelp for at hun selv skal ha det bra. Hun knyttet det til hjelp med å vaske klær, siden vaskemaskinen var nede i kjelleren. Hjelp og trygghet vil nok være viktig i høy alder, når hjelpebehovet samtidig også blir større. For Ragnhild sin del kan det også handle om at hjelpen hun får bidrar til at hun kan bo hjemme lenger.

En annen informant nevnte familie som kunne være med på turer. Dette kan på en side handle om hjelp – at informanten er avhengig av hjelp for å kunne dra på tur. På en annen side kan

det også handle om en type ”erstatningsbehov”, da informanten nevnte at tidligere turkamerater var gått bort. Familien kan i denne grad være viktig for å realisere ønsket om aktivitet, likesom det å gå på tur sammen med andre også er sosialt.

En annen informant var livskvalitet å kunne få være med familien, Lorentz fortalte:

Jeg ser frem til den dagen jeg skal ut på besøk til søsteren min, i forbindelse med at jeg har en bror som bor på sykehjemmet. Han er 97 år ja. Så er vi å besøker han... Der har du livskvalitet, om du kan kalle det det, som er med inne i bildet der. At jeg får være med familien...Jeg besøker broren min, og vi kan sitte sammen der, 4-5 timer å snakke om tid som var før krigen og etter krigen. Vi har mer enn nok å snakke om. (Lorentz)

Det kan tyde på at samvær med familien settes høyt hos Lorentz. Det gir han mulighet til å snakke om gamle dager og det som har vært felles for han og søsknene. Det kan med andre ord se ut til at minner – eller å mimre – er noe som er viktig for Lorentz. Dette kan være med på å skape felleskap, gjennom minner og felles historie. For noen kan det være godt å tenke tilbake på livet som var. Det kan være med å skape gode

#### **4.5.2 Helse**

For Elisabeth, Sigrid og Johannes var helse en viktig faktor i forhold til livskvalitet. Alle tre understreket spesielt at det å få være frisk var veldig viktig. Spesielt var det viktig at en var klar og frisk i hodet, Sigrid fortalte:

Det jeg legger i livskvalitet er at man får være frisk og har hodet i behold. Å være klar i hodet synes jeg er viktigst. Hadde jeg ikke vært klar i hodet så kunne jeg ikke vært hjemme. Fordi da gjør man så mye rart som man ikke ville gjort ellers da vet du. Nei, bank i bordet. For at hodet mitt er klart. (Sigrid)

Ut i fra sitatet kan det forstås at det å fremdeles bo og ha muligheten til å være hjemme er viktig for Sigrid. Det å bli syk kan for mange bety at en havner på sykehjem eller sykehus, og ut i fra hva Sigrid sier tolkes det som at hadde hun ikke vært klar i hodet, hadde hun vært en annen plass enn hjemme. Det å ikke være klar i hodet kan også handle om mer enn at ikke kan få bo hjemme eller må på institusjon. Det kan være snakk om at en ikke lenger henger med i den virkelige verden, der en kan miste forhold til både ektefelle og familie, eller andre viktige

sider i livet som er av verdi. Det kan være en frykt for at verden blir uforståelig og skremmende.

En annen informant, Johannes, la vekt på viktigheten av å både være frisk i hode og kropp. Videre påpekte han at første betingelsen om livskvalitet var å ha det bra, men en måtte også godta situasjonen man er i, han fortalte:

Den andre betingelsen er at du godtar den situasjonen du er i og ikke prøver å forandre på noen ting. Egentlig. Som sagt så har jeg det bra, og jeg håper jeg fortsatt får lov til å ha det. Man må tenke framover også, selv om man blir eldre. Jeg ser ikke så mye tilbake. (Johannes)

Sitatet av Johannes kan forstås slik at det ikke er vits i å se tilbake fordi det er nåtiden som gjelder. Det å tenke realistisk og positivt ser ut til å være viktige elementer Johannes fokuserer på for å kunne opprettholde livets gang og fremtidstro.

### **4.5.3 Selvstendighet og daglige gjøremål**

Noen informanter la vekt på å være selvstendig som viktig i forhold til livskvalitet. Det å kunne klare seg selv og gjennomføre daglige gjøremål, som Ingrid og Sigrid fortalte:

Livskvalitet handler om det å prøve å komme seg opp av senga. Stelle seg og holde seg på beina og trene så mye som en kan. Jeg er veldig redd for å bli sittende i en stol resten av livet. (Ingrid)

Det er viktig at man klarer å komme seg ut hver morgen uten hjelp. Og klarer med dusj. (Sigrid)

På en side tolkes det å være selvstendig i seg selv som viktig, at man klarer seg selv og ikke er avhengig av andre for at dagen skal gå rundt. De fleste har nok et ønske om å være selvstendig så lenge det er mulig, som videre kan være viktig for mestringsfølelsen. På en annen side kan dette også henge sammen med frykten ved å havne på institusjon, grunnet at en ikke klarer å ta vare på seg selv. Spesielt i forhold til Ingrid sitt sitat, der fokuset lå på å ikke bli sittende i en stol resten av livet. Vi ser også ut i fra sitatene at det fokuseres på de basale tingene, som å dusje, komme seg ut av seng og så videre. Det kan se ut til at det er de ”enkreste” tingene som er viktigst, som kanskje kan forklares med at dette er ting som kan være enklest å mestre. Selv om en kanskje trenger hjelp til mye annet, vil det nok være godt og motiverende det å oppnå mestring selv ved den ”minste ting”.

#### **4.5.4 Aktivitet og interesser**

Tre av informantene nevnte aktivitet og interesser når det ble spurt om livskvalitet. I tillegg til å være med familien fortalte Lorentz at det å holde seg aktiv var viktig for han. Han beskrev livskvalitet som det arbeid han klarer å gjennomføre per dag. Det kan tyde på at arbeidet per dag er med å holde Lorentz frisk og oppegående, da han tidligere har nevnt at dette er medisin for han og er viktig slik han ikke faller tilbake som han har sagt. Samtidig virker det som at det å holde seg i aktivitet for Lorentz også er en sterk interesse. Ved å holde seg i aktivitet, som han blant annet har sagt han gjør gjennom å hjelpe andre eldre på dagsenteret, kan det tenkes at å hjelpe andre er en interesse hos Lorentz.

På spørsmålet om livskvalitet fortalte Nyfrid at livskvalitet var å kunne sitte hjemme med håndarbeid. Videre sa hun også at å gå til dagsenteret var livskvalitet. Dette begrunnet hun med at det var veldig godt for henne å komme seg på dagsenteret, siden hun bor alene og er enke.

En annen informant, Geir, handlet livskvalitet om å trives. I tillegg til å ha gode venner og gode naboer, var det å være på konsert noe han understreket. Geir knyttet trivsel med sin interesse for musikk, noe han tidligere hadde vært svært aktiv med da han spilte i band og korps. Det handler altså ikke bare om aktivitet, men om spesielle interesser som man får dyrke og fordype seg i.

#### **4.5.5 Religion**

To informanter nevnte troen på Gud i forhold til livskvalitet. Spesielt virket troen på gud viktig for Ragnhild da hun beskrev dette som en plass hun kunne få hjelp, hun fortalte:

Det er noe. Ja. Hva skal jeg si. At en har det godt med gud. Der får en hjelp. Og jeg har hatt mye motgang jeg også, da jeg mistet mannen min. Så jeg hadde mye jeg måtte ta vare på. Jeg ble alene om ansvaret da. Det er jo alltid godt å ha noen i bakhånd som man vet om, og som man kan gå til. (Ragnhild)

Det kan tyde på at det å vite at det alltid er noen som kan hjelpe, i form av troen på Gud, er viktig for Ragnhild når hun har hatt det vanskelig. Det er noe som jeg tolker hun har fått utbytte av før i tiden og som fremdeles er viktig for henne.

#### **4.5.6 Komme seg ut og være sammen med andre**

For flere av informantene var det viktig at de kunne komme seg ut, både for å oppleve ting og å kunne få være sammen med andre mennesker. I spørsmålet om hva som skulle til for at Tore skulle ha bra livskvalitet svarte han:

Jeg har det bra her (dagsenteret). Prate og ha det artig. Det har mye å si... Må være ute blant folk.  
Det har mye å si. (Tore)

Tore nevnte dagsenteret, noe som vil bety at han får prate med andre og artig, noe som virker å bety mye for han. Det sosiale ser ut til å være viktig for Tore sin livskvalitet.

Reidun nevnte at det var viktig for henne at folk hun traff var hyggelige, men også fred og ro:

Du, jeg er veldig bereist, så det er ikke det at jeg trenger å prate med noen. Jeg kan sitte å tenke tilbake... Tenke på de folkene har møtt gjennom livet. Så det også, det er livskvalitet vet du, at man får slappe av, og ikke synes synd på seg selv. Men må ikke synes synd på seg selv altså. Fordi det har jeg aldri gjort. (Reidun)

Sitatet til Reidun kan forstås slik at fred og ro er viktig for henne. Det å tenke tilbake kan også være en aktivitet - det å mimre. Det kan være at det å tenke tilbake – og spesielt på fine og gode opplevelser man har hatt – kan gi stor glede. Selv om man kanskje ikke er like mye aktiv som før og ikke opplever like mye som før, virker minnene å være av stor verdi for Reidun.



## **Kapittel 5. Drøfting**

Dette kapittelet starter med en oppsummering av studiens hovedfunn. Deretter vil studiens hovedfunn drøftes opp mot tidligere forskning og teori. Gjennom analysen av det empiriske datamaterialet kom jeg fram til flere faktorer som belyser studiens problemstilling. Disse er *helse og funksjon, aktivitet og opplevelser, sosialt samvær, relasjoner og støtte og livskvalitet*. Drøfting i dette kapittelet vil ta utgangspunkt i disse.

### **5.1 Oppsummering av hovedfunn**

I denne studien er alle informantene over 80 år og bor hjemme, der alle med unntak av én bor alene. Hovedfunnene viser at på grunn av dårlig helse og funksjon, samt lite nettverk, har informantene mangel på aktivitet, opplevelser og sosialt samvær. Gjennom å være på dagsenter opplever informantene aktiviteter, nye opplevelser og sosialt samvær med andre brukere og ansatte. Å få være sosial med andre mennesker viser seg å være den viktigste grunnen til at informantene trives på dagsenteret og var også grunnen til at de fleste begynte på dagsenteret. Funnene viser at informantene definerer livskvalitet forskjellig og hva de mener er viktig for deres egen livskvalitet varier mellom familie, helse, selvstendighet og daglige gjøremål, aktivitet og interesser, religion og komme seg ut og få være med andre.

### **5.2 Manglende kjennskap om dagsenter og rekruttering**

Studien til Lund & Engelsrud (2008) viser at holdninger blant eldre, både i forhold til dagsentertilbud og andre eldre, kan bidra til positive og negative tanker om dagsenter. Dette ses på som relevant i forhold til funnene fra denne studien, som viser det er manglende kjennskap blant informantene om hva dagsenter er. Eksempelvis viser funnene at samtlige informanter trodde dagsenter var mer som en type institusjon og ikke et dagaktivitetstilbud. Med en holdning som dette, kan det gi negative tanker om dagsenter, hvis den aktuelle eldre selv ikke mener hun/han passer inn i noen form for institusjon. Videre kan slike negative holdninger om dagsenter begrense deltakelse, når de ikke vet hva det innebærer å være på et dagsenter.

I likhet med studien til Rummelhoff et al. (2012) viser funnene i denne undersøkelsen at blant annet hjemmesykepleien står for rekrutteringen til dagsentrene. Ved siden av hjemmesykepleien, viser det i denne studien at også familie til informantene var en viktig pådriver for rekruttering til dagsenter. Dette viser blant annet at sosiale kontakter og relasjoner kan være avgjørende for om eldre begynner på dagsenter eller ikke, som videre kan være viktig for Eldres livstilfredshet (Bowling, 1990).

### **5.3 Helse og funksjon**

Personer som er 80 år og eldre blir i følge Laslett (1989) kategorisert som personer i ”den fjerde alder”. Dette blir begrunnet med at alderen vil innebære kroppslig svekkelse og ny avhengighet. Videre blir det beskrevet at den fjerde alder er en siste periode av livet, som ofte vil domineres av sykdom, funksjonstap og død (Baltes & Smith, 1999). Sykdom og funksjonstap som står sentralt i den fjerde alder gjelder også for informantene i denne studien. Alle er over 80 år og de kunne fortelle om et liv som inneholder både sykdom og redusert funksjonsevne. Spesielt var redusert funksjonsevne en fellesnevner for informantene. Statistikk fra Statistisk sentralbyrå (Statistisk sentralbyrå, 2012) viser til at funksjonsnedsettelse er mest hyppig blant menn og kvinner over 67 år i forhold til yngre mennesker. Svekket funksjonsevne øker med alderen, og spesielt gjelder dette i forhold til evnen til å bevege seg. Statistisk sentralbyrå viser at blant personer over 80 år har hele 45 prosent nedsatt bevegelsesevne (Otnes, 2011). I denne studien hadde informantene problemer med mobiliteten som følge av dårlig bevegelsesevne. Dårlig syn og hørsel var også hyppig blant deltakerne. Samtidig har de likevel noen ressurser da de fremdeles bor hjemme.

Statistisk sentralbyrå viser til at andelen som er hjelpe- og pleietrengende er størst blant personer over 80 år, samtidig som bruken av omsorgstjenester øker med alderen (Otnes, 2011). Dette samsvarer med resultatene fra studien som viser at informantene er avhengig av andre og har behov for hjelp som følge av dårlig helse og funksjon. Omsorgstjenester som hjemmesykepleie og fysioterapeut benyttet informantene seg av, samtidig som familiemedlemmer var viktig til hjelp av handling av mat og kjøring. Behovet for hjelp som informantene får gjennom omsorgstjenester og familie viser til at de er avhengige av andre for at hverdagen skal gå rundt. Uten hjelp fra familie eller omsorgstjenester, virker det ikke som informantene hadde klart å fått handlet inn mat på egenhånd. Informantenes avhengighet av



andre underbygger videre teorien om den fjerde alder, da det innebærer en ny avhengighet (Laslett, 1989).

En av de viktigste faktorene for Eldres livskvalitet rapporteres ofte til å være helse (Hjort-Sørensen et al., 1989). Studier har vist at personer i den fjerde alder er en sårbar gruppe da disse kan være i risiko for lav livskvalitet (Becker et al., 1997; Kendig et al., 2000). Dette knyttes blant annet til normaliteten ved å ha smerter i høy alder og blir desto vanligere jo eldre man blir (Helme & Gibson, 2001; Brattberg et al., 1996). Resultatene i denne studien viser til at flere av informantene hadde smerter og plager. Når det gjelder eldre personer over 80 år, viser tidligere forskning at de med smerter har lavere livskvalitet enn de uten (Willman et al., 2013; Jakobsson et al., 2004). Det å ha smerter har også blitt rapportert til å ha stor betydning for dagliglivet hos eldre, som blant annet bidrar til redusert kontroll over eget liv (Willman et al., 2013). Det kan tenkes at informantene opplever redusert kontroll over eget liv, da de har hjelpebehov og er avhengig av andre. Informantene forteller at de setter pris på hjelpen de får og uttrykker spesielt sin takknemlighet overfor familiens bistand til hjelp. Det virker derfor som informantene på en side aksepterer at deres livssituasjon er slik, der helse og funksjonen ikke er optimal og derfor har behov for hjelp og er avhengig, samtidig som det begrenser mulighet til aktivitet og deltakelse (se kapittel 5.3.1). Dette kan henge sammen med noe som kalles for et "tilfredhetsparadoks", der Eldres fornøydhet ikke henger sammen med de svekkelser og tap som aldring vanligvis innebærer (Kunzmann et al., 2000). Forskere har påpekt at Eldres tilfredshet ikke nødvendigvis skyldes at de har det bra, men på grunn av lave forventninger (Hansen & Slagvold, 2009). Samtidig pekes det også på at eldre kan sammenligne seg med folk som har det verre, og på grunnlag av det overdriver sin egen tilfredshet (Slagvold, 1985).

Bøen et al. (2010) sin tidligere kartleggingsundersøkelse om hvem som benytter seg av dagaktivitetstilbud, viser til at det er sammenheng mellom dagaktivitetstilbud og helse. Eldre med funksjonstap og benskjørhet er hyppige brukere, samtidig som at brukere av tilbudet kjennetegnes ved å ha en del hjelpebehov (ibid). Dette samsvarer med informantene i denne studien, når det gjelder funksjonstap. Videre kunne kartleggingsundersøkelsen til Bøen et al. (2010) fortelle noe om eldre som ikke benyttet seg av dagaktivitetstilbud. Denne gruppen var delt i to: der de enten hadde en tilværelse som dekket og fylte egne behov, var selvhjulpne og aktive, eller de levde mer isolert, hadde dårligere helse og større behov for hjelp.

## **5.4 Aktivitet og opplevelser**

I dette avsnittet vil studiens funn om aktivitet og opplevelser bli drøftet opp mot tidligere forskning og teori. Første del av avsnittet vil omhandle aktivitet og opplevelser knyttet til informantenes hverdagsliv. Siste del vil ta for seg aktivitet og opplevelser knyttet til dagsenteret.

### **5.4.1 Mangel på aktivitet**

Tidligere forskning viser at svekket funksjonsevne kan begrense Eldres evner til å gjennomføre aktiviteter (Johnson-Taylor et al., 1995; Foreman & Kleinpell, 1990). Samtidig kan det videre føre til avhengighet av andre og ting som egeninteresser og ønsker kan bli borte og kan dermed reduserer livskvaliteten (ibid). Dette samsvarer med resultatene i denne studien, hvor informantenes dårlige helse og funksjonsevne, begrenser deres muligheter til aktivitet og deltakelse i hverdagslivet. Det blir påpekt at mobilitet er en viktig faktor for livskvalitet (Jakobsson et al., 2004) og dette ser også ut til å være sentralt for hvorfor informantene ikke opplever mye aktivitet i hverdagen. Resultatene viser vanskeligheter med å komme seg ut på egenhånd, samt mesteparten av tiden til informantene tilbringes i hjemmet. Se på fjernsyn og finne småting å gjøre i huset blir nevnt av informantene som aktiviteter å gjøre hjemme slik de kan holde seg opptatt med noe og få dagen til å gå. Til tross for at det å se på tv eller å finne på ting å gjøre i huset, er aktiviteter i seg selv, er det på en annen side aktiviteter som kanskje ikke gir mye glede, mening og skaper nye opplevelser.

Tiden informantene tilbringer i hjemmet gir ikke mye rom for nye opplevelser og aktivitet, men det å bo i eget hjem i høy alder kan innebære flere viktige sider. Tidligere forskning viser til at det å bo i eget hjem, så vel som bomiljø, er viktige faktorer for Eldres livskvalitet (Ojala, 1989; Hjort-Sørensen et al., 1989; Daatland, 1988). Dette forbindes blant annet med at hjemmet representerer integritet og trygghetsfølelse (Daatland, 1988). Det er trolig av betydning at en fremdeles kan bo hjemme når en er 80 år og eldre, og til tross for hjelpebehov og avhengighet av andre, er informantene i denne studien selvstendige nok til å kunne bo i eget hjem. Videre er det heller ikke merkverdig at hjemmet representerer trygghetsfølelse som Daatland (1988) sier, da hjemmet kan oppleves som tilhørighet, hjemmefølelse og et sted man er lommekjent. Spesielt kan det å være i sitt eget hjem føles som trygt når omgivelsene ute

kan føles som utrygt. Slik det kommer frem i denne studien, viser resultatene til at informantene opplever vanskeligheter med å komme seg ut på egenhånd og spesielt det å ferdes ute når det er vinter på grunn av is og snø. På en side vil det å være inne i hjemmet bety trygghet for informantene, som Daatland (1988) hevder, da de kan unngå eventuelle fall på is og snø om de ferdes ute. På en annen side kan det å være inne i hjemmet samtidig være negativt i forhold til at informantene blir isolert fra omverden. Til tross for at det kan være positivt å holde seg inne når omgivelsene ute skaper utfordringer, vil det også bety en mer begrenset mulighet for aktivitet og opplevelser for informantene. Det kan dermed tenkes at de heller vil velge å være hjemme der de kan oppleve mestring i form av å være uavhengige.

Ressursperspektivet om aldring handler om tap av ressurser (Daatland & Solem, 2011) og dette perspektivet kan bli sett opp mot det overnevnte når det gjelder informantenes mangel på aktivitet og opplevelser. Perspektivet fokuserer på at hva som er en god tilpasningsstrategi er avhengig av ressurser hos individet og miljøets påvirkelighet. Kjernen blir dermed de mulighetene en har til påvirkning, som gis gjennom tilgang til individuelle, sosiale og materielle ressurser (ibid). I denne sammenheng blir det sentralt å se på de individuelle og materielle ressursene som kan forklare hvorfor informantene opplever lite aktivitet og opplevelser. I følge Daatland & Solem (2011) er eksempler på individuelle ressurser: helse, fysisk styrke, sanser, reaksjonstid, kunnskaper, selvbilde, personlighet og så videre. Mens eksempler på materielle ressurser er bolig, økonomi, trafikkforhold, klima, tekniske hjelpemidler og produksjonsutstyr (ibid). Individuelle ressurser som helse og fysisk styrke er i dette tilfellet svekket hos informantene, noe som gjør det vanskelig med en god tilpasningsstrategi i forhold til at det begrenser deres mulighet til aktivitet og opplevelser. Videre påpekes det i ressursperspektivet, at en god tilpasningsstrategi ikke bare er avhengig av individets ressurser, men også andre ressurser og miljøets påvirkelighet (ibid). Det blir her relevant å trekke inn de materielle ressursene som klima, i forhold til funnene i denne studien angående vintertid og isolering. Informantenes mulighet til å påvirke deres mulighet for aktivitet og opplevelser, hvor de får gjennom tilgang til blant annet individuelle og materielle ressurser, blir i denne sammenheng svekket.

## 5.4.2 Aktiviteter og opplevelser ved dagsentrene

Mulighet for aktivitet i eldre år har blitt understreket som svært viktig i forhold til Verdens helseorganisasjons visjon om at aldring skal være en positiv opplevelse, der lengre levetid må inneholde muligheter for deltakelse, helse og trygghet (Verdens helseorganisasjon, 2002). Resultatene viser til at informantene blir kjørt til og fra dagsenteret, som er en del av tilbudet når de er brukere av dagsentrene. Dette viser først og fremst at mulighet for deltakelse er en viktig forutsetning og trolig ville det ikke vært like enkelt for informantene om de selv hadde hatt ansvaret for å komme seg til og fra dagsentret på egenhånd, da de har hjelpebehov og nedsatt funksjonsevne. Det ser ut til at dagsentrenes ordning med skyss til informantene skaper en større mulighet for deltakelse i forhold til en måtte komme seg til dagsenteret på egenhånd. Det vil også gjøre at nedsatt funksjonsevne ikke vil ha noen betydning i forhold til det å komme seg til og fra dagsenteret. Med andre ord vil dette handle om tilrettelegging, noe som er sentralt i forhold til å kunne inkludere alle eldre som vil benytte seg av dagaktivitetstilbud.

I følge helse- og omsorgsdepartementet (2015) er målet med et dagsenter å gi hjemmeboende eldre meningsfulle hverdager med gode opplevelser, aktivitet og stimuli. Tidligere forskning viser til at engasjement i meningsfulle aktiviteter er viktig for å oppnå en suksessfull alderdom (Silverstein & Parker, 2002), der større engasjement i aktiviteter blant annet er forbundet med redusert dødelighet (Kaplan et al., 1996; Steinbach, 1991), redusert risiko for kognitiv svekkelse (Wang et al., 2002) og forbedring av fysisk helse (Seeman et al, 1995).

Foruten at aktiviteter er bra for helsen, viser det også at deltakelse i aktiviteter har betydning for livskvaliteten. Flere studier viser til at engasjement og deltakelse i aktiviteter gir høyere tilfredshet med livet (Menec & Chipperfield, 1997; Kelly et al., 1986; Palmore, 1979). Studien til Silverstein & Parker (2002) undersøkte om endringer i fritidsaktiviteter påvirket Eldres vurdering av egen livskvalitet gjennom en tiårs-periode. Funnene konkluderte med at deltakerne som økte sin deltakelse i flere aktiviteter gjennom denne perioden fikk en forbedring av deres livsforhold. Resultatene i denne studien viser en variasjon på hvor lenge informantene har vært deltakere, som strekker seg fra et halvt år til ti år. Men i forhold til før informantene begynte på dagsenteret, eller når de ikke er på dagsenteret, beskriver de en hverdag med lite aktivitet. Derimot opplever informantene noe annet når de er på dagsenteret, hvor de har mulighet til å delta på ulike aktiviteter og å være aktiv. Silverstein & Parker

(2002) sin studie viser at aktiviteter som de eldre deltok på blant annet var kulturinnslag som konserter, engasjement i hobbyer som strikking og bingo, samt utendørs-aktiviteter. Dette samsvarer med funnene i denne studien, hvor informantene forteller om deltakelse på aktiviteter som konserter, musikk og dans, samt utflukter, turer og bingo. I tillegg til disse aktivitetene, viser funnene også at informantene deltok på aktiviteter som trim, måltider og høytlesning av avis. Ut i fra aktivitetene informantene forteller de opplever ved dagsentrene, viser det først og fremst en variasjon av ulike aktiviteter. For det andre gir dette mulighet til å delta på flere aktiviteter, som i følge Silverstein & Parker (2002) gir forbedring i livsforhold.

En annen viktig side ved funnene til Silverstein & Parker (2002) er at de kunne vise at blant de eldre som deltok i flere aktiviteter, var det størst betydning og ga mest effekt, hos de som hadde funksjonelle svekkelser. Med tanke på at informantene i denne studien har funksjonsnedsettelse, samsvarer dette med Silverstein & Parker (2002) da informantenes trivsel på dagsenteret blant annet var knyttet til aktiviteter de fikk delta på og oppleve. Dagaktivitetstilbudet informantene benytter seg av gjennom dagsentrene balanserer med termen "aktiv aldring" som i følge Verdens helseorganisasjon (2002) har til mål å forlenge levealder med god helse og livskvalitet, og ikke minst skal dette målet gjelde de som både er skrøpelige, har nedsatt funksjonsevne og er pleietrengende.

Resultatet i denne studien viser dermed til at dagsenteret gir informantene mulighet for deltakelse i ulike aktiviteter, som tidligere forskning viser til er positivt for helse og livskvalitet (Seeman et al, 1995; Kaplan et al., 1996; Steinbach, 1991; Wang et al., 2002; Silverstein & Parker, 2002). Med dette vil det være gunstig å være i aktivitet eller å bedrive aktiviteter regelmessig. Hvor ofte informantene er på dagsenteret vil dermed avgjøre hvor lite eller mye de deltar på aktiviteter. Et interessant funn i denne studien er blant annet at informantene får motivasjon til å være aktiv etter de har vært på dagsenteret. Gjennom å være på dagsentrene forteller flere av informantene om positive opplevelser angående oppturer og det å bli mer opplagt. Dette viser at dagsentrene ikke bare øker deltakelse i aktivitet når informantene er der, men også utenom, som kan være gunstig for de eldre som kanskje bare har 1-2 faste dager på dagsenteret i uken. For informantene i denne studien kan denne motivasjonen for å gjøre aktiviteter i etterkant av dagsenteret bidra til at dagen de tilbringer hjemme ikke blir like lang eller kjedelig når de er i aktivitet.

Aktiviteter og opplevelser informantene forteller om fra dagsenteret kan bli sett opp mot aktivitetsperspektivet om aldring. Tankegangen bak dette perspektivet er at det må legges til rette for muligheter for aktivitet i eldre år (Daatland & Solem, 2011). Likt som Silverstein & Parker (2002) sitt fokus, legger dette perspektivet til grunn for at nøkkelen til det gode liv i eldre år skal være engasjement og aktivitet (Havighurst et al., 1968; Lemon et al., 1972). Spesielt vil jeg trekke frem ”legge til rette for muligheter for aktivitet” som sies i dette perspektivet. Det å legge til rette for aktivitet for eldre må først bety at en har et tilbud, noe som dagsenter i denne sammenheng gjør. Videre vil dette bety at uansett hvor gammel, dårlig helse eller funksjon en har, skal en likevel ha mulighet til aktivitet og deltakelse. Som tidligere nevnt blir informantene hentet og kjørt til og fra dagsenteret, noe som gjør det enklere for dem å komme seg til det aktuelle dagaktivitetstilbudet. En annen sak er aktivitetene som foregår på dagsenteret og hvorvidt de er tilrettelagt for informantene. Tar en utgangspunkt i aktiviteten høytlesning av avis er dette et godt eksempel. Utenom at dette var en aktivitet informantene likte veldig godt, både på grunn av deltakelse og muligheten for å kunne diskutere temaene som ble opplest i plenum, la denne aktiviteten til rette for at de som har dårlig syn og har problemer med å lese kunne delta. Med dette blir ikke dårlig syn noe hinder i denne aktiviteten fordi høytlesning legger til rette for muligheten til å høre og være aktiv. I det samme legger ikke aktiviteten til rette for personer som for eksempel har dårlig hørsel, noe som kan være vanlig når en blir eldre.

Samtidig som aktiviteten høytlesning av avis samsvarer med aktivitetsperspektivet når det gjelder å engasjere og aktivisere eldre (Havighurst et al., 1968; Lemon et al., 1972), kan det også ses opp mot ressursperspektivet (Daatland & Solem, 2011). Med tanke på informantenes manglende ressurser i form av dårlig syn, vil omgivelsenes ressurser og miljøets påvirkelighet være av betydning i forhold til om informantene blir passive eller aktive. Med andre ord, så hadde ikke informantene som har dårlig syn hatt mulighet til å fått med seg avisens innhold og diskutere det i etterkant, om de måtte ha lest avisen på egenhånd. Dette viser at tilføring av ressurser for eldre som har manglende ressurser er veldig viktig. Dette underbygges av Solem (1972) som viser til at tilføring av ressurser avgjørende for om eldre mennesker er aktive. Personer med lite tilgang til ressurser blir passive, og samfunn som gir lite tilgang til ressurser fremmer passivitet, maktløshet og fremmedgjøring (ibid).

Studien til Lund & Engelsrud (2008) viser til at dagaktivitetstilbud gjennom eldresenter er til hjelp for eldre å ”blomstre”. De viser til at å ”blomstre” er når de eldre får involvere seg i samfunnet og delta i dagligstrukturerte aktiviteter. Gjennom denne involveringen fant de ut at

det fremmet følelsen av samhørighet og det å være til nytte (ibid). Ser man på funnene i denne studien får informantene mulighet til å involvere seg i samfunnet når de skal på dagsenteret. Dette gjelder først og fremst at informantene kommer seg ut av hjemmet og ut i samfunnet, da til dagsentrene. Videre involverer informantene seg i ulike aktiviteter ved dagsentrene, deriblant er måltidene strukturerte da de blir servert hver dag og til fast tidspunkt. Trim var også en aktivitet som var fast og som ble satt pris på. Dette er noe som gir struktur til dagen og informantene får på denne måten noe å forholde seg til. Lund & Engelsrud (2008) snakker om følelsene av samhørighet og være til nytte. Lignende kan vi se i denne studien, der resultatene viser at informanter som hjelper andre brukere med hjelpebehov bidrar til å skape slike følelser. Dette skapte følelsen av å være til nytte, da en hjelper andre som trenger det og i tillegg hjelper de ansatte. For en av informantene var spesielt det å kunne få hjelpe andre et viktig element når han var på dagsenteret. Det å fremdeles kunne hjelpe andre og være til nytte, når en selv er gammel, kan tenkes å være viktig i forhold til selvfølelse.

## **5.5 Sosialt samvær, relasjoner og støtte**

I dette avsnittet vil studiens funn om sosialt samvær, relasjoner og støtte bli drøftet opp mot tidligere forskning og teori. Første del av avsnittet vil omhandle det sosiale, delvis nettverk og relasjoner knyttet til informantenes hverdagsliv. Siste del vil ta for seg sosialt samvær, relasjoner og støtte knyttet til dagsenteret.

### **5.5.1 Mangel på sosiale relasjoner**

Tidligere forskning viser at eldre opplever ensomhet og spesielt er det en større risiko for å oppleve ensomhet jo eldre man blir. Levekårsundersøkelsen fra 2008 (Normann, 2011) som blant annet tok for seg ensomhet i ulike aldersgrupper, kunne vise til at ensomhet hadde lite variasjon med alder, bortsett fra de eldste over 80 år. Resultatene viste at 30 prosent av mennene og 50 prosent av kvinnene rapporterte ensomhet de siste fjorten dagene (ibid). Lignende funn finner vi i Nord-Trønderlagsundersøkelsen som rapporterte at ensomhet økte blant de over 70 år og spesielt en sterk økning hos de eldre over 85 år (Næss, 1991). Disse funnene samsvarer med resultatene i denne studien, som viser til at flere av informantene er ensomme og tilbringer mye av tiden og dagene sine alene.

Hvorfor eldre, og spesielt de eldre som er over 80 år, i større grad opplever ensomhet enn yngre har blitt påpekt å være avhengig av livssituasjonen og ikke alder. Med utgangspunkt i Nord-Trønderlagsundersøkelsen og den Norske studien av livsløp, aldring og generasjon, kunne resultatene fra studiene vise at ensomhet var forbundet med de som bor alene og har mistet ektefellen (Næss, 1991) og sivilstand (Thorsen & Bleikesaune, 2006). Analysene til den Norske studien av livsløp, aldring og generasjon bekreftet at de som var gift og har samboer var minst ensom, mens enker og enkemenn var mest ensom (ibid). Samme tendenser ser vi fra resultatene i denne studien, der informantene både bor alene og har mistet sine ektefeller, og vil i denne sammenheng ha sterke kilder til ensomhet. Annen forskning viser også at ensomhet kan være knyttet til andre faktorer enn tap av ektefelle og å bo alene. Eksempelvis har helsesvikt, sykdom og tap av nære relasjoner også blitt bevist til å være knyttet til ensomhet (Savikko et al., 2005; McInnis & White, 2001). Dette kan også bli sett opp mot resultatene i denne studien, som tidligere nevnt er informantenes dårlige helse og funksjonsevne, som begrenser deres mulighet til å komme seg ut og delta i aktiviteter. Det er ikke uventet at ensomhet kan oppstå hos informantene når de har flere kilder som kan bidra til dette.

Sett opp mot livskvalitet kan det tenkes at både ensomhet, tap av ektefelle og det å være alene vil ha sin påvirkning. Flere undersøkelser viser at både sivilstatus og tap av partner/ektefelle har betydning for livstilfredsheten, og som videre kan føre til lavere nivå av livstilfredshet over tid (Enkvist et al., 2012; Berg et al., 2009). Sett opp mot funnene i denne studien var det flere informanter som opplevde tap av ektefelle som tungt og vanskelig. I følge Engedal (2008) kan slike tapsopplevelser være årsak til depresjon hos eldre, hvor Lapid et al. (2011) sier at depressive symptomer kan i stor grad påvirke livet og spesielt hos de eldste eldre som ofte har flere funksjonshemninger samtidig.

Tapsopplevelser som å miste ektefelle og helse kan føre til andre tap. Tidligere forskning viser at alderdom, sykdom og dårlig funksjonsevne påvirker Eldres sosiale situasjon (Pinto & Neri, 2013; Johnson-Taylor et al., 1995). Alderdom og sykdom har også blitt rapportert til å påvirke kvaliteten på sosiale relasjoner og roller (Johnson-Taylor et al., 1995). Spesielt er sosiale relasjoner som ektefelle og samboers betydning noe av det mest veldokumenterte, hvor dette spesielt gjelder for menn da de viser seg å være mest avhengig av ektefellens omsorg (Ojala, 1989; Dale et al., 2001). Funnene fra denne studien blir i samsvar med



tidligere forskning, hvor tap av ektefelle er en av faktorene for informantenes mangel på sosialt samvær og relasjoner. I tillegg har informantene mangel på andre nære og viktige relasjoner som venner og bekjente. Det kan tenkes at mangel på både ektefeller, venner og til tider familie kan gi stor utfordringer for informantene når det gjelder sosialt samvær, når de ikke har noen andre. Forskning viser også at personer over 80 år ofte er dårligere sosialt stilt enn yngre eldre (Pinto & Neri, 2013; Paul et al., 2007), noe som også er tilfellet for informantene i denne studien i forhold til deres alder. Det å ikke ha like stor mulighet til sosial omgang med andre kan være negativt. Ser vi på undersøkelsen til Paul et al. (2007) konkluderte deres funn med at livskvaliteten hos personer over 80 år var negativt assosiert med begrensninger i sosial deltakelse.

Aldringsperspektivet om tilbaketrekking bygger på en gjensidig tilbaketrekkingssprosess mellom den eldre og samfunnet. I dette perspektivet hevder de at den eldre trekker seg tilbake fra sosiale roller og relasjoner, samtidig som samfunnet løsner sine bånd til individet som både forsterker og stimulerer individets tilbaketrekking (Daatland & Solem, 2011). Man kan stille spørsmålet om dette samsvarer med funnene i denne studien, når det angår informantenes mangel på sosialt samvær og relasjoner. På den ene siden er det flere grunner til at informantene ikke opplever mye av sosialt samvær og har et begrenset nettverk i hverdagslivet. Videre er dårlig helse og funksjon heller ikke noe informantene kan råde over. Det blir med dette veldig ugunstig å si at det er informantene som trekker seg tilbake. På den andre siden er det mer relevant angående samfunnet som løsner sine bånd til individet. Samfunnets oppgave til å ta vare på og inkludere eldre blir veldig viktig i forhold til å forebygge ensomhet og øke deltakelse i aktiviteter. Dersom samfunnet forsterker og stimulerer individets tilbaketrekking, gjennom å for eksempel ikke legge til rette for at informantene kan ferdes ute til tross for vinterstid, er det ikke rart eldre blir stengt inne og er alene. En mer passende forklaring på hvorfor informantene har mangel på sosialt samvær og relasjoner vil være aktivitetsperspektivet. Som motpolen til tilbaketrekkingsspektivet, vil aktivitetsperspektivet heller mene at det er samfunnet som utstøter de eldre og ikke de eldre selv som trekker seg tilbake (ibid).

Informantenes mangel på sosialt samvær og deres hverdager som inneholder å være alene og ensomhet kan også bli sett opp mot ressursperspektivet om aldring. Som sagt ses aldring som et tap av ressurser i dette perspektivet (Daatland & Solem, 2011). Informantenes tap av sosiale ressurser kommer tydelig frem i denne sammenheng, hvor den sosiale ressursen

nettverk er svekket i form av tap av ektefeller, venner og begrenset tid med familie. Dette har ført til at nettverket til informantene har blitt svekket og mindre, noe som gjør mulighetene for sosialt samvær enda mer begrenset. Hvordan de eldre kan finne en god tilpasningsstrategi – i dette tilfellet oppleve mer sosialt samvær – er i følge ressursperspektivet avhengig av ressurser hos individet og miljøets påvirkelighet (ibid). Som nevnt er både de sosiale og individuelle (nettverk og helse) ressursene svekket hos informantene, og det blir dermed veldig viktig hvordan miljøets påvirkelighet kan kompensere for de tapte ressursene i forhold til å finne en god tilpasningsstrategi.

### **5.5.2 Sosialt samvær, relasjoner og støtte ved dagsentrene**

Formålet med dagsenter er blant annet å gi eldre en meningsfull hverdag på dagtid i miljøer som har fokus på sosialt samvær, trygghet og opplevelse av mestring (Westerberg, 2009). Flere studier har vist at dagaktivitetstilbud kan ha stor betydning for det sosiale livet hos eldre (Bøen et al., 2012; Rummelhoff et al., 2012). Først og fremst viser funnene i denne studien informantenes behov og ønske om å få være mer sosial og mulighet til å møte andre mennesker. Hovedgrunnen til at informantene begynte på dagsentrene var nettopp å få mulighet til å se og møte andre mennesker, og ikke være alene. Det er ingen tvil om at deltakelse på dagsentrene har betydning for informantenes sosiale liv. Felles for alle informantene var opplevelse av glede og trivsel gjennom det sosiale felleskapet på dagsentrene. Dette samsvarer med funnene fra undersøkelsen til Rummelhoff et al. (2012) hvor de fant ut at det sosiale felleskapet var et svært viktig element i forhold til de som benyttet seg av dagaktivitetstilbud.

Forskning har vist at både antall sosiale kontakter, sosialt nettverk, samt kvaliteten på sosiale nettverk, er av stor betydning for Eldres livskvalitet (Bowling, 1990; Pinquart & Sorensen, 2001; Berg et al., 2006). I forhold til informantene i denne studien som har et begrenset nettverk og relasjoner, viser funnene til at deltakelse på dagsentrene gir mulighet til å skape et større nettverk for informantene, samt økning i sosiale kontakter. Informantene knytter nye relasjoner når de er på dagsenteret, og mange fortalte at de gikk godt sammen med de andre brukerne. I tillegg til andre brukere ved sentrene, er også de ansatte viktige for den sosiale biten, der informantene uttrykker intet annet enn beundring og takknemlighet for de ansatte.

Sosial støtte kommer frem som viktig gjennom dagaktivitetstilbud. Trekker vi frem studien til Bøen et al. (2012) viser den eldre som benytter seg av dagaktivitetstilbud får økt følelse av sosial støtte, og ikke minst livstilfredshet. Mens Fullbright (2010) sin studie kunne vise til betydningen av sosial støtte en får gjennom venner på eldresenter. Sett opp mot resultatene i denne studien viser det at informantene opplever sosial støtte når de er på dagsentrene. I Fullbright (2010) sin studie var dette gjennom venner, mens i denne studien peker funnene på ansatte ved dagsentrene. De ansatte kommer frem som viktig i forhold til støtte, hjelp og omsorg for informantene. Som på noen måter kanskje kompensere for informantenes mangel på nære relasjoner.

Sett i forhold til ressursperspektivet, bidrar dagsentrene til å hemme passivitet blant informantene, i form av et inkluderende, støttende og sosialt felleskap. Sånn sett, vil tapet av de sosiale ressursene hos informantene ikke merkes like godt når de er på dagsentrene, på grunn av tilgangen og muligheten til å være sosial og del av et sosialt nettverk/felleskap.

## **5.6 Livskvalitet**

I dette avsnittet vil studiens funn om livskvalitet bli drøftet opp mot ulike teorier og definisjoner av begrepet livskvalitet. Første del av avsnittet vil ta for seg informantenes tanker om livskvalitet. Andre del vil ta for seg livskvalitet i forhold til dagsentrene.

### **5.6.1 Informantene og livskvalitet**

Definisjoner av livskvalitet er flertallige og slik som Liu (1976, s. 10) sier det: ”det finnes like mange livskvalitetsdefinisjoner som det finnes mennesker”. I forhold til at alle individer er forskjellige og unike, kan Liu sitt sitat på sett og vis være en passende beskrivelse på livskvalitet. Sett i lys av funnene i denne studien viser det en variasjon av hva som er viktig for informantenes livskvalitet. Samtidig som informantene nevner ulike faktorer som er viktig for deres livskvalitet, er flere av faktorene også felles for flere av informantene. Dette viser at det kan være enkelte fellesnevner for livskvalitet for informantene i denne studien, samtidig som det viser en variasjon.

I følge Farquhar (1994) kan definisjoner av livskvalitetsbegrepet deles inn i ekspert og ikke-ekspert definisjoner. Mens en ekspert definisjon er gjort av en ekspert innen et fagområde, vil ikke-ekspert definisjon være gjort av en vanlig person som ikke har et yrke eller er ekspert innen fagområdet (ibid). Funnene i denne studien viser informantenes egne tolkninger omkring hva som er viktig for deres livskvalitet. Med informantenes egne meninger og tanker om livskvalitet, vil dette havne under perspektivet om ikke-ekspert definisjoner.

Det er forskjellige retninger innenfor livskvalitet og definisjoner av begrepet. Vi har tidligere sett at begrepet kan omhandle objektive eller subjektive dimensjoner, og begge deler. Definisjonene til Ringen (1995), Vittersø (1998) og Spilker (1990) referer til både objektive og subjektive aspekter ved livskvalitet, der Ringen (1995) kun fokuserer på det objektive. Dette er faktorer som fysisk status og evner, sosial samhandling, økonomisk status, helse, sosial velferd, frihet og personlige ressurser (Vittersø, 1998; Spilker, 1990; Ringen, 1995). Sett opp mot funnene i denne studien, viser det at informantene understreker betydningen av objektive aspekter når det gjelder hva som er viktig for deres livskvalitet. Flere av faktorene som blir nevnt som viktig for informantenes livskvalitet er blant annet helse, som i følge Vittersø (1998) går under både et subjektivt og objektivt aspekt. Nært bundet til helse vil også være en av Spilker (1990) sine objektive forhold - fysisk status og evner. Både helse, fysisk status og evner vil være sentralt for flere av faktorene informantene forteller som viktig for deres livskvalitet. Det å ha helsa i behold og være frisk i hodet, selvstendighet og kunne utføre daglige gjøremål, samt aktiviteter og interesser, vil være avhengig av objektive forhold som helse, fysisk status og evner.

Ser vi på Ringen (1995) sitt perspektiv om livskvalitet, der valgfrihet står sentralt, er både personlige ressurser og muligheter i arena viktige elementer. Spesielt kan det her trekkes frem personlige ressurser som Ringen beskriver som ting som kan bli brukt til å tilegne seg ting av verdi. Her blir ressurser som fysisk styrke og utholdenhet nevnt, noe som også kan knyttes til funnene angående selvstendighet og gjøremål, aktiviteter og interesser. Uten personlige ressurser som fysisk styrke og eventuelt utholdenhet, kan det bli vanskelig for informantene å være selvstendig og gjennomføre daglige gjøremål, noe som i denne forstand er av verdi for informantene da dette er viktig for deres livskvalitet. Dette kan samtidig også trekkes mot frihet, som går under Vittersø (1998) sine objektive aspekter. Informantenes selvstendighet og evne til å kunne gjennomføre daglige gjøremål vil være viktig i forhold til å føle seg fri eller det å ha friheten til å kunne gjøre det en ønsker. Det kan tenkes at uten selvstendighet og

evnen til å kunne gjøre de daglige gjøremål, vil en bli enda mer avhengig av andre og et større hjelpe- eller pleiebehov skapes, som kan svekke følelsen av frihet.

Under objektive aspekter i Vittersø (1998) og Spilker (1990) sine definisjoner av livskvalitet, finner vi også det sosiale elementet: sosial velferd og sosial samhandling. Det kan også her relateres til de objektive dimensjonene, hvor funnene viser til at det å få komme seg ut og det å få være sammen med andre mennesker ble nevnt som viktig for informantenes livskvalitet.

Flere av faktorene informantene nevner som viktig for deres livskvalitet har vi sett omhandler flere av de objektive dimensjonene av livskvalitet. Samtidig som disse faktorene omhandler det objektive aspektet, om en går ut i fra definisjonene til Spilker (1990) Vittersø (1998) og Ringen (1995), vil det i følge Næss (2001) handle om årsaksforhold eller indikatorer på livskvalitet. Både for å måle livskvalitet og oppnå høy livskvalitet, er aktivitet, sosiale relasjoner, selvbilde og grunnstemning viktige kategorier i følge Siri Næss (2001). Kategoriene aktivitet og sosiale relasjoner samsvarer med funnene fra denne studien, der aktivitet og interesser, samt komme seg ut og være sammen med andre var viktig for informantens livskvalitet. Funnene som viser til selvstendighet og daglige gjøremål kan til dels havne under Næss (2001) sin kategori selvbilde, da selvstendighet og evne til å utføre de dagligdagse gjøremål i stor grad kan handle om det å mestre.

I følge Næss (2001) er den fjerde kategorien, og den som står hennes definisjon av livskvalitet nærmest, grunnstemning. Næss (2001) sier at jo mer intenst en person opplever å være aktiv, har samhørighet med andre, har selvfølelse og har en grunnstemning av glede eller lykke, jo bedre livskvalitet har personen. Hittil har vi sett at informantenes svar på hva som er viktig for deres livskvalitet, kan knyttes til objektive dimensjoner. Samtidig kan vi på en annen side tolke at informantenes subjektive opplevelser av livskvalitet ivaretas av de objektive målene, som helse, fysisk status, frihet og sosiale element. Informantene knytter positive følelser og opplevelser fordi de nettopp har den mentale helsa i behold, får være aktiv eller få være sammen med andre mennesker.

## **5.6.2 Dagsentrene og livskvalitet**

Med utgangspunkt i Ringen (1995) sin tilnærming av livskvalitet baserer han en persons velvære som etablert av de objektive forhold en lever under, og ikke hvor tilfreds eller

lykkelig en person er. Det er de forhold mennesker lever under som er av interesse, og ikke deres nivå av velvære, da han mener det ikke er en universell oppskrift på det gode liv.

Sentralt i Ringen (1995) sin tilnærming er elementet valgfrihet, hvor fokuset ligger på hvilken evne folk har til å ta de valgene de vil, samt hvordan folk kan leve og ikke hvordan de lever. Sett opp mot funnene i denne studien viser det til at dagsentrene tilfører mulighet til deltakelse i aktiviteter og sosialt samvær for informantene. I denne sammenheng kan Ringen (1995) sitt fokus på hva folk har mulighet til å gjøre, og ikke hva de gjør, knyttes opp mot dagsentrene. Det blir dagsentrene som gir informantene mulighet til å komme seg ut av hjemmet og vekk fra ensomhet og hverdager med lite aktivitet og mening.

I forhold til valgfrihet kommer personlige ressurser og muligheter i arena som viktige elementer (Ringen, 1995). Både personlige ressurser og muligheter i arena vil være avgjørende i forhold til hvorvidt en person har mulighet til å gjøre det en vil. Skal en dømme informantenes livskvalitet basert på deres personlige ressurser, vil ikke dette nødvendigvis komme bra ut. Som tidligere nevnt har de mangel eller er svekket, på flere ressurser. Dette er dårlig helse og funksjon, samt tap av ektefelle og venner. I følge Ringen (1995) vil desto bedre ressurser en person har, vil rekken av valg en kan ta bli bedre. Ser vi på resultatene i denne studien viser det begrensede valgmuligheter hos informantene på grunn av svekkede og manglende ressurser.

I forhold til å kunne berike eller begrense valgfrihet, er det ikke bare avhengig av personlige ressursene. Arenaer som er åpen og hvilke muligheter de gir til de enkelte vil også være avgjørende i forhold til hvor stort spekter av valgfrihet man har (Ringen, 1995). Resultatene i denne studien viser til at dagsentrene gir informantene et større spekter av valgfrihet, da dagsentrene er åpen for eldre mennesker som har behov for og ønske om å benytte seg av tilbudet. Informantene får tilbud om aktiviteter og mulighet til sosialt samvær, som i denne forstand vil være en arena med muligheter. Et spørsmål er hvorvidt det er andre arenaer som gir muligheter til informantene. Ringen (1995) påpeker at jo flere arenaer som er åpen for en person, jo flere muligheter har disse arenaene å tilby, og desto mindre risiko en er utsatt for, jo større spekter av valgfrihet er der. En kan da se tilbake på funnene når det gjelder informantenes mangel på aktivitet, der vinteren begrenser muligheter for å komme seg ut, samt ferdes ute. Omgivelsene ute blir i denne sammenheng en arena som ikke er åpen for muligheter til å ferdes ute og dermed begrenser mulighet for aktivitet. Dette vil videre begrense informantenes muligheter i andre arenaer, da de ikke har mulighet til å komme seg

ut av boligen. Dagsentrene blir derfor en viktig arena og sentralt i forhold til å gi informantene mulighet til å komme seg ut og oppsøke andre arenaer enn kun hjemmebane.

Næss (2001) sine årsaksforhold aktivitet, sosiale relasjoner og selvbilde blir begrunnet som spesielt viktige forhold for livskvalitet. Sett opp mot hva funnene viser i forhold til hva informantene opplever når de er på dagsentrene, viser det tydelig at aktivitet og sosiale relasjoner kommer ut som de to store kategoriene om hvorfor informantene både begynte på dagsentrene og grunner for at de opplever trivsel.

Dette viser at dagsentrene sine tilbud kan være svært viktige i forhold til livskvalitet hos eldre over 80 år, da dette er årsaksforhold som vil føre til høyere livskvalitet i den grad en person har sosiale relasjoner, er i aktivitet og har selvbilde (Næss, 2001).

## **5.7 Studiens styrker og svakheter**

Resultatene i studien baserer seg på erfaringer og opplevelser fra hjemmeboende eldre over 80 år som benytter seg av dagaktivitetstilbud på dagsentrer. Utvalget kan derfor ikke fremstilles som representativt for alle eldre over 80 år, alle dagsentrene i Norge eller alle som benytter seg av dagaktivitetstilbud ved dagsenter. Likevel viser utvalget av informantene i denne studien en variasjon av alder og kjønn.

En styrke ved dette prosjektet er utvalget og fokusområdet. Det er begrenset forskning på området som berører eldre over 80 år og betydningen av dagsenter i forhold til livskvaliteten. Spesielt vil dette være viktig med tanke på den kommende økningen av eldre over 80 år i befolkningen og hvordan en blant annet gjennom dagsenter kan styrke livskvaliteten hos eldre i den fjerde alder.

En svakhet ved denne studien kan være de som deltok i studien og hvem som ikke deltok. Med tanke på rekrutteringsprosessen, var de fleste informantene utvalgt av lederne/ansatte ved dagsentrene. Samtidig som de ansatte rekrutterte brukere som de visste var kognitiv friske nok til å delta i studien, kan det også være at utvalget falt på de brukerne ved dagsentrene som var mest fornøyde med tilbudet. Med dette kan det være at de brukere ved dagsentrene som eventuelt har negative erfaringer med tilbudet, ikke ble prioritert. I så måte kan det hende at resultatene kunne ha blitt annerledes om brukere med annen oppfatning av dagsentrene ble

inkludert. Samtidig velger jeg å ha tillit til lederne og ansatte ved dagsentrene, som ut i fra mine kriterier til informanter hjalp til i rekrutteringsprosessen. Dette var også basert på min erfaring under første rekrutteringsprosess som ikke var like vellykket.

Videre må det påpekes at jeg tidligere har arbeidet på et dagsenter for eldre og at dette kan ha påvirket intervjumaterialet og derav resultatet med tanke på at informantene er brukere ved dagsenter. Intervjuguiden er forsøkt formulert på en måte som oppfordret informantene til å snakke så fritt som mulig. I så måte blir det utfordrende å svare ja eller nei på hvorvidt at en tidligere ansatt ved dagsenter intervjuer brukere ved dagsenter har påvirket materialet.

Imidlertid har de åpne spørsmålene skapt rom for at informantene selv kan styre hva de har snakket om, relatert til tema for studien. Samtidig kan min forforståelse, presentert i punkt 3.4.1 ha hatt en innvirkning på hvordan intervjuene har utartet seg, med tanke på oppfølgingsspørsmål og hvordan jeg har stilt spørsmålene på.

## **5.8 Videre forskning**

Denne oppgaven gir kun et lite innblikk i et forskningsfelt som etter min oppfatning i større grad bør fokuseres på. På bakgrunn av funnene i denne studien ønsker jeg å fremme samtlige forslag om videre forskning:

I forhold til manglende kunnskap og informasjon om hva dagsenter er, samt det faktum at det ikke var de eldre selv som hadde ideen om å begynne ved dagsenter – hvordan informere og rekruttere hjemmeboende eldre over 80 år om eksisterende dagaktivitetstilbud? Hvordan kan hjemmeboende eldre som ikke mottar hjemmesykepleie informeres og opplyses om dagaktivitetstilbud ved dagsenter? Samtidig, hvordan kan man informere familie til potensielle brukere ved dagsenter?

I forhold til betydningen dagsenter har for Eldres sosiale liv, aktivitet og livskvalitet – hvilken andre tilbud i tillegg til dagsenter kan fremme høy livskvalitet og mulighet til sosialt samvær og aktivitet hos eldre?



## 5.9 Konklusjon

Studien har hatt som hensikt å se nærmere på hvilke betydning deltakelse ved dagsenter har for livskvaliteten hos hjemmeboende eldre over 80 år.

Resultatene i denne studien viser til at informantene har mangel på aktivitet på grunn av dårlig helse og funksjonsevne. Informantene har også mangel på sosialt samvær og opplever å være mye alene da de har mangel på nære og viktige relasjoner som ektefeller, venner og familie.

Resultatene viser videre at dagsentrene gir informantene mulighet til å komme seg ut av hjemmet, deltagelse i aktiviteter og sosialt samvær. Det er også disse faktorene som er av størst betydning i forhold bruken av dagsenteret og informantenes trivsel. Dagsentrene gir med andre ord informantene valgfrihet (Ringén, 1995) gjennom mulighet til deltagelse i aktivitet og sosialt samvær. Faktorene aktivitet og sosialt samvær er samtidig også viktige årsaksforhold for livskvalitet (Næss, 2001).

Resultatene omkring informantenes egne vurderinger av hva som er viktig for livskvaliteten er aktivitet og sosial omgang sentrale faktorer, men også familie, helse, selvstendighet, daglige gjøremål og religion. Dette viser først og fremst at aktivitet og sosialt samvær er særdeles viktige faktorer i livet i forhold til informantenes livskvalitet. Samtidig viser det også at livskvalitet er individuelt og varierende.

På bakgrunn av funnene i denne undersøkelsen vil det hevdes at deltakelse ved dagsenter har betydning for livskvaliteten hos hjemmeboende eldre over 80 år. Dagsenter har betydning for det sosiale livet og mulighet til deltagelse i aktiviteter, som kommer frem som viktig for informantenes livskvalitet.

I den sammenheng bør forskere, kommuner og de respektive utdanningene bidra til ytterligere utvikling og kunnskap om dagaktivitetstilbud rettet mot eldre, slik at flere eldre får tilgang og informasjon om tilbudet og likeledes jobbe mot at dette tilbudet kan bli lovfestet. Sammen kan en bidra til aktiv aldring med en hensikt at eldre mennesker skal få mulighet til realisering av sitt potensial for sosialt, fysisk og mentalt velvære gjennom hele livsløpet. ”Livskvalitet livet ut” (Verdens helseorganisasjon, 2002).



## Litteraturliste

- Abrams, M. (1973). Subjective social indicators. *Social Trends*, 4, s. 33-50.
- Andreassen, K. K. (2011). Befolkningens størrelse og aldersfordeling, i E. Mørk (red.). *Seniorer i Norge 2010*. Statistiske analyser (s. 9-16). Oslo/Kongsvinger: Statistisk snetralbyrå
- Baltes, P.B., & Smith, J. (1999). Multilevel and Systemic Analyses of Old Age: Theoretical and Empirical Evidence for a Fourth Age. I: Bengtson, V. & Schaie, K.W. (Red.) *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company
- Baltes, P. B. & Mayer, K. U. (1999). *The Berlin aging studyaging from 70 to 100*. Cambridge, England: Cambridge University Press
- Baltes, P. B. & Smith, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *Gerontology*, 49, s. 123-135.
- Barry, M. M., & Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, s. 210-216.
- Becker, N., Bondegaard Thomsen, A., Kornelius Olsen, A., Sjögren P., Bech, P. & Eriksen, J. (1997). Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain*, 73, s. 393-400.
- Berg, A. I., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2006). What matters for life satisfaction in the oldest-old? *Aging and Mental Health*, 10(3), s. 257-264.
- Berg, A. I., Hoffman, L., Hassing, L. B., McClearn, G. E., & Johansson, B. (2009). What matters most, for change in life satisfaction in the oldest-old? A study over 6 years among individuals 80+. *Aging and Mental Health*, 13(2), s. 191-201.
- Bergland, A. & Wyller, T. B. (2006). Construct and criterion validity of a Norwegian

instrument for health related quality of life among elderly women living at home.  
[References]. *Social Indicators Research*, 77, 479-497.

- Bergland, A. (2012). Fall risk factors in community-dwelling elderly people. *Norsk Epidemiologi*, 22(2): s.151-64.
- Birkeland, A., & Natvig, G. K. (2008) Gamle, hjelpetrequende og alene. *Vård I Norden*, 87(1): s. 18-21.
- Bond, J., & Corner, L. (2004). *Quality of life and older people*. Maidenhead: Open University Press
- Bondevik, M. (2000). *De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner*. Trondheim: Gyldendal Norsk Forlag
- Bondevik, M. (2012). Livskvalitet hos norske hundreåringer. *Geriatrisk sykepleie* 4(2), s. 16-24.
- Botten, G., Hagen, T.P., & Waaler, H.T. (2000). *Sprekere eldre, rimeligere eldreomsorg? : utgiftsbehovet i eldreomsorgen i perioden 2000-2030 under ulike forutsetninger om eldres funksjonsevne*. Oslo: Health Economics Research Programme at the University of Oslo, 2000
- Bowling, A. (1996). *Measuring Health*. Buckingham: Open University Press.
- Brattberg, G., Parker, M. G., & Thorslund, M. (1996). The prevalence of pain among the oldest old in Sweden. *Pain*, 67, s. 29-34.
- Brunborg, H., Slagsvold, B., & Lappegård, T. (2009). LOGG 2007 – en stor undersøkelse om livsløp, generasjon og kjønn, i J-K. Tønder (red.). *Samfunnsspeilet*, 2009(1). Samfunnsspeilet/Statistisk sentralbyrå.

- Bøen, H., Dalgard, O. S., Johansen, R., & Nord, E. (2010). Socio-demographic, psychosocial and health characteristics of Norwegian senior centre users: A cross-sectional study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38, s. 508-517.
- Bøen, H., Dalgard, O. S., Johansen, R., & Nord, E. (2012). A randomized controlled trial of a senior centre group programme for increasing social support and preventing depression in elderly people living at home in Norway. *BMC Geriatrics*, 12(20), s. 1-11.
- Chatfield, M., Matthews, F. E., & Brayne, C. (2007). Using the Mini-Mental State Examination for tracking cognition in the older population based on longitudinal data. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55, s. 1066-1071.
- Creswell, J. W. (2013). *Qualitative inquiry & research design: Choosing among five approaches*. 3rd edition. Sage: London.
- Cummins, R. A. (1997). Assessing quality of life for people with disabilities. I R. Brown (red.) *Quality of Life for people with disabilities: models, research and practice*. Stanley Thornes, Cheltenham, s. 116-150.
- Daatland, S. O. (1988). *Egne krefter, eget hjem*. (Rapport nr. 2, 1988). Oslo: Norsk gerontologisk institutt.
- Daatland, S. O. (2012). Aldringen av befolkningen og eldreomsorgen – hensikten og problemstillingene. I S.O. Daatland M. Venstraa (Red.) *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (s. 17-25) Nova Rapport 2/2012.
- Daatland, S. O., Guntvedt, O. H., & Slagsvold, B. (2000). Eldresenteret – mål og midler. I B. Slagsvold (Red.) *Eldresenteret nå og framover*. Nova rapport 17/2000.
- Daatland, S. O., & Solem, P. E. (2011). *Aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget
- Daatland, S. O., & Veenstra, M. (red). (2012). *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen*. Nova Rapport 2/2012.
- Dahl, E. og Vogt, P. (1996). *Ensom og ulykkelig. Levekår og livskvalitet blant eldre*.

(Forskningstiftelsen Fafo Rapport nr. 185). Oslo: Forskningstiftelsen Fafo

- Dale, B., Dale, J. G., & Lørsensen, M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård i Norden*, 60(21), s. 4-10.
- Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *Human Sci*, 22, s. 159-166.
- Diener, E., & Suh, E. M. (1999). National differences in subjective well-being. I D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (red.). *Well-being. The Foundations of Hedonic Psychology*. New York: Russel Sage Foundations.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125, s. 276-302.
- Diesfeldt, H. (1992). *Daycare and Dementia: Caregiving in Dementia*. London: Tavistock and Routhledge
- Eek, A., & Nygård, A. A. M. (2006). *Lysning i sikte? Tilbud til personer med demens i norske kommuner. Landsdekkende undersøkelser*. Tønsberg/Oslo: Forlaget Aldring og helse
- Engedal, K. (2008). *Alderspsykiatri i praksis: lærebok*. Tønsberg: Forlag Aldring og helse.
- Enkvist, Å., Ekström, H., & Elmståhl, S. (2012). What factors affect life satisfaction (LS) among the oldest-old? *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, s. 140-145.
- Fallowfield, L. (1990). *The Quality of Life. The Missing Measurement in Health Care*. London: Souvenir Press.
- Farquhar, M. (1994). Quality of life in older people. I R. Fitzpatrick (Red.) *Advances in Medical Sociology*. Greenwich, Connecticut: JAI Press Inc.

- Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality of life: Concept and assessment. I J.G. Adair, D. Bélanger & K.L. Dion (Red.). *Advances in Psychological Science*. Congress Proceedings, XXXVI International Congress of Psychology, Montréal, 1996, 1, s. 387-406.
- Ferraro, K. F. (1997). Sociology of aging: the micro-macro link. I K. F. Ferraro (Red.). *Gerontology. Perspectives and Issues*. New York: Springer.
- Finansdepartementet. (2014). *Langsiktige utfordringer som følge av en aldrende befolkning*. Oslo: Norsk økonomi. Lokalisert på: [https://www.regjeringen.no/nb/tema/okonomi-og-budsjett/norsk\\_ekonomi/bruk-av-oljepenger-/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/](https://www.regjeringen.no/nb/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_ekonomi/bruk-av-oljepenger-/langsiktige-utfordringer-som-folge-av-en/id450473/)
- Folkehelseinstituttet. (2014). *Helsetilstanden i Norge. Helse hos eldre i Norge*. (Folkehelse rapporten 2014: 4). Oslo: Folkehelseinstituttet.
- Foreman, M.D. og Kleinpell, R. (1990). «Assessing the Quality of Life of Elderly». *Seminars in Oncology*, 6 (4), s. 292-297.
- Fullbright, S. A. (2010). Rates of depression and participation in senior centre activities in community-dwelling older persons. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, s. 285-391.
- George, L. K., & Bearon, L. B. (1980). *Quality of life in Older Persons. Meaning and Measurement*. New York: Human Sciences Press.
- Halvorsrud, L. & Kalfoss, M. (2007). The conceptualization and measurement of quality of life in older adults: a review of empirical studies published during 1994-2006. *Eur J Ageing*, 4, s. 229-245.
- Hansen, T. og Slagsvold, B. (2009). Alder og livskvalitet: Eldre er tilfreds med livet – eller er det bare noe de tror? *Samfunnsspeilet*, 2009(1), s. 95–99.

- Havighurst, R. J., Neugarten, B. L. & Tobin, S. S. (1968). Disengagement and patterns of aging, I B. L. Neugarten (Red.) *Middle Age and Aging: A Reader in Social Psychology*. Chicago: University of Chicago Press.
- Helme, R. D., & Gibson, S. J. (2001). The epidemiology of pain in elderly people. *Clin Geriatr Med*, 17, s. 417-431.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2007). *Aktiv omsorg*. (Rundskriv I- 5/2007). Lokalisert på [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan\\_2015/rundskriv\\_i\\_5\\_2007.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/hod/vedlegg/omsorgsplan_2015/rundskriv_i_5_2007.pdf)
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Demensplan 2015. "Den gode dagen"*. Delplan til *Omsorgsplan 2015*. Lokalisert på <https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/HOD/Vedlegg/Planer/Demensplan2015.pdf>
- Helse- og velferdsetaten. (2006). *Brukerundersøkelse og kartlegging av eldresentrene i Oslo 2006*. Rapport, Oslo kommune.
- Higgs, P., Hyde, M., Wiggins, R., & Blane, B. (2003). Researching quality of life in early old age the importance of the sociological dimension. *Soc Policy Adm*, 37(3), s. 239-252.
- Hjort Sørensen, K. & Damgaard Pedersen, H. (1989). Quality of Life in old age. I: K. Hjort Sørensen (red.). *At være gammel. En epidemiologisk sosialmedicinsk interventionsundersøkelse af 75, 80 og 85 årige københavnere*. P.J. Schmidt A/S.
- Hughes, B. (1990). Quality of life. I Peace, S. M. (Ed.) *Researching social gerontology*. London: Sage Publications.
- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring – Innføring i metode for helse og sosialfagene* (2.utg.). Kristiansand: Høyskoleforlagene.
- Jakobsson, U., Hallberg, I. R., & Westergren, A. (2004). Overall and health related quality of life among the oldest old in pain. *Quality of life research*, 13, s. 125-136



- Johnson-Taylor, E., Jones, P. og Burns, M. (1995). Quality of Life. I: I.M. Lubkin (red.). *Chronic Illness*. London: Jones and Barlett Publishers
- Kaplan, G. A., Strawbridge, W. J., Cohen, R. D., & Hungerford, L. R. (1996). Natural History of Leisure-Time Physical Activity and Its Correlates: Associations With Mortality From All Causes and Cardiovascular Disease over 28 Years. *American Journal of Epidemiology*, 144, s. 793-797.
- Kelly, J. R., Steinkamp, M. W., & Kelly J. R. (1986). Later Life Leisure: How They Play in Peoria. *The Gerontologist*, 26, s. 531-37.
- Kendig, H., Browning, C. J., & Young, A. E. (2000). Impacts of illness and disability on the well-being of older people. *Disabil Rehabil*, 22, s. 15-22.
- Kunnskapscenteret. (2011). Effekten av aktivitetstilbud på eldresenter. Systematisk oversikt, Rapport nr.7/2011.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, s. 511-526.
- Kunzmann, U., Little, T., & Smith, J. (2002). Perceiving control: a double-edged sword in old age. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 57B, 6, s. 484-491.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal.
- Lacey, H. P., Smith, D. M., & Ubel, P. A. (2006). Hope I die before I get old: Mispredicting happiness across the adult lifespan. *Journal of Happiness Studies*, 7, s. 167-182.
- Lane, R. E. (2000). *The Loss of Happiness in Market Democracies*. London: Yale University Press.
- Langdridge, D. (2011). *Psykologisk forskningsmetode. En innføring i kvalitative og kvantitative tilnærminger*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.

- Lapid, M. I., Rummans, T. A., Boeve, B. F., McCormick, J. K., Pankratz, V. S., Cha, R. H...  
 Petersen, R. C. (2011). What is the quality of life in the oldest old? *International Psychogeriatrics*, 23(6), s. 1003-1010.
- Laslett, P. (1989). *A fresh map of life. The emergence of the third age*. London: Weidenfeld and Nicolson.
- Lauer, G. (1999). Concepts of quality of life in mental health care. I S. Priebe, J. P. J. Oliver & W. Kaiser (Red.), *Quality of Life and Mental Health Care*. (s. 19-34), Philadelphia, PA: Wrightson Biomedical.
- Lemon, B. W., Bengtson, V. L., & Peterson, A. (1972). An exploration of the activity theory of ageing. *Journal of Gerontology*, 27, s. 511-523.
- Liu, B-C. (1976). *Quality of life indicators in U.S. Metropolitan Areas. A Statistical Analysis*. New York: Praeger Publishers.
- Lund, A., & Engelsrud, G. (2008). "I am not *that* old": inter-personal experience of thriving and threats at a senior centre. *Ageing and Society*, 28, s. 675-692.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget
- McCall, S. (1975). Quality of life. *Social Indicators Research*, 2, s. 229-248.
- McInnis, G. J., & White, J. H. (2001). A phenomenological Exploration of Loneliness in the Older Adult. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10(3), s. 128-139.
- Menec, V. H. & Chipperfield, J. G. (1997). Remaining Active in Later Life, the Role of Locus of Control in Seniors' Leisure Activity Participation, Health, and Life Satisfaction. *Journal of Aging and Health*, 9, s. 105-125.
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2005). Change in life satisfaction during adulthood: Findings from the veterans affairs normative aging study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 88(1), s. 189-202.

- Mørk, E. (2013). Hjemme så lenge så mulig, i J, Ramm (red.). *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Statistiske analyser (s. 63-68). Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Normann, T.M. (2011). Sosial kontakt og organisasjonsaktivitet, i E. Mørk (red.). *Seniorer i Norge 2010*. Statistiske analyser (s. 167-188). Oslo: Statistisk Sentralbyrå
- Næss, S. (1979). *Livskvalitet. Om å ha det godt i byen og på landet*. Oslo: INAS rapport 79:2.
- Næss, S. (1994). *Yrkeskvinne – husmor? Gifte kvinners livskvalitet*. Oslo: INAS rapport 94:2
- Næss, S. (1991). Ensomhet, livssituasjon og alder. *Aldring & Eldre* 4, 2–6.
- Næss, S. (2001). *Livskvalitet som psykisk velvære*. NOVA rapport 3/2001.
- Ojala, T. (1989). *Livskvalitet i alderdomen*. Åbo: Folkepensionsanstaltens publikationer.
- Ory, M. G. & Cox, D. M. (1994). Foring ahead: linking health and behavior to improve Quality of Life in older people. I: D.M. Romney, R.I. Brown og P.S. Fry (red.). *Improving the Quality of Life*. (s.90-119). Dordrecht, Nederland: Kluwer Academic Publishers
- Otnes, B. (2011). Hjelpebehov og tjenestetilbud, i E, Mørk (red.). *Seniorer i Norge 2010*. Statistiske analyser (s.127-143). Oslo: Statistisk Sentralbyrå
- Palmore, E. (1979). Predictors of Successful Aging. *The Gerontologist*, 19, s. 427-31.
- Paul, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2007). Disability and psychosocial outcomes in old age. *Journal of Aging and Health*, 19, s. 723-741.
- Pinquart, M., & Sørensen, S. (2001). Influence of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta-analysis. *Psychol. Aging*, 15, s. 187-224.
- Pinto, J. M., & Neri, A. L. (2013). Factors associated with low life satisfaction in community-dwelling elderly: FIBRA Study. *Cad. Saúde Pública*, 29(12), s. 2447-2458.

- Postholm, M. B. (2011). *Kvalitative metode: En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier*. 2. Utgave. Universitetsforlaget: Oslo
- Ringdal, K. (2012). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Oslo: Fagbokforlaget
- Ringen, S. (1995). Well-being, Measurement, and Preferences. *Acta Sociologica*, 38, s. 3-15.
- Romney, D. M., Jenkins, C. D. & J. M. Bynner (1992). «A Structural analysis of Health-related Quality of Life Dimensions». *Human Relations*, 45, s. 165-76.
- Romøren, T. I. (2001). *Den fjerde alderen. Funksjonstap, familieomsorg og tjenestebruk hos mennesker over 80 år*. Oslo: Gyldendal
- Rowe, J. R., & Kahn, R. L. (1998). *Successful Aging*. New York: Pantheon.
- Rummelhoff, G. R., Nilsen, S. R. & Brynhildsen, S. (2012). Dagsenter gir økt livskvalitet. *Sykpleien*, 100(14), s. 68-71.
- Sandelowski, M. (1995). Sample size in qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 18(2), s. 179-183.
- Savikko, N., Rotsala, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T.E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), s. 223-233.
- Schou, M. B., Krokstad, S., & Westin, S. (2006). [How is self-rated health associated with mortality?]. *Tidsskr.Nor Laegeforen.*, 126, s. 2644-2647.
- Seeman, T. E., Berkman, L. F., Charpentier, P. A., Blazer, D. G., Albert, M. S., & Tinetti, M. E. (1995). Behavioral and Psychosocial Predictors of Physical Performance: MacArthur Studies of Successful Aging. *Journals of Gerontology: Medical Sciences*, 50, s. 177-183.
- Seniorfakta. *Ny seniorpolitikk - en handlingsplan for aktiv hverdag*. Oslo: Statens seniorråd; 2005.

- Silverstein, M., & Parker, M. G. (2002). Leisure Activities and Quality of life Among the Oldest Old in Sweden. *Research on Aging*, 24(5), s. 528-547.
- Slagsvold, B. (1985). Inadequate living conditions and yet satisfied in old age (Nr.5/85), Oslo: Norsk Gerontologisk institutt.
- Slagsvold, B., Clausen, S-E., & Hansen, T. (2006). Mental helse og livskvalitet – individuelle variasjoner, I B. Slagsvold & S. O. Daatland (red.). *Eldre år, lokale variasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon.* (s. 57-76). NorLag – runde 1.
- Solem, P. E. (1972). *Individ, miljø og aldring: Konturer av en ressursteori anvendt på den sosiale aldringsprosessen.* Jönköping: Institutet för gerontologi i Jönköping.
- Solem, P.E. (1990). Aldring, mestring og trivsel. Ger Art nr 5/1995. Oslo:Norsk Gerontologisk Institutt
- Solem, P. E. (1974). Tilgang til ressurser og sosial deltagelse blant eldre. *Nordisk psykologi*, 26, s. 137-144.
- Spilker, B. (1990). Introduction. I B. Spilker (red.). *Quality of life Assessments in Clinical Trials.* New York: Raven Press
- Statistisk Sentralbyrå. (2011). *Folke- og bolig tellingen, husholdninger.* Statistikkbanken
- Statistisk Sentralbyrå. (2012). *Helseforhold, levekårsundersøkelsen.* Statistikkbanken
- Statistisk Sentralbyrå. (2014). *Befolkningsframskrivinger 2014-2100: Hovedresultater.* (Økonomiske analyser 2014: 5).
- Steinbach, U. (1991). Social Networks, Institutionalization, and Mortality Among Elderly People in the United States. *Journal of Gerontology*, 47, s. 183-190.
- St.meld. 25. (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening.* Helse- og omsorgsdepartementet.

- St.meld.19. (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Syse, A, Veenstra, M, Aagnes, A & Tretli, S. (2012). Cancer incidence, prevalence and survival in an aging Norwegian population. *Norsk Epidemiologi*, 22(2), s. 109-20.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Thorsen, K. (1990). *Alene og ensom, sammen og lykkelig?* Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2-1990.
- Thorsen, K., & Blekesaune, M. (2006). Ensomhet og lokalmiljø. I B. Slagsvold & S. O. Daatland (red.). *Eldre år, lokale variasjoner. Resultater fra Den norske studien av livsløp, aldring og generasjon*. (s. 93-104). NorLag – runde 1.
- Thorslund, M., & Warneryd, B. (1990). Surveying the elderly about health, medical care and living conditions. Some issues of response inconsistency. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 11, s. 161-173.
- Venstraa, M. (2012). Lengre liv – bedre helse? I S.O. Daatland M. Venstraa (Red.), *Bærekraftig omsorg? Familien, velferdsstaten og aldringen av befolkningen* (s. 27-41) Nova Rapport 2/2012.
- Verdens helseorganisasjon. (2002). *Active Ageing. A policy framework*. Geneve: Author
- Verdens helseorganisasjon. (2012). Good health adds life to years. WHO (Red.), *Global brief for World Health Day 2012* (s. 3-26). Geneva: WHO Document Production Service.
- Vittersø, J. (1998). Happy People and wonderful experiences. Dr. Psychol. Thesis. Institutt for Psykologi. UiO 1998.
- von, S. E., Fratiglioni, L., Viitanen, M., Forsell, Y., & Winblad, B. (2000). Morbidity and comorbidity in relation to functional status: a community-based study of the oldest old (90+ years). *Journal of the American Geriatrics Society*, 48, s. 1462-1469.
- Walker, A. (2005a). *Growing older in Europe*. Maidenhead: Open University

- Walker, A. (2005b). *Understanding quality of life in old age*. Maidenhead: Open University
- Walker, A. (2005c). A European perspective on quality of life in old age. *Eur J Ageing*, 2(1):12
- Wang, H-X., Karp, A., Winblad, B., & Fratiglioni, L. (2002). Late-Life Engagement in Social and Leisure Activities Is Associated With a Decreased Risk of Dementia: A Longitudinal Study from the Kungsholmen Project. *American Journal of Epidemiology*, 155, s. 1081-1087.
- Warner, R. (1999). The emics and etics of quality of life assessment. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, s. 117-121.
- Westerberg, T. H. (2009). *Gode tilbud i demensomsorgen – demensteam, dagsenter og pårørende skoler. Kartlegging 2007*. Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med*, 41, s.1403– 1409.
- Willman, A., Petzäll, K., Östberg, A-L., & Hall-Lord, M. L. (2013). The psycho-social dimension of pain and health-related quality of life in the oldest old. *Scand J Caring Sci*, 27, s. 534-540.
- Wogn-Henriksen, K. (2007). Miljøbehandling i demensomsorgen. I R. M. Krüger (red.). *Det går an – Muligheter i miljøterapi*. (s. 18-35). Tønsberg: Forlaget Aldring og helse
- Wyller, T. B. (1998). Bruk av livskvalitetsbegrepet i medisinsk forskning – til gagn eller ugagn? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 27, s. 4247-4251.





## **Vedlegg 1**

### **Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet**

”Dagsenters betydning for livskvaliteten hos hjemmeboende eldre over 80 år”

#### **Bakgrunn og hensikt**

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt som har til hensikt å få mer kunnskap om hvilken betydning dagsentre har for livskvaliteten til hjemmeboende pensjonister. Jeg ønsker å bidra til å skape bedre forståelse om hva som har betydning for livskvaliteten i de eldre år, som kan være en forutsetning for en god og trygg alderdom. Jeg er student og holder for tiden på med mastergrad i Helsevitenskap og sosialt arbeid ved NTNU. Forskningsprosjektet inngår som en del av masterutdanningen. Forespørselen rettes til deg fordi du benytter deg av tilbud hos dagsenter, er hjemmeboende og kategoriseres innenfor som de ”eldste eldre” som vil si du er over 80 år. Denne forespørselen blir formidlet gjennom avdeling for samfunnsvitenskap og teknologiledelse.

#### **Hva innebærer studien?**

Deltakelse i studien innebærer en samtale med deg i form av et intervju. Selve intervjuet vil vare mellom 30-60 min og vil bli tatt opp på lydbånd. Intervjuet kan foregå der du bor eller vi finner et annet sted som er å foretrekke der vi kan sitte uforstyrret.

#### **Hva skjer med informasjon om deg?**

Lydbåndet med opptak fra intervjuet skal kun brukes slik som beskrevet i hensikten med studien. Lydbånd og eventuelle utskrifter av disse vil bevares utilgjengelig for uvedkommende. Alle opplysningene vil også bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. En kode knytter deg til dine opplysninger gjennom en navneliste. Det er kun jeg og eventuelt min veileder som har adgang til navnelisten og som kan finne tilbake til deg.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta i studien. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Om du trekker deg eller takker nei til å delta i studien vil dette ikke få noen konsekvenser for ditt opphold på dagsenteret. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på siste side. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller

har spørsmål til studien, kan du kontakte prosjektmedarbeider Beatrice Tollefsen, tlf 48 13 17 72 eller prosjektleder Marit Solbjør, tlf 73 59 02 20.

### **Samtykke til deltakelse i studien**

Jeg er villig til å delta i studien

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

1. Fortell litt om deg selv
  - sivilstatus
  - alder
  - bolig
  - tidligere yrke
  
2. Hvor lenge har du vært bruker på dagsenteret og hvor ofte er du der?
  
3. Er det noen spesiell grunn for at du begynte å gå til dagsenteret?
  
4. Fortell fritt om hva du opplever på dagsenteret.
  
5. Trives du på dagsenteret?
  - hva er det som gjør at du trives?
  
6. Er det noen ganger du ikke trives på dagsenteret?
  - hva er det som gjør at du ikke trives?
  
7. Har dagsenteret betydning i forhold til hvordan du klarer dagliglivet?
  
8. Hva hadde du brukt tiden din på om du ikke gikk til dagsenteret?
  
9. Har det blitt noen form for forandringer i livet ditt etter at du begynte å gå til dagsenteret?
  
10. Hvordan opplever du de ansatte på dagsenteret?
  
11. Hva legger du i begrepet ”livskvalitet”
  
12. Hva er viktig for din livskvalitet?

## Vedlegg 3

Marit Solbjør Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap NTNU

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 10.02.2015 Vår ref: 41801 / 3 / AGL Deres dato: Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.01.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

*41801*                                      *Hvilken betydning har dagsentre på livskvalitet hos hjemmeboende pensjonister?*

*Behandlingsansvarlig*      *NTNU, ved institusjonens øverste leder*

*Daglig ansvarlig*                      *Marit Solbjør*

*Student*                                      *Beatrice Tollefsen*

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering 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, 01.05.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Audun Løvlie tlf: 55 58 23 07



## **Personvernombudet for forskning**

Prosjektvurdering - Kommentar

---

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet, men dato for prosjektslutt (01.05.2015) må tilføyes.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger NTNU sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.05.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)

- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)- slette lydopptak

## Vedlegg 4



---

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Ramunas Kazakauskas	73597510	14.11.2014	2014/1793/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			23.09.14	

Marit Solbjør

NTNU

### **2014/1793 Eldresenter og livskvalitet hos eldre**

Vi viser til søknad om forhåndsgodkjenning av ovennevnte forskningsprosjekt. Søknaden ble behandlet av Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK midt) i møtet 24.10.2014. Vurderingen er gjort med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

**Forskningsansvarlig:** NTNU **Prosjektleder:** Marit Solbjør

#### **Prosjektomtale:**

*Prosjektet fokuserer på at andelen eldre øker i befolkningen og det forventes en økning i personer over 80 år i framtiden. Tiltak som kan gi økt livskvalitet hos eldre vil derfor være viktige. Denne studien dreier seg om eldresenter, som er et eksempel på slike tiltak. Formålet med prosjektet er å få økt kunnskap og forståelse for hvilken betydning eldresentre har på livskvaliteten hos eldre over 80 år. Det vil benyttes kvalitative intervju for å samle inn data om eldres erfaringer med eldresenteret og dets betydning for deres livskvalitet. Ti personer som er brukere av eldresenter vil intervjues i studien. Rekruttering av deltakere vil skje gjennom plakattoppslag og informasjonsmøte på eldresenter.*

#### **Vurdering**

Komiteen har vurdert søknad, forskningsprotokoll, målsetting og plan for gjennomføring. Formålet med prosjektet er å få økt kunnskap og forståelse for hvilken betydning eldresentre har på livskvaliteten hos eldre over 80 år. Det inkluderes friske deltakere og fokuset ligger på

deres livskvalitet, samt teoriutvikling av begrepet livskvalitet.

Komiteen vurderer at selv om begrepet livskvalitet er knyttet til helse, stilles det ikke direkte spørsmål om helse i intervjuene som er planlagt i dette prosjektet. Det skal heller ikke forskes på livskvalitet ut fra en diagnose. Dette trekker studien i retning av å være annen type forskning, og ikke medisinsk og helsefaglig forskning. Prosjektet er i henhold til helseforskningslovens § 2 og § 4 ikke fremleggingspliktig, og kan derfor gjennomføres og publiseres uten godkjenning fra REK.

Komiteen var enstemmig i sin beslutning.

### **Merknader**

Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må det sendes inn en ny prosjektsøknad/fremleggingsvurdering.

Vi minner også om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).