

MHPCC

Kull -08V

SPL4901

Kate Hoel

Mastergradoppgave

# Frivillige som medspiller i eldreomsorgen

En kvalitativ studie om frivillig arbeid i sykehjem



Høgskolen i Gjøvik

Avdeling for helsefag, 31. desember 2011

Antall ord: 22915

## Sammendrag

Forekomsten av depresjon hos eldre som bor i sykehjem er langt høyere enn hos eldre som bor i eget hjem. Flere sykehjem har derfor tatt i bruk frivillige ressurser fra enkeltmennesker og fra lag- og organisasjoner. De frivilliges oppgave er å gi et annet innhold i beboerens hverdag hvor hensikten er å tilrettelegge for økt trivsel og glede.

Hensikten med studien var å finne ut av hvordan Bergen Røde Kors Sykehjem organiserer frivillighetsarbeidet ved sykehjemmet og hvordan sykehjemmet benytter de frivilliges ressurser i omsorgen for de gamle.

Masteroppgaven undersøkte hypotesen om at frivillig sosialt arbeid handler om en felles ideologi. Denne ideologien handler om omsorg, livskvalitet, medmenneskelighet, gjensidighet og fellesskap.

Jeg valgte å benytte et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk tilnærming. Studien ble gjennomført ved hjelp av semistrukturert intervju med syv deltakere, hvorav fem var ansatte med ulik funksjon i sykehjemmet og to frivillige medarbeidere.

Resultatene viser at frivillige bidro til økt livskvalitet og at frivillig arbeid er helsefremmende både for de som mottar og for de som yter omsorg. Videre gir studien tilslag til at frivilliges tilstedeværelse på sykehjem er berettiget fordi de frivillige bidrar med en annen type hjelp enn de ansatte utfører.

**Nøkkelord:** Frivillig arbeid, sykehjem, livskvalitet, sosial kapital, helsefremmende arbeid.

## **Abstract**

The prevalence of depression among elderly living in nursing homes is much higher than among elderly living in their own homes. Several nursing homes have therefore adopted voluntary resources from individuals and from teams and organizations. The volunteers' task is to provide a different content in the resident's daily life where the purpose is to provide for increased comfort and joy.

The purpose of this study was to determine how the Bergen Red Cross Nursing Home organizes volunteer work at the nursing home and how the nursing home utilize the volunteer resources in caring for the elderly.

The thesis investigated the hypothesis that voluntary social work is about a common ideology. This ideology is about care, quality of life, compassion, reciprocity and community.

I decided to use a qualitative research design with a phenomenological approach. The study was conducted using semi-structured interviews with seven participants, five of whom were employees with different functions in the nursing home and two volunteers.

The results show that volunteers contributed to improved quality of life and that volunteering is a health promoting activity for both those receiving and those providing care. Furthermore, the results indicate that the volunteers' presence in the nursing homes is justified because the volunteers provide different help than the employees do.

**Keywords:** Voluntary work, nursing homes, quality of life, social capital, health promotion.

## Forord

I skrivende stund, hvor jeg nå retter en takk til alle bidragsytere, er dette en avslutning på mange måter. Masteroppgaven er ved veis ende og en epoke på 19 år med å lede profesjonelt frivillighetsarbeid er over. Masteroppgaven har vært krevende og lærerik. Fire år med faglig inspirasjon, arbeidsglede og frustrasjon er over.

Takk til Østfoldgruppa for samarbeid og diskusjoner. Takk til Anita for gode samtaler langs veien til Gjøvik, Lillehammer og Hamar. Takk til alle lærere og medstudenter for hyggelige studiesamlinger gjennom fire år.

En stor takk til Helené for gode faglige innspill og som alltid tar seg tid når jeg spør om hjelp. Takk til arbeidsgiver som ga meg denne muligheten og takk til ansatte og frivillige ved Bergen Røde Kors Sykehjem som velvillig stilte opp og gjorde oppgaven mulig.

Takk til Gunnar Vold Hansen, min veileder og gode samtaleparter. Takk til mine barn som støtter uansett. Til slutt en spesiell takk til min tålmodige mann Svein-Emil som hele veien har støttet, oppmuntret og gitt meg inspirasjon til å fortsette.

Fredrikstad, 30. desember 2011

Kate Hoel

# Innhold

<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>8</b>
1.1 IDE OG HENSIKT .....	8
1.2 PROBLEMSTILLINGEN.....	10
1.3 AVGRENSNING .....	11
1.4 OPPGAVENS VIDERE OPPBYGNING.....	11
<b>2. TEORETISKE PERSPEKTIVER PÅ FRIVILLIGHET, LIVSKVALITET, OMSORG OG SOSIALE NETTVERK/SOSIAL KAPITAL</b> .....	<b>13</b>
2.1 ET HISTORISK TILBAKEBLIKK PÅ FRIVILLIG ARBEID I NØRGE .....	13
2.2 FRIVILLIG.....	15
2.3 FRIVILLIG SOSIALT ARBEID, DE FRIVILLIGES ROLLE OG MOTIVASJON.....	16
2.4 SIVILSAMFUNN.....	16
2.4.1 <i>Sivilsamfunn og eldre</i> .....	17
2.5 PERSPEKTIVER PÅ FRIVILLIG SOSIALT ARBEID OG SAMARBEID.....	17
2.6 FRIVILLIG ARBEID – EN EGEN IDEOLOGI? .....	22
2.7 LIVSKVALITET .....	24
2.7.1 <i>Trivsel</i> .....	26
2.8 OMSORG.....	26
2.9 SOSIALT NETTVERK/SOSIAL KAPITAL .....	27
2.10 HELSEFREMMEDE ARBEID.....	30
<b>3. METODEKAPITTEL</b> .....	<b>31</b>
3.1 INNLEDNING.....	31
3.2 KVALITATIV METODE.....	31
3.3 VALG AV DESIGN .....	32
3.4 DET KVALITATIVE FORSKNINGSINTERVJU I ET FENOMENOLOGISK PERSPEKTIV .....	34

3.5	BESKRIVELSE AV UTVALGET .....	35
3.6	FORFORSTÅELSE.....	37
3.6.1	<i>Forskning på eget felt.....</i>	37
3.7	SEMISTRUKTURERT INTERVJU .....	38
3.7.1	<i>Utarbeiding av intervjuguide .....</i>	38
3.7.2	<i>Intervjusituasjonen.....</i>	39
3.7.3	<i>Gjennomføring av intervjuene.....</i>	39
3.7.4	<i>Transkribering og kategorisering.....</i>	40
3.7.4.1	<i>Meningskategorier med data fra funnene .....</i>	41
3.7.4.2	<i>Refleksjoner rundt kategorisering.....</i>	42
3.8	UNDERSØKELSENS TROVERIGHET .....	43
3.8.1	<i>Validitet og reliabilitet .....</i>	43
3.9	FORSKNINGSETISKE REFLEKSJONER .....	45
3.9.1	<i>Generaliserbarhet .....</i>	46
<b>4.</b>	<b>RESULTATPRESENTASJON .....</b>	<b>47</b>
<b>4.1</b>	<b>INNLEDNING.....</b>	<b>47</b>
4.1.1	<i>Hvorfor frivillige på sykehjem?.....</i>	48
4.1.2	<i>Bidrar de frivillige med noe annet enn ansatte? .....</i>	53
4.1.3	<i>Har de frivilliges erfaring noen betydning?.....</i>	55
4.1.4	<i>Hva tenker du om behovene til de frivillige, de ansatte og hos beboerne, mener du det er samsvar? 57</i>	
4.1.5	<i>Hva mener du er suksessfaktorene og ser du noen.....</i>	60
	<i>utfordringer eller begrensninger ved å ta i bruk frivillige? .....</i>	60
4.1.6	<i>Mener du at det i dette arbeidet erverves ny kunnskap? .....</i>	63
<b>5.</b>	<b>KONKLUSJON .....</b>	<b>66</b>

<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>69</b>
Vedlegg .....	78
Vedlegg 1: Intervjuguide .....	79
Vedlegg 2: Kvittering på melding om behandling av personopplysninger .....	80
<b>Vedlegg 3: Samtykkeerklæring .....</b>	<b>82</b>
Vedlegg 4 : Samtykke om publisering.....	84

# 1. Innledning

## 1.1 Ide og hensikt

Jeg har gjennom de siste 19 årene jobbet profesjonelt med frivillig arbeid. Min erfaring fra dette området er som leder av en frivilligsentral i en by på Østlandet. Gjennom min erfaring med de frivillige, har jeg sett at det ofte handler om å tilby sine tjenester ut fra et motiv om å være til nytte for noen som trenger hjelp eller støtte i hverdagen og et ønske om ha en tilhørighet i et fellesskap med andre. Når det gjelder de som mottar tjenester fra de frivillige har jeg ofte hørt de frivillige bli omtalt som en god venninne eller venn eller som de gode hjelperne. Gjennom min erfaring har jeg sett gleden hos de frivillige ved å kunne tilby sine tjenester og ofte også hvilken verdi tjenesten innebar for mottakerne og for lokalsamfunnet.

I Soria Moria-erklæringen ønsket regjeringen å fremme en ny helhetlig frivillighetspolitikk. Det resulterte i en ny frivillighetsmelding, St. meld. nr. 39 (2006-2007). I Stortingsmeldingen pekes det på viktigheten av å tilrettelegge for frivillig virksomhet, og på nødvendigheten av samhandling og samarbeid mellom frivillig sektor og det offentlige. Flere meldinger taler varmt om frivillige som en ressurs på ulike samfunnsarenaer. På helse- og sosialfronten er det siste innslaget å finne i samhandlingsreformen, St. meld. nr 47 (2008-2009). Her er ønsket fra departementet at kommunene skal finne frem til ulike samarbeidsformer med lag- og organisasjoner og hvor blant annet besøkstjeneste for eldre er trukket frem som et godt eksempel på frivillig virksomhet for enkeltpersoner. I Melding til Stortinget 16 (2010-2011), Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015), har frivillige organisasjoner og frivilligsentraler blitt trukket frem som viktige aktører i folkehelsearbeidet. Stortingsmeldingen viser også til at flere undersøkelser har pekt på at sosiale og kulturelle aktiviteter og begivenheter er en mangelvare i dagens omsorgstilbud og viser til betydningen av å få til partnerskap med familie og med frivillige omsorgsyttere. Meldingen peker også på viktigheten av å få til en større faglig bredde og flere yrkesgrupper inn i omsorgstilbudet for bedre å dekke det psykososiale behovet.

I 2003 utarbeidet Romøren en omfattende rapport om pleie- og omsorgstjenestene i kommunene. Rapporten peker blant annet på at eldre i sykehjem mangler sosial kontakt og opplever ensomhet. Gjennom mitt arbeid i Frivilligsentralen har jeg i flere år blant annet tilrettelagt for ulike aktiviteter og tjenester ved noen av byens sykehjem.



Jeg mener det er et hovedproblem i dag at mange beboere på sykehjem opplever ensomhet og blir deprimerte på grunn av mangel på fysisk og psykisk kontakt, jamfør Romøren (2003). Ofte er det lite som skjer på sykehjemmet annet enn bespising og stell. Kvaal (2009) tar i en artikkel til orde for at depresjon hos eldre er et stort helseproblem. Kvaal sier at forekomsten av depresjon hos eldre som bor i sykehjem er langt høyere enn hos eldre som bor i eget hjem. Flere sykehjem har derfor tatt i bruk frivillige ressurser fra enkeltmennesker og fra lag- og organisasjoner. De frivilliges oppgave er å gi et annet innhold i beboerens hverdag som høytlesning, sang og musikkinnslag eller i form av en besøksvenn, turvenn og lignende. Hensikten er å tilrettelegge for økt trivsel og glede.

Fra 1. januar i år er det vedtatt en forskrift som skal sikre en minstestandard om en verdig eldreomsorg (verdighetsgarantien 2010). Verdighetsgarantien er en forskrift som skal sikre grunnlaget for et godt tjenestetilbud for eldre og gi de gamle et verdig, trygt og meningsfylt liv og er hjemlet i kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Verdighetsgarantien skal blant annet sikre de eldre rett til en forsvarlig boform, normal døgnrytme, muligheter for samtale om eksistensielle spørsmål og mulighet til å komme ut i frisk luft.

Ideen til min masteroppgave i helsefremmende arbeid i lokalsamfunnet kom som en følge av en artikkel i bladet Omsorg (2010), et nordisk tidsskriftsblad for palliativ medisin. I artikkelen skriver Foss Abrahamsen, overlege ved kompetansesenteret Stiftelsen Verdighetsenteret og Bergen og Bergen Røde Kors Sykehjem, om en undersøkelse om frivillig aktivitet på sykehjem. Undersøkelsen konkluderte med at de færreste sykehjem har satt aktivitet fra frivillige inn i noe system. De frivillige ressursene blir ofte vilkårlige og sporadiske. På spørsmål om de kunne tenke seg hjelp til å få satt frivilligheten inn i et system, svarte over halvparten av de spurte at de kunne tenke seg hjelp til å få etablert en fast frivillighetstjeneste ved sitt sykehjem.

Bergen Røde Kors Sykehjem var tidlig ute med å tilrettelegge for sosiale aktiviteter og en frivillighetstjeneste ved sykehjemmet. Gjennom 19 år, siden desember 1992, har sykehjemmet organisert en frivillighetstjeneste for de gamle. Bergen Røde Kors Sykehjem har en uttalt visjon om å bli god på omsorg og gi verdighet til de gamle. De hevder at de frivillige medarbeiderne deres er en uvurderlig ressurs og godt integrert organisatorisk i sykehjemmet (Stiftelsen Verdighetssenteret).

Stiftelsen Verdighetssenteret er et kompetansesenter som har til formål å satse på forskning og kompetanseutvikling i forhold til å sikre eldre god omsorg og pleie. Fysisk ligger Verdighetssenteret i tilknytning til Bergen Røde Kors Sykehjem og har i 2011 etablert en nasjonal enhet for opplæring av frivillighetskoordinatorer innenfor eldreomsorg.

Jeg ble nysgjerrig på hvordan Bergen Røde Kors Sykehjem organiserer sitt frivillighetsarbeid og mener det kan være verdifullt å se på hvilken måte sykehjemmet bruker de frivilliges ressurser i omsorgen for de gamle.

I 2003 gjennomførte Frivilligsentralen på min arbeidsplass et prosjekt kalt Frivillige hjelpere i eldreomsorgen. Prosjektet ble evaluert av Hansen (2005) ved Høgskolen i Østfold. Et av de funnene rapporten beskriver, er hvordan de frivilliges arbeidserfaring og utdanning ble brukt i tilrettelegging av et gruppetilbud for demente. Jeg har derfor et ønske om mulig å avdekke, om de frivilliges kompetanse og erfaringsbakgrunn kommer til uttrykk i tilretteleggingen av omsorgstilbudet ved Bergen Røde Kors Sykehjem. Sykehjemmet er valgt på bakgrunn av at de i mange år har drevet med organisering av frivillig arbeid og deres satsning på dette området. Jeg lurer videre på om Bergen Røde Kors Sykehjem har tilrettelagt virksomheten på en måte som kan tilsi at det erverves ny kunnskap. Lundstøl (2002) tar til orde for at kunnskap utvikles der hvor gode læringsarenaer er etablert.

Hensikten med denne studien er å finne ut av hvordan sykehjemmet benytter de frivilliges ressurser og kompetanse og om det er noe unikt ved organiseringen av det frivillige arbeidet ved dette sykehjemmet.

## 1.2 Problemstillingen

Det sentrale spørsmålet for prosjektet blir som følger:

*”Hvordan kan frivillige være en ressurs for beboere på et sykehjem og hvordan utnyttes de frivilliges kompetanse?”*

## 1.3 Avgrensning

Denne studien begrenser seg til frivillig sosialt arbeid på *et* bestemt sykehjem og kan derfor ikke generaliseres. Samtidig er hovedfokus i studien knyttet til de frivilliges og ansattes erfaring i og med frivillig arbeid i sykehjem. Jeg mener derfor at erfaringene som fremkommer i denne studien også vil kunne gjelde for andre som har knyttet til seg frivillige medarbeidere i omsorgen for eldre. De siste årene har de offentlige myndighetene oppfordret til å samarbeide med frivillige organisasjoner og enkeltpersoner om å tilrettelegge for ulike former for hjelpetilbud. Flere stortingsmeldinger tar opp temaet om økt samarbeid med sivilsamfunnet. Oppfordringene om økt samarbeid vil bli belyst senere i oppgaven, under kapittel to teoretiske perspektiver, og i resultatpresentasjonen under kapittel fire. Jeg mener at det i årene som kommer vil være et stort behov forskningsmessig å se på ulike modeller for frivillig arbeid rettet inn mot ulike omsorgsoppgaver, i et samarbeid med det offentlige og på de frivilliges premisser.

Jeg har i denne studien valgt å legge vekt på forskning vedrørende frivillig arbeid gjennomført i Skandinavia. Årsaken til det er likhetsrekk i oppbygningen av velferdsstaten. Det finnes en del forskning fra Storbritannia og USA vedrørende frivillig arbeid på sykehjem, men forskjellene i hvordan frivillig arbeid blir benyttet i et samfunnsperspektiv, er svært forskjellig.

Jeg har valgt å sette fokus på de frivillige og på de ansatte. Mottakerne av tjenesten, beboerne, omfattes ikke av denne studien.

## 1.4 Oppgavens videre oppbygning

Kapittel to innledes med en beskrivelse av det frivillige arbeidet i Norge gjennom de siste 20 årene. Sentrale begreper som frivillighet, sivilsamfunn, de frivilliges rolle og motivasjon blir drøftet. Kapitlet tar videre for seg perspektiver på frivillig sosialt arbeid og samarbeid med det offentlige hjelpeapparatet. Til slutt i kapitlet fremsettes en hypotese om at frivillig sosialt arbeid har en felles ideologi. Ideologien handler om omsorg, nettverk, livskvalitet, medmenneskelighet og gjensidighet.

Kapittel tre beskriver valg av kvalitativt forskningsdesign, oppgavens vitenskapsteoretiske forankring og individuelle intervjuer som metode for datainnsamling. Kapitlet beskriver

hvordan jeg har gått frem, utvalgskriterier og hvilken metode som er brukt til å analysere dataene. Videre belyses undersøkelsens troverdighet og etiske refleksjoner knyttet til studien. I tillegg belyses egen forforståelse og det å forske på eget felt.

Kapittel fire presenteres resultatene fra datainnsamlingen. Presentasjonen tar for seg resultatene av analysen med intervjuene og blir presentert i forhold til temaene som fremkom i analysearbeidet. Resultatene oppsummeres og diskuteres i kapitlet underveis og blir diskutert i lys av relevant teori som beskrevet i kapittel to. Kapittel fem omfatter konklusjoner og videre anbefalinger

## **2. Teoretiske perspektiver på frivillighet, livskvalitet, omsorg og sosiale nettverk/sosial kapital.**

Innenfor kvalitativ forskning fremheves betydningen av å ha et teoretisk perspektiv som rammer inn det empiriske feltet som skal studeres (Kvale og Brinkmann 2009). De teoretiske perspektivene som drøftes i denne masteroppgaven er knyttet opp til funn og som videre vil bli drøftet i resultatpresentasjonen. I tillegg er jeg av den oppfatning at bak det frivillige sosiale arbeidet finnes en egen ideologi. Ideologien vil bli drøftet opp mot resultatene i studien og vil bli nærmere redegjort for i konklusjonen.

### **2.1 Et historisk tilbakeblikk på frivillig arbeid i Norge**

Norge har en lang tradisjon på frivillig arbeid, men det er kun de siste 20 årene, fra slutten av 1980 tallet, at forskere har vist en stor interesse for det frivillige engasjementet og betydningen av det frivillige arbeidet både for de som deltar, og for samfunnet for øvrig, St. meld. nr. 39 (2006-2007). Det frivillige engasjementet i Norge har røtter tilbake til midten av 1800 tallet og det var spesielt organisasjoner innen misjonsfelt, avholdsbevegelse, folkeopplysning og fattigdomsbekjempelse som gjorde seg gjeldene (ibid). Først fra siste halvdel av 1950-tallet og frem til i dag har organisasjonene endret karakter betraktelig. Årsaken til dette er å finne i velferdsstatens fremvekst, hvor organisasjonene som tidligere hadde ansvaret for ulike omsorgsoppgaver, ble overtatt av det offentlige, St. med. nr. 27 (1996-1997).

Organisasjonene på 1950-tallet og på 1960-tallet, og også før det, var preget av individuelle medlemskap og hadde en demokratisk oppbygning (Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000). Oppgavene til organisasjonene handlet om å påvirke offentligheten gjennom å yte bistand til mennesker i nød. Støtteordningene til organisasjonene var tuftet på medlemskap og innsamlinger, mens midlene som kom fra det offentlige var minimale. Samfunnsendingene som etter hvert viste seg, påvirket også organisasjonene. Mange flere organisasjoner ble etablert, men hvor formålet nå handlet om å forfekte egne interesser. Eksempler her kan være pasientrettighetsorganisasjoner og organisasjoner tuftet på likemannsarbeid og selvhjelp. Pasientrettighetsorganisasjonene hadde som formål å påvirke det offentlige til å bedre tilbudene for egne medlemmer, mens likemannsarbeid og selvhjelpsorganisasjonene ble etablert til støtte for hverandre og yte hverandre gjensidig hjelp (ibid).

Wollebæk og Selle (2002) peker på samfunnsendringene ut i fra en dreining mot det individuelle og markedsorienterte. Samfunnsendringene påvirket organisasjonene og vise versa. Med økende frikopling og uten medlemskap til organisasjonene forsvant mye av lojaliteten til det bestående. Valgfriheten for mange ble større, men for noen uten særlige økonomiske midler og ressurser til å velge, kan en individualisering føre til marginalisering (ibid). Fremveksten av likemannsarbeid og selvhjelpsgrupper mener jeg likevel gir mulighet for grupper, også marginaliserte, til å opptre som den man er og som kan gi den enkelte verdighet og legitimitet.

Endringene i samfunnet og i organisasjonene førte med seg nye måter å tenke organisering av frivillig virksomhet på, også for Norge (Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000). På begynnelsen av 1990-tallet ble det i flere kommuner etablert frivillighetsentraler, først 91 stykker i et prøveprosjekt på fem år. Initiativet ble tatt av Sosialdepartementet med ønske om å stimulere til økt frivillig deltakelse, gjerne da innen oppgaver knyttet til helse- og sosialsektoren (Lorentzen 2010). I 2011 fins det i følge Kulturdepartementet på regjeringens hjemmeide, 371 Frivilligsentraler fordelt på 308 kommuner. Frivilligsentralene drives med økonomiske midler fra det offentlige, stat og kommune. Sentralene er ikke lenger knyttet opp mot kun oppgaver innen helse- og sosialsektoren, men like gjerne å finne innfor kulturområdet. Frivilligsentralene har ikke medlemmer, kun deltakere og er ingen demokratisk oppbygd organisasjon. Mange av sentralene eies av kommunen, er organisert som en privat stiftelse eller i et sameie med flere ulike organisasjoner (Lorentzen 2010).

I de senere årene har frivillig arbeid eller innsats fra enkeltpersoner eller organisasjoner ofte blitt trukket frem som løsninger på en del samfunnsproblemer eller utfordringer. Det tas stadig til orde for partnerskapsløsninger mellom det frivillige feltet og det offentlige, særlig er dette å finne på forebyggingssiden. Folkehelsearbeidet i fylket og i kommunene har gjennom partnerskap med ulike organisasjoner utviklet røykesluttkurs, gruppetilbud med fokus på kosthold, levevaner og fysisk aktivitet, foruten etablering av ulike sosiale møteplasser, St. med. nr 39 (2006-2007).

I St. meld. nr. 25 (2005-2006), Mestring, muligheter og mening, pekes det på de ulike rollene de frivillige organisasjonene innehar innen omsorgssektoren. Noen organisasjoner driver sykehjem og eldrecentra, mens andre organiserer besøkstjeneste og tilrettelegger for ulike sosiale aktiviteter både på sykehjem og for hjemmeboende eldre.

Samhandlingsreformen, St. meld. nr. 47 (2008-2009), peker på de frivillige organisasjoners betydning i seg selv som bidragsyttere til at folk holder seg friskere lenger ved å delta i sosiale nettverk, og organisasjonenes eget bidrag til organisering av blant annet likemannsarbeid. I regjeringens forslag i Innovasjon i omsorg NOU (2011:11), foreslås det å gjøre sykehjemmene åpnere. Regjeringen tar her til orde for at sykehjemmene bedre bør legge til rette for at familie og pårørende kan delta i aktiviteter sammen med beboeren, og gjøre sykehjemmet attraktivt som en møteplass og arena for lokalsamfunnet, for eksempel ved å tilrettelegge for en åpen kafé.

Rønning, Schanke og Johansen (2009, s. 55) tar opp organisering av omsorgstjenesten og setter søkelyset på hvordan vi i samfunnet ser på eldreomsorg som underlagt et ”behandlingsregime”. Forfatterne tar her til orde for at det å bli gammel er en naturlig prosess og ingen sykdom. I denne tankegangen ligger et ønske om å slippe frivillige ressurser mer til i eldreomsorgen. Mange gamle har omfattende pleiebehov som skal være underlagt behandlerapparatet, men ensomheten kan bli vesentlig mindre, dersom frivillige får mulighet til å utøve omsorg. I dette spenningsfeltet mener forfatterne at frivilligheten innen omsorgen for de gamle taper, på bekostning av at ansatte ikke tør eller ønsker å slippe andre krefter til.

Disch og Vetvik (2009) har med utgangspunkt i St. meld. 25 (2005-2006) gjennomført en kartlegging av status i kommunenes omsorgsplanarbeid. Kartleggingen tar for seg fem hovedtema, herunder kommunens satsing på aktiv omsorg og større samhandling med familie og frivillige. Rapporten konkluderer med at selv om dette er et område kommunene ønsker å ville satse på, er det lite som tyder på at det foreligger eksplisitte planer for gjennomføring av tiltak på dette område.

## 2.2 Frivillig

I språkrådets bokmålsordbok finner jeg følgende om ordet frivillig: En person som ønsker å gjøre noe for en annen frivillig, av egen vilje – selvvalgt. Om jeg deler opp ordet fri – villig, får jeg følgende: fri – ikke under tvang, og villig – gjøre noe etter noens ønske (Bokmålsordboka 2010).

Habermann (2007) definerer en person som utfører frivillig arbeid som en person som velger å arbeide frivillig, ulønnet for andre mennesker enn nær familie.

## 2.3 Frivillig sosialt arbeid, de frivilliges rolle og motivasjon

Frivillig sosialt arbeid handler om å delta i organisert frivillighetsarbeid innen omsorgsfeltet, for eksempel sykehjem som drives enten av det offentlige, private aktører eller av frivillige lag- og organisasjoner. Frivillige personer er enkeltpersoner eller frivillige organisasjoner som utfører frivillighetsarbeid. Habermann (2007) definerer frivillig sosialt arbeid som innsats fra enkeltpersoner eller organisasjoner som utfører en oppgave uten å motta lønn, innenfor det sosiale området.

De frivilliges rolle adskiller seg fra de ansattes ved at ved at pasientene betrakter den frivillig som mer lik dem selv og at det er gjensidigheten i forholdet som får betydning. Gjensidigheten knyttes her opp mot at den frivillige har tid, er empatisk, lyttende og ligner mer på et vennskapsforhold (Poort 2006).

Habermann (1987, s. 95) viser til at motivasjon for å gå inn i frivillig arbeid ikke alltid er like lett å få en klarhet i: ”den frivillige synes det er svært at forklare, eller fordi hendes grunde er uklare for hende selv”. Hun presiserer likevel at gjensidigheten er et bærende element i frivillighetsarbeidet og helt klart knyttet opp i mot verdiene av det å arbeide som frivillig. Min erfaring tilsier at den frivilliges motivasjon handler like mye om egennytte som gjensidighet og altruisme.

## 2.4 Sivilsamfunn

I sivilsamfunnet inkluderes enkeltpersoner, grupper og organisasjoner som organiserer sin virksomhet uavhengig av staten, ut fra en tanke om å skape solidaritet og verdier, og ut fra organisasjonens egen interesse. I følge Lorentzen (2007) kan sivilsamfunn som begrep være vanskelig å definere. Lorentzen beskriver sivilsamfunnet som: ”et rom der alle er greie mot hverandre, utfolder sin idealitet og vil det beste for fellesskapet” (2007, s.9). Lorentzen peker videre på hvordan det sivile fellesskapet ”binder sammen mennesker med felles interesser” (2007, s.8), hvor samvær, samtale og aktiviteter som utføres sammen med andre, fører til nærhet og knytter deltakerne nærmere hverandre.

Rønning, Schanke og Johansen (2009) omtaler sivilsamfunnet ”som den tredje sektor”. Den tredje sektor forstås i rapporten (ibid) som både frivillige lag og foreninger og uformelle strukturer som naboer, venner og familie.



Habermann (2007, s. 44) snakker om den tredje sektor som der hvor ”de frivillige organisasjonene hører hjemme” og hvor det ”forgår frivillig virksomhet”. Betegnelsen den tredje sektor forstås ut i fra en tenkning om en tredeling, den offentlige sektor, den private kommersielle sektor og den tredje sektor. Sektorbegrepet brukes på mange måter og betegner også type områder og virksomheter, for eksempel sosialsektoren, kultursektoren og skolesektoren (ibid). Det som skiller den tredje sektor fra de andre sektorene er dens verdimeslige særpreget (Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000). Til tross for at organisasjonene ofte mottar offentlig støtte er det innsatsen i sektoren som er betegnende. Innsatsen består av mennesker som arbeider frivillig, deres verdier er særegne og kan ikke erstattes av lønnsarbeid. Deltakelse i frivillig arbeid oppleves som meningsfylt for de som deltar og for samfunnet rundt fordi de frivillige bidrar med ressurser og skaper engasjement og verdier som ikke på samme måte kan måles i kroner og øre (ibid).

#### **2.4.1 Sivilsamfunn og eldre**

Rønning (2009) tar til orde for at det offentlige bør legge forholdene til rette for et bevisst samspill mellom uformelle hjelpere og det offentlige hjelpeapparatet for å sikre best mulig kvalitet i omsorgen for eldre. Med uformelle hjelpere mener Rønning både pårørende og frivillige medarbeidere. Forfatteren viser til at pårørende i form av ektefelle er de største omsorgsyterne. Rønning løfter også frem viktigheten av at sivilsamfunnet beholder sin egenart i spillet mellom det offentlige hjelpeapparatet og sivilsamfunnet.

### **2.5 Perspektiver på frivillig sosialt arbeid og samarbeid**

Norge har lang erfaring i å utøve frivillig innsats, også innenfor helse- og sosialfeltet. Til tross for det, finnes det i dag lite forskning innfor frivillig sosialt arbeid knyttet spesielt til sykehjem. Oslo kommune gjennomførte i perioden 1999-2000 et forsøksprosjekt med frivillig innsats på 5 sykehjem, hvor Brodtkorb (2001) har skrevet en sammenfattende rapport om erfaringene fra de ulike sykehjemmene. Rapporten konkluderer med at for å lykkes i dette arbeidet, må prosjektet være forankret i organisasjonen og hvor det å ha en ansatt frivillighetskoordinator er helt essensielt. Brodtkorb tar også til orde for at det å ha frivillige på sykehjem gir økt livskvalitet til beboerne og større bevissthet om hva frivillig innsats innebærer i avdelingene. I tillegg har Hansen (2005) skrevet en evalueringsrapport om

frivillig virksomhet på to sykehjem i Fredrikstad i 2003. Rapporten konkluderer blant annet med at frivillige på sykehjem har gitt beboerne utvidet sosial kontakt og mer aktivitet. Rapporten sier videre at det er grunn til å anta at kontakten med de frivillige kan forebygge utvikling av depresjon hos beboere.

Flere sykehjem har etter hvert inngått et samarbeid med frivillige enkeltpersoner eller organisasjoner om å utføre frivillig arbeid. Et av sykehjemmene som har startet med frivillig arbeid og som har kommet med en evalueringsrapport, er Løvåsen sykehjem i Bergen (Haugland og Eliassen 2008). Løvåsen sykehjem startet et prosjekt med frivillighetsarbeid i sykehjemmet i 2006 med en ansatt i 25 % stilling. Prosjektet ble formelt avsluttet i 2008, men frivillighetsarbeidet fortsetter med en ansatt i samme stillingsbrøk. Evalueringen fra Løvåsen sykehjem peker på viktigheten med forankring i ledelsen, ivaretagelse av de frivillige og at ansatte på sykehjemmet er involvert og har et eierforhold til frivillighetsarbeidet.

I 2005 kom en forskningsrapport fra Handelshøyskolen BI (Midttun, Dirdal og Gautesen 2005), om partnerskap mellom det offentlige og private bedrifter i samarbeid med frivillig sektor. Rapporten er på mange måter et uttrykk for muligheter til å ta i bruk nye samarbeidsformer, samtidig som den setter søkelyset på noen utfordringer ved et slikt samarbeid. Rapporten tar utgangspunkt i et prosjekt gjennomført av Bærum kommune og Frivilligsentralen, hvor ansatte i utvalgte private bedrifter ble engasjert til å utføre frivillige oppgaver, med bakgrunn i en partnerskapsavtale inngått mellom bedriften og Bærum kommune.

I en rapport skrevet av Hjære (2005), ved Center for frivillig sosialt arbejde i Danmark, har Hjære fulgt og evaluert tre ulike partnerskapsprosjekter over to år. Partnerskapsprosjektene er ulike, men handler alle om å utvikle sosiale tiltak for mennesker bosatt i tre forskjellige kommuner i Danmark, i et samarbeid mellom frivillige organisasjoner og det offentlige. I rapporten beskriver Hjære prosessen de ulike organisasjonene og samarbeidspartnerne har vært igjennom ved å etablere et partnerskap. Resultatene eller effekten av partnerskapet beskrives som vanskelig å konkludere, da etableringen av selve partnerskapet har tatt mest tid, mens tiltakene som ble etablert i partnerskapets regi først kom i gang på slutten av prosjektperioden.

Det er en stor forskjell mellom Bærum kommune sitt prosjekt og prosjektene beskrevet fra Danmark. Bærum kommune har valgt å implementere private bedrifter i sitt partnerskap, hvor ansatte får fri til å utføre frivillig arbeid. I Danmark er prosjektene utviklet som et partnerskap med frivillige organisasjoner og det offentlige uten deltakelse fra det private næringsliv.

I 2006 kom KS (tidligere Kommunenes Sentralforbund) med en veileder, et forslag til utvikling av en lokal frivillighetspolitikk/frivillighetsmelding for kommunene. I 2010 fulgte KS opp i forhold til veilederen og gjennomførte en spørreundersøkelse som ble sendt til alle landets kommuner om hvor mange som hadde utviklet en frivillighetsmelding. Til tross for at kun 20 % av kommunene hadde utviklet en frivillighetsmelding, svarte over halvparten at det fantes samarbeidsavtaler med frivillige organisasjoner om å utføre tjenester for kommunenes virksomheter. Flere av kommunene, over 50 %, mente at det i fremtiden ville være et behov for tettere samarbeid med frivillig sektor, men kun 26 % hadde planer om å utvikle en frivillighetsmelding for sin kommune. Litt over halvparten av landets kommuner svarte på spørreundersøkelsen (KS 2010).

KS sin undersøkelse er i tråd med tidligere nevnt Disch og Vetvik (2009) sin kartlegging hvor kommunene gir uttrykk for et ønske om større samhandling med frivillig sektor, men hvor det ikke er gjennomført noen planlegging for å imøtekomme behovene på dette området. Et unntak er muligens Hordaland fylke, hvor seks kommuner, med støtte fra Fylkesmannen i Hordaland, har gått sammen om å finne fram til ulike modeller for samarbeid mellom frivillige aktører, herunder pårørende, frivillige enkeltmennesker, lag-organisasjoner, og den kommunale pleie- og omsorgstjenesten i de ulike kommunene. Prosjektet i Hordaland er et medvirkningsbasert aksjonsforsknings samarbeid. Prosjektet startet i 2011 og avsluttes i 2012. Resultatet av prosjektet formodes å erverve viten og forståelse om samarbeidet mellom frivillige og omsorgssektoren, med mål om å kunne utvikle modeller for samarbeid med frivillige aktører (Fylkesmannen i Hordaland).

Bergen Røde Kors Sykehjem har som tidligere uttalt i masteroppgaven, lang erfaring i å tilrettelegge for frivillig virksomhet. I tillegg har sykehjemmet en uttalt visjon om å ”bli anerkjent som Norges ledende sykehjem når det gjelder omsorg og verdighet for de eldre” (Bergen Røde Kors Sykehjem). Bergen Røde Kors Sykehjem baserer sitt verdigrunnlag på Røde Kors sine prinsipper, en hospice-filosofi og Palliativ Care. Sykehjemmet er opptatt av utvikling og fagkompetanse som skal sikre at pasienter og pårørende blir ivaretatt

psykososialt og behovsmessig både fysisk og åndelig. Bergen Røde Kors Sykehjem har i dag 174 sengeplasser fordelt på åtte avdelinger, samt en dagavdeling med 15 plasser. I 1998 ble det etablert et nasjonalt prosjekt ved sykehjemmet som hadde til formål å satse på undervisning, kompetanseutvikling og publikasjoner vedrørende palliativ medisin for eldre. I 2009 ble Verdighetscenteret etablert. Verdighetscenteret er en videreføring av prosjektet fra 1998 og er tilknyttet Bergen Røde Kors Sykehjem. I sin årsrapport fra 2010 uttales følgende fra Verdighetscenteret:

Knapt noe tiltak innenfor eldreomsorg de neste tiår vil være mer kostnadseffektivt og holdningsskapende enn utvikling av omfattende og organiserte frivillighetstjenester og opplæringstiltak for fagpersonalet innenfor eldreomsorg. Lykkes man med en godt forberedt plan for denne satsingen, vil de sårbare gamle i dag og de kommende tiår kunne sikres en siste levetid med livskvalitet og verdighet (2010, s. 4).

Verdighetscenteret etablerte i august 2011 en nasjonal enhet for opplæring av frivillighetskoordinatorer innenfor eldreomsorg. Opplæringen er en videreføring av et opplæringsprogram som startet i 2007. I opplæringsprogrammet forpliktet deltakerne seg til å gjennomføre prosjekter, hvor formålet var å utvikle kompetansen innenfor Palliativ Care (omsorg ved livets slutt), i samarbeid med frivillige på eget hjemsted.

Til tross for at Norge har en lang tradisjon i frivillig arbeid, jamfør St. meld. nr. 39 (2006-2007), har de frivillige organisasjonenes oppgaver innen helse- og sosialfeltet endret karakter, blant annet på grunn av fremveksten av den norske velferdsstaten (ibid). Velferdsstatens utvikling kan sies å ha mange likhetstrekk for hele Skandinavia. Oppgaver som tidligere ble tatt hånd om av familie, venner og frivillige lag- og organisasjoner har av det offentlige etter hvert blitt definert som et offentlig anliggende. Omsorgsoppgavene har dermed flyttet seg fra privatsfæren og til arbeidsoppgaver utført av kvinner og menn, og da spesielt kvinner, ansatt i stat og kommune (Esping-Andersen i Hansen 2007).

I følge en NOVA rapport (2004), utarbeidet av Daatland og Herlofsen er vi i en: ”brydningstid der grensa mellom privat og offentlig ansvar revurderes” (2004, s.17). Rapporten setter blant annet søkelys på og rollefordelingen innen eldreomsorgen, og spør hva som bør være det offentliges ansvar i forhold til hva som bør være familiens og sivilsamfunnets ansvar. Funn gjort i rapporten fra Norge tyder på at selv om velferdsstaten yter mye mer hjelp til eldre enn andre land rapporten har sammenlignet hjelpetjenestene med som Spania, Tyskland, England og Israel, erstatter ikke tjenestene som det offentlige yter, ytelse fra familien. Selv ikke når den eldre flyttes til en institusjon på grunn av økt

hjelpebehov, reduseres ytelsene, men får heller en annen karakter i form av mer emosjonell støtte og innhold i tjenesten (ibid).

Rønning, Schanke og Johansen (2009) tar utgangspunkt i St. meld. nr. 25 (2005-2006), og poengterer at samhandling og samarbeid mellom det offentlige hjelpeapparatet og sivilsamfunnet må ta utgangspunkt i hjelpebehovet hos brukeren. Rapporten peker videre på viktigheten av at hjelpeapparatet ser nødvendigheten av et samarbeid og er villig til å tilrettelegge samarbeidet ut fra sivilsamfunnets evner og mulighet for innsats.

Habermann (1987) stiller spørsmål ved når starter det offentliges ansvar og når slutter det offentliges ansvar, i forhold til omsorgen for enkeltindividet. Habermann setter her søkelys på hva hun kaller omfattende sosiale problemer, og snakker om økt isolasjon og ensomhet blant befolkningen i Danmark, og jeg føyer til Norge. Sosialt felleskap og sosiale relasjoner hører blant annet sivilsamfunnet til. Av og til klarer det offentlige å samarbeide med sivilsamfunnet om å få til gode samarbeidsrelasjoner og forhindre ytterligere ensomhet, ved å styrke den enkeltes sosiale nettverk (ibid).

I en statusrapport fra Den norske legeforening (2001) om situasjonen i helsetjenesten, tok legeforeningen opp viktigheten av å benytte frivillige medarbeidere som ressurs i sykehjem. Rapporten viser til ensomhet og mangel på aktivitet for de gamle i sykehjem. Oppgaver som turgåing, kulturelle eller sosiale tiltak foreslås som et supplement til beboerne i sykehjem. Rapporten nevner at det foregår samarbeid med enkelte sykehjem om frivillig innsats til glede for beboere. Videre viser rapporten til at en del sykehjem dessverre oppleves som lukkede institusjoner uten evne til å implementere verken frivillige eller pårørende i omsorgen for beboerne (ibid).

Lorentzen (2007) trekker frem viktigheten av at hjelpeapparatet er åpne for ”amatørene” og skjeler til profesjonalismen i det offentlige omsorgsarbeidet. Lorentzen definerer en amatør som:

En som stiller seg selv, sitt engasjement og sin livserfaring til disposisjon for et godt formål, på ubetalt, frivillig basis. Amatøren utfolder seg selv og sin personlighet, på godt og ikke fullt så godt (2007, s. 86).

Lorentzen tar her til orde for at hjelpeapparatet med sin profesjonalitet, kan føle seg truet av sivilsamfunnets amatører og derfor ikke evner helt å samarbeide. Hansen (2005, s. 17) peker på at ”de frivillige trolig har en annen tilnærming til de som det skal ytes hjelp” og snakker

om de frivilliges holding som mer altruistisk og preg av gjensidighet fremfor behandlingsorientert. Romøren (2008) tar i en artikkel i Aldring og Livsløp opp temaet omsorg. Romøren viser i artikkelen til at det å vise omsorg ikke kun er forbeholdt omsorgsyrkene, men at det ligger iboende hos oss mennesker og at denne holdingen ofte kommer til syne på flere områder. Vi mennesker utøver med andre ord omsorg på arbeidsplassen, blant venner og innad i familien. Sivilsamfunnet med sitt ønske om å være til nytte og utøve omsorg i lokalsamfunnet bør derfor ikke true det offentlige hjelpeapparatet, men være komplimenterende.

Fransiskushjelpen i Oslo har i mange år, siden 1956 rekruttert frivillige til blant annet omsorg for alvorlig syke kreftpasienter (Herrestad, Lundereng og Øhrn 2010). Forfatterne (2010, s. 22) tar til orde for at "frivillige ikke er en enhetlig gruppe" og benevner de frivillige som mennesker, mange med høy utdanning og lang yrkeserfaring. Det frivillige arbeidet som gjøres i regi av Fransiskushjelpen handler om å integrere de frivillige inn i tjenesten sammen med pleiepersonalet. De frivillige utfører ikke lovpålagte oppgaver, men kan bidra til et mer helhetlig omsorgstilbud. Tilbudet handler om omsorg ved å by på seg selv, gi rom for samtale og være en medfølger til turer og arrangementer som kan gi økt trivsel og hygge.

## 2.6 Frivillig arbeid – en egen ideologi?

Med øyne rettet mot tidligere forskning om sivilsamfunnet, forskning gjennomført blant annet av Habermann, Lorentzen, Selle, og Wollebæk, og med erfaring fra å lede profesjonelt frivillig sosialt arbeid, mener jeg frivillighet innfor det sosiale feltet har en felles ideologi. Ideologien bak den frivillige handlingen, handler om omsorg, nettverk, livskvalitet, medmenneskelighet og gjensidighet (Habermann 1987). Motivene og verdien knyttet til det frivillige sosiale arbeidet er like mye gjensidighet som altruisme, likeledes handler det om fellesskap, eller som Habermann (2007, s. 40) uttrykker det, "møtet med medmennesket".

Selv kommer jeg i denne studien ikke nærmere inn på de frivilliges motivasjon for den frivillige innsatsen, men mener at motiver handler om å oppfylle bestemte behov. En aktuell sammenlikning kan være Maslows berømte behovspyramide. Hvor det grunnleggende handler om de fysiologiske behovene, så kommer trygghet, kjærlighet, anerkjennelse og til slutt selvrealisering. Habermann (2007) viser til at behovene hos oss mennesker endres i forhold til alder og livssituasjon, og hva som er viktigst for den enkelte. Blant annet blir

arbeid fremsatt som en viktig faktor i menneskets liv og at frivillig innsats kan ses på som en forlengelse av tidligere arbeidsinnsats (ibid). Dette er også i tråd med Hansen (2005, s 59) sine funn om at det var ” viktig for de frivillige å delta i en form for arbeidsfellesskap”, og sikter til de frivilliges rolle i sykehjemmet som en likeverdig part. Wollebæk, Selle og Lorentzen (i Habermann 2007) poengterer at motiver for å starte med frivillig arbeid endres også over tid. De frivillige la mer vekt på altruistiske motiv i startfasen av sitt frivillige virke, mens årsaken til å fortsette med frivillig arbeid etter hvert handlet mer om tilhørighet i et sosialt fellesskap med andre frivillige. I tillegg viser Habermann (2007, s. 59) til at de frivilliges motiv for å være med i det frivillige arbeide er motivert ”ud fra et ønske om at hjelpe andre så vel som sig selv”. Jeg mener det handler om økt trivsel og livskvalitet for de som mottar og for de som yter. Det ligger sosiale nettverksteorier og sosial kapital bak utførelsen og mottagelsen av den frivillige gjerningen. Begrepene som økt livskvalitet, trivsel, sosialt nettverk og sosial kapital har også alle et omsorgsperspektiv. Jeg har en hypotese om at betydningen av det frivillige arbeidet vil komme frem fra respondentene i denne undersøkelsen og at betydningen henger nøye sammen med ideologien bak det frivillige arbeidet. I tillegg mener jeg at frivillig arbeid er helsefremmende for de som yter og for de som mottar. I en rapport fra USA (Grimm, Spring og Dietz 2007), slås det fast at det er en signifikant sammenheng mellom deltagelse i frivillig arbeid og bedre helse. Rapporten bygger på flere undersøkelser om frivillig arbeid både på individnivå og på en sammenligning mellom ulike stater i USA. På individnivå peker undersøkelsene på at mennesker som deltok i frivillig arbeid hadde lavere forekomst av depresjon og hjertelidelser enn tilsvarende innen samme aldersgruppe og som ikke deltok i frivillig arbeid. Rapporten har i tillegg sammenlignet flere stater og mener det er gjennomgående dårligere helse i stater som viser til lavere samfunnsengasjement og deltakelse i frivillig arbeid, enn stater med høy forekomst av samfunnsengasjement og deltakelse i frivillig arbeid. I rapporten kommer det frem at i undersøkelsene er det tatt høyde for sosioøkonomisk status, utdanning, sivilstand, alder, kjønn og etnisitet. Til tross for at jeg i denne studien har valgt ikke å trekke veksler på undersøkelser fortatt utenfor Skandinavia, mener jeg rapporten fra USA forteller mye om den helsefremmende effekten for den frivillige. Jeg mener derfor at det grunnleggende i frivillighetsarbeidet handler om økt trivsel og velvære for alle impliserte, og at frivillig arbeid er helsefremmende for dem som deltar.

## 2.7 Livskvalitet

Livskvalitetsbegrepet er et subjektivt begrep og handler om hvordan vi oppfatter vår egen tilværelse. Om vi synes at vi har det bra under de forutsetningene vi lever under. WHO tar for seg livskvalitetsbegrepet som hvordan vi som personer oppfatter oss selv i forhold til egne forventninger, normer og bekymringer, i lys av aktuelle kultur og verdisystemer. WHO definerer livskvalitet slik:

Individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live in relation to their goals, expectations, standards and concerns (WHO 1997).

Livskvalitet handler om at livet har en verdi. Henriksen (2007) snakker om livskvalitet som en prosess i livet. Å ha et godt liv handler om det enkelte menneskets egen opplevelse av om livet er godt for en selv, men er ingen tilstand som vedvarer for alltid. Vi kan som mennesker oppleve at livet er godt å leve i perioder, mens livet i andre perioder kan være utfordrende. Forfatteren tar til orde for at selv om livskvalitetsbegrepet er subjektivt så er det et samfunnsansvar at livet kan oppleves godt for flest mulig. Henriksen snakker her om at samfunnet som system må skape forutsetninger politisk, og at vi som enkeltindivider og gruppe har et ansvar for å opptre sjenerøst mot hverandre og ha en høy toleranseramme overfor hverandre. Henriksen sier blant annet følgende om livskvalitet: "Livskvalitet lyder som noe, hvert eneste menneske burde ha, og hvis ikke det har det, bør det hjelpes til at få det" (2007, s.21).

Næss (2001) betegner livskvalitet som: "å ha en grunnstemning av glede" (2001, s.7). Næss knytter begrepet opp til enkeltindividet, men er enig med Henriksen, at samfunnets oppbygning og utvikling kan ha innvirkning på hvordan vi som mennesker gis maksimal mulighet til å oppnå høy livskvalitet. Næss snakker om å ha god livskvalitet ut fra hvordan vi som mennesker oppfatter livet, om vi er tilfreds, tenker at livet er godt og om vi føler at livet er godt. Næss betegner med andre ord livskvalitet som: "Individets positive og negative opplevelser av kognitiv eller affektiv art" (ibid, s.15).

Næss (2001) peker på problemet med at flere vitenskapelige virksomheter har definert livskvalitetsbegrepet forskjellig. Næss knytter begrepet opp til enkeltindividet, om det å ha det godt, føle glede, være tilfreds med livet og oppleve en mening med tilværelsen. Når



Næss knytter begrepet opp til enkeltpersoner og ikke til samfunnet, betyr ikke det at samfunnet har en stor betydning i forhold til enkeltindividets muligheter for å oppnå god livskvalitet. Snarere tvert i mot, hvordan samfunnet er organisert, og gir muligheter for enkeltindividet til å oppnå livskvalitet kan være avgjørende, spesielt for mennesker som er avhengig av andre for å kunne oppnå stor grad av tilfredshet i livet. Næss (2001, s. 72 – 74) hevder høy livskvalitet indikerer at individet er 1) ”aktiv” som å være engasjert i noe som oppleves meningsfylt. 2) At vi som mennesker har ”sosiale relasjoner” som nært forhold til minst ett annet menneske. 3) Har et ”godt selvbilde”, eller god selvfølelse og 4) en ”grunnstemning av glede” og velvære.

Næss definerer livskvalitetsbegrepet ut i fra hvordan vi som enkeltmennesker opplever at vår tilværelse er. Har vi som enkeltmennesker høy grad av livskvalitet, da er vi engasjerte, glade, har et nettverk og god selvfølelse. I et sykehjem vil beboerne derimot måtte være avhengig av både ansatte, familien, andre hjelpere og muligens også andre beboere for å kunne oppleve god livskvalitet i hverdagen. Henriksen (2007) sier om livskvalitet at fellesskap en viktig faktor. Henriksen tar utgangspunkt i Næss sin definisjon og snakker om viktigheten av relasjonskontakt og opplevelse av fellesskap med andre. Henriksen (ibid) knytter fellesskap opp til nettverksbegrepet. Her nevner Henriksen nettverk som:

det der sker mellom mennesker i et samfund, det er de følelsesmessige, praktiske og sociale forbindelser mellom mennesker. Nettverk er fx kærlighedsforholdet mellom to mennesker; det er et godt plejehjem for de gamle (2007, s. 77).

Henriksen nevner i boken ”Livskvalitet – en utfordring” Habermann og refererer til Habermann sin beskrivelse av nettverk. Habermann (1987) snakker om tre typer nettverk, det er det primære nettverket som handler om familien og nære venner, og som defineres som det uformelle nettverket. Videre taler Habermann om det sekundære nettverket som består av det offentlige, definert som det formelle nettverket, og til slutt snakker Habermann om det tredje nettverket som kan være frivillige hjelpere, kirken, lag- og organisasjoner. Habermann taler om det tredje nettverket som nødvendig ut i fra at de to andre nettverkene ikke er i stand til å dekke det enkeltes menneskets behov for daglig omgang og fellesskap. Videre tar Habermann til orde for at det tredje nettverket er vel så viktig som de to andre nettverkene og bør ikke kun ses på som en nødløsning, dersom de andre nettverkene ikke er i stand til å ivareta brukerens behov. Habermann mener det tredje nettverket bør ses på som et likeverdig

alternativ og en samarbeidspartner til de andre nettverkene, slik at de tre nettverkene blir i stand til å virke sammen til brukerens beste.

### **2.7.1 Trivsel**

I følge Bowling og Windsor (i Møller og Knudstrup 2008) finnes det ikke en allmenn gjeldende definisjon av trivsel. Trivselsbegrepet blir brukt på forskjellige måter og i forskjellige sammenhenger. Trivsel oppfattes forskjellig og er i likhet med livskvalitet subjektivt, i følge Rustøen (1992, s. 15) kan trivsel betegnes som ”et fenomen av mer kortvarig karakter enn livskvalitet”. Rustøen mener at til tross for at jeg kan oppleve at jeg trives i perioder i livet, behøver ikke det å bety at jeg, når jeg ser meg tilbake, mener at livet i det store og det hele har vært godt å leve.

Bergland (2006, s. 11) har valgt trivsel som begrep fremfor livskvalitet i sin doktoravhandling. Bergland mener at eldre kan ha vanskeligheter med livskvalitetsbegrepet fordi det ikke så lett lar seg presist definere og referer til at trivsel kan ses på som både ”et uttrykk fra hverdagspråket og et faglig begrep”. Begge begrepene er subjektive og rommer mye av det samme. Jeg vil i studien benytte både livskvalitet og trivsel som begrep.

## **2.8 Omsorg**

Å vise omsorg og det å ha omsorg for en annen er en viktig forutsetning både i det frivillige sosiale arbeidet og i utøvelsen av det profesjonelle omsorgsyirket. Nortvedt (2001) mener at forskjellen på den profesjonelle og den private, og jeg legger til frivillige, omsorgen ligger i hva som motiverer de forskjellige formene for omsorg. Profesjonell omsorg handler om og er motivert ut i fra en forpliktelse til å utøve og ivareta den enkeltes behov for omsorg. Den private og den frivillige omsorgen derimot, handler om en motivasjon ut i fra en personlig tilknytning til vedkommende. Omsorgen har mer en emosjonell karakter som kan betegnes som vennskap eller nærrelasjonsbetinget (ibid).

Martinsen sier (i følge Aadland 2004, s. 208) at omsorg er ”en fundamental forutsetning for våre liv”, her handler det om å ha empati og forståelse for den andres situasjon. Jeg mener de frivillige kan i utøvelsen av sin tjeneste på sykehjemmet gjøre en fundamental forskjell. Det er i relasjonen med den andre at omsorgen utøves. De frivillige byr på seg selv, hvor gleden

av å være til nytte og hvor respekt og gjensidig sympati utvikles. I det frivillige sosiale arbeidet er gjensidigheten et viktig element og i følge Habermann (1987) blir gjensidigheten i det frivillige arbeidet også langt mer tilgjengelig, fordi partene er mer lik hverandre. I frivillig sosialt arbeid som her på et sykehjem, vil relasjonen mellom den frivillige og beboeren stå sentralt, hvor nære bånd og vennskap kan knyttes og utvikles.

I Escolas ordbok (Taule 2001) forklares omsorg med: det å sørge for, eller vise omhu eller omtanke for. Om omsorg sier Martinsen (2005) at omsorg handler om tillit, tillit til den andre og det å knytte bånd. Vi er som mennesker avhengig av hverandre og det er i relasjonen til den andre at tillit skapes, gjennom ivaretagelsen av den andre. Hjort (2001) snakker om tillit som noe som må skapes av den enkelte og ikke nødvendigvis kommer av seg selv i kraft av den posisjonen mennesket har som profesjonell omsorgsutøver. I tilliten ligger to forutsetninger hevder Hjort (ibid), hvor det ene er å kunne faget, og det andre at omsorgsarbeideren er i stand til å vise omsorg for, eller bry seg om pasienten. Hjort hevder med andre ord at tillit skapes i trygghet om at omsorgsutøveren kan faget og er god på å formidle til pasienten og pårørende om sin faglige kunnskap, og i tillegg er i stand til å vise omtanke for pasienten og pårørende. Romøren (2008, s. 8) omtaler omsorg som den som viser ”omtenksomhet og hengivenhet overfor en annen” og snakker dermed om omsorgsbegrepet ut i fra holdning, eller at vi som mennesker viser omsorg gjennom en atferds- og kommunikasjonsform.

## 2.9 Sosialt nettverk/sosial kapital

Sosialt nettverksarbeid og nettverkstekning har i mange år vært en vanlig forebyggingsstrategi overfor mennesker som trenger å få tilført støtte i hverdagen. Sosialt nettverksarbeid og sosial kapital har i følge Rønning (2009) en del fellestrekk. Jeg velger å benytte både sosialt nettverk og sosial kapital i det teoretiske perspektivet, da jeg mener det fremkommer i resultatpresentasjonen at frivillig sosialt arbeid er nettverksbyggende og kan akkumulere sosial kapital.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i Bø og Schiefloe (2007) sin definisjon av sosialt nettverk som er:

når individer danner et uformelt system av relasjoner mellom seg, som er varig, avgrensbar og gjerne knyttet sammen av viss fellesskapsopplevelse (2007, s.26).

I følge Fyrand (2005) handler sosialt nettverk både om sosiale relasjoner, om samhandling eller interaksjon og at samhandlingen skjer i en uformell struktur, det vil si mellom kollegaer, venner eller familie. Når vi mennesker etablerer et sosialt nettverk handler det om kommunikasjon, gjensidighet og nærhet. I hvilken grad relasjonen er veldig nær handler mer om i følge Bø og Schiefloe (2007) hvordan vi selv definerer relasjonen, hvor verdifull vi syns personen er for oss.

Sosial kapital handler om sosiale relasjoner, nettverksbygging og gjensidighet. Sosial kapital er en form for kapital vi som enkeltindivider kan akkumulere og som gjøres tilgjengelig ved behov. Hvor mye sosial kapital det enkelte individ rår over, er avhengig av nettverkets størrelse og den enkeltes investering (Bø og Schiefloe 2007).

Den franske sosiologen Pierre Bourdieu (i Bø og Schiefloe 2007) er en sentral skikkelse i betydningen av å forstå den sosiale kapitalen både i forhold til enkeltindividet og på gruppenivå. Bourdieu (ibid) definerer den sosial kapitalen som er tilgjengelig gjennom deltakelse i nettverk på følgende måte:

Sosial kapital er summen av de faktiske eller potensielle ressursene som er knyttet til det å ha et varig nettverk av mer eller mindre institusjonaliserte relasjoner, preget av gjensidig kjennskap og anerkjennelse (2007, s.160).

Når Bourdieu, i følge Bø og Schiefloe (2007), snakker om sosial kapital på gruppenivå, snakker han om at gruppens tilførsel av sosial kapital er en konsekvens av investeringer i nettverket. Ressursene som tildeles den enkelte eller kollektivt handler om deltakernes forpliktelser og evne til å vedlikeholde de sosiale båndene. På den måten vil investeringene kunne gi avkastning både på kort og på lang sikt.

Robert D. Putnam (1993), en annen sentral skikkelse i forhold til sosial kapital, er opptatt av den sosiale kapitalens betydning både på individnivå og på makronivå. I ”Making Democracy Work - Civic Traditions in Modern Italy”, har Putnam sett på forholdene i Syditalia og Norditalia og hevder at Norditalias suksess i forhold til velstand og utvikling ligger i demokratiutvikling og i tillit menneskene imellom. Norditalia har en lang tradisjon på samarbeid og organisasjonsbygging. Syditalia preges av mistillit, korrupsjon og kriminalitet. Putnam forklaring er at Syditalia ikke har de samme tradisjonene som Norditalia og får derfor også et samfunn uten samhold og tillit. Putnam peker på

organisasjonenes evne til å generere sosial kapital og hvordan samfunnet nyttiggjør seg den sosiale kapitalen. Gjennom ulike aktiviteter og nettverksbygging ansikt til ansikt, lærer deltakende i organisasjonen å stole på hverandre og gjensidig tillit skapes. Deltakerne oppdras med andre ord til å ta ansvar for hverandre og utvikler en fellesskapsfølelse. Tilliten som skapes kommer samfunnet til nytte fordi deltakerne føler ansvar for hverandre og lokalsamfunnet utvikles til et tryggere sted å bo for alle.

Foruten Pierre Bourdieu og Robert Putnam har sosiologen James Coleman vært sentral i bidraget til å se på emnet sosial kapital. James Coleman ser på sosial kapital som en ressurs som "er forankret i en sosial struktur" (i Bø og Schiefloe 2007, s. 161). James Coleman (i følge Helsedirektoratet hefte 04/2010, s. 12) sier at den sosiale kapitalen er en "ressurs innvevd i relasjonene mellom aktørene". I et sykehjem vil de frivillige kunne utvikle sosial kapital fordi de har en felles interesse som å være frivillig i et sykehjem, og derfor ha mulighet for utveksling av erfaringer og gi hverandre råd og tips som kan ha innvirkning på den frivilliges gjøremål i sykehjemmet. I tillegg vil de frivillige ha mulighet for utvikling av gode relasjoner seg i mellom som igjen kan akkumulere til sosial kapital. Bø og Schiefloe (2007) mener det kan være viktig å skille mellom definisjonen sosial kapitalen på mikronivå (individnivå) og på meso- og makronivå (systemnivå). På mikronivå defineres sosial kapital som: "ressurser som er tilgjengelige for aktører gjennom deltakelse i sosiale nettverk" og på meso- og makronivå forstås sosial kapital som: "relasjonelt forankrede ressurser som har betydning for et systems kvalitet og funksjonsevne" (ibid, s. 162). Hvordan de frivillige har det i sykehjemmet, deres ivaretagelse og mulighet for utvikling vil i følge Bø og Schiefloe innvirke på sykehjemmets mulighet til å utvikle gode samarbeidsrelasjoner, kommunikasjon og læringsevne. Her er selvsagt ikke bare de frivillige aktørene, men alle ansatte.

Bytteforholdet mellom partene i det sosiale nettverket er ikke fult ut preget av gjensidighet i et sykehjem. De frivillige og de ansatte er begge aktører som gir omsorg til en part, nemlig beboeren og som i utgangspunktet ikke kan forventes å ha like stor yteevne. Bø og Schiefloe (2007) uttrykker den sosiale kapitalets gjensidige forpliktelser mellom individene som byggesteiner i utvikling av den sosiale kapitalen og som bør stå i en rimelighetsgrad til hverandre. Rimelighetsgraden trenger ikke å bety at partene skal kunne akkumulere sosial kapital innenfor samme tidsrom, eller at den kan disponeres fritt av aktørene. Sosial kapital ligger mer i de uformelle strukturene aktørene befinner seg i. Årsaker til at mennesker stiller sine ressurser til rådighet overfor andre i et sosialt felleskap kan handle om forskjellige

former for bytterelasjoner (Nysæther 2004). Beboerne slik jeg ser det, kan få omsorg og bedre livskvalitet. De frivillige ved sykehjemmet vil også kunne oppleve glede ved å tilby omsorg, og i tillegg kunne oppnå både anseelse, tillit og få en posisjon i sykehjemmet.

## 2.10 Helsefremmende arbeid

Helsefremmende arbeid tar utgangspunkt i folks helse og handler om å skape forutsetninger som kan gi økt livskvalitet, trivsel og god helse (Mæland 2005). Når jeg har tatt til orde for å sette livskvalitet, trivsel, omsorg og nettverksarbeid som ideologi bak det frivillige arbeidet, handler frivillighetsarbeidet, til syvende og sist om helsefremmende arbeid.

Helsefremmende arbeid handler om å sette fokus på faktorer som forbedrer helsen. Ottawa-charteret, Canada 1986, definerer helsefremmende arbeid som: ”Prosessen som setter folk i stand til å få økt kontroll over og forbedre sin helse” (Mæland 2005, s.66). Noen forutsetninger ligger til grunn for at individet har mulighet for å oppnå god eller best mulig helse. Forutsetningen ligger utenfor oss selv og handler om rent vann, ren luft, muligheter for utdanning og arbeid og lignende (ibid). Gener spiller også inn på helsen vår, men like viktig er hvordan vi selv som individ kan fremme egen helse og kollektivt kan bidra til en økt helsefremmende effekt i det samfunnet vi lever. Fysisk aktivitet og kosthold er faktorer som påvirker vår helse. Like viktig er de betingelsene som vi selv skaper for oss selv og rundt oss som bidrar til økt trivsel og velvære. Frivillige fremmer egen helse ved å delta aktivt i sosiale fellesskap og ved å bruke seg selv i omsorgen for andre. Likeledes vil beboerne kunne oppnå større livskvalitet ved å delta i sosiale arrangementer og ved å motta omsorg fra frivillige. Gjensidigheten er også et bærende element i omsorgen. Den frivillige medarbeideren og beboeren bidrar således til økt livskvalitet for hverandre. ”Helse skapes og utvikles i hverdagslivet” (Mæland 2005, s. 66), det er med andre ord vi selv som personer som kan utvikle og påvirke det helsefremmende arbeidet for oss selv. En like viktig forutsetning for å fremme det helsefremmende arbeidet i befolkningen, ligger i tilretteleggingen av muligheter for at folk kan delta i et helsefremmende arbeid.

## 3. Metodekapittel

### 3.1 Innledning

Problemstillingen i oppgaven handler om hvordan Bergen Røde Kors Sykehjem benytter de frivilliges ressurser og kompetanse i organisering av omsorgen for de gamle. Problemstillingen er inspirert av egne erfaringer på området og et ønske om å tilegne meg kunnskap fra andre som har nærhet til tilsvarende felt eller fagområde. Valg av metode styres av undersøkelsens formål, problemstilling og hvilke type data som skal innhentes (Kvale og Brinkmann 2009). Jeg har derfor i denne studien benyttet meg av en kvalitativ forskningsmetode.

I følge Kvale og Brinkmann (2009) kan det kvalitative forskningsintervjuet forstås som en interaksjon mellom intervjueren og den intervjuede, her respondenten. Hensikten med interaksjonen eller samtalen er å innhente kunnskap fra respondentenes livsverden, Ved å innhente kunnskap om respondentenes erfaringer fra og med frivillighetsarbeidet, kan jeg som intervjuer få innsikt i verdien eller betydningen av respondentenes opplevde erfaringer fra frivillighetsarbeidet på sykehjemmet. Formålet med det kvalitative forskningsintervjuet er å fange opp sider og forstå betydningen av det frivillige arbeidet ut i fra respondentenes eget perspektiv. Kunnskap om respondentenes livsverden fanges opp på andre måter enn ved en kvantitativ metode, der hensikten mer er å forstå bredden av det som skal etterspørres (Olsson og Sörensen 2003).

### 3.2 Kvalitativ metode

I denne studien, om hvordan Bergen Røde Kors Sykehjem benytter de frivilliges ressurser og kompetanse i sykehjemmet, har hensikten vært å komme nært innpå respondentenes opplevelse, deres forståelse og erfaring med frivillighetsarbeidet som utøves i sykehjemmet. For å belyse problemstillingen har jeg derfor valgt å benytte et kvalitativt forskningsdesign med en fenomenologisk tilnærming.

Den kvalitative forskningsmetoden tar sikte på å ”forstå deltakernes perspektiv” (Postholm 2005, s. 17), eller sagt med andre ord, fange opp deltakernes subjektive meninger og opplevelser ved hjelp av individuelle intervjuer. I det kvalitative forskningsintervjuet er

samtalen eller dialogen det sentrale. Kvalitativ forskning handler om nærhet til respondentene, om et møte ansikt til ansikt, for å få tak i respondentenes egen virkelighetsoppfatning (Repstad 1998). I følge Kvale og Brinkmann (2009) vil et kvalitativt forskningsintervju som forskningsmetode gi forskeren innsikt i de intervjuedes livsverden. Det handler om igjennom ord og beskrivelser, få innsikt i det enkelte menneskets opplevelse, tanker, holdninger, motiver, det vil si den intervjuedes oppfattelse av virkeligheten.

I motsetning til de kvalitative forskningsmetodene, hvor forskningen er fleksibel og sikter mot å forstå og gå i dybden med få individer, tar den kvantitative tilnærmingen utgangspunkt i en entydig formulert problemstilling med mange individer og et begrenset antall variabler (Jacobsen 2005).

Ingen undersøkelse kan gi et fullgodt bilde av virkeligheten, det optimale ville derfor vært å kunne ta i bruk flere metoder, for eksempel både spørreskjema og individuelle intervjuer, og at det kunne gitt mer utfyllende data. Grønmo sier (i følge Garsjø 2001) at det å benytte ulike metoder vil være komplimenterende. Vi snakker da om en metodetriangulering. I følge Malterud (2003) kan metodetriangulering være et middel som beriker, gir nyanser og hjelper oss til bedre å forstå mangfoldet i det vi studerer. En triangulering vil også kunne bidra til å styrke validiteten (gyldigheten) av undersøkelsen (Jacobsen 2005). I følge Garsjø (2001, s. 142) må vi ofte ta et valg, metodevalget er avhengig av ”problemstilling og av hvem undersøkelsen omhandler”.

### 3.3 Valg av design

Jeg har i denne studien valgt en eksplorerende eller utforskende problemstilling med en induktiv tilnærming. Induktiv fordi jeg har hatt et ønske om å få frem ny kunnskap, eventuelt kunnskap som kunne danne grunnlag for tilføyelse og integrasjon, på et område det fra før finnes lite kunnskap om. Induktiv kontra deduktiv tilnærming handler om hvor åpen de forskjellige strategiene er for å ta imot ny informasjon (Jacobsen 2005). Hensikten med en åpen tilnærming handler om å innta en så fordomsfri holdning som mulig, til sykehjemmet og respondentene som kan gi meg ny eller dypere forståelse og innsikt i feltet organisering av frivillige som medspiller i et sykehjem. En induktiv innstilling forutsetter en åpen innstilling under hele prosessen og til det innsamlede datamaterialet. En induktiv metode i



følge Aadland (2004) kan anvendes dersom det finnes lite eller ingen teori å gå ut i fra. Det finnes i dag svært lite forskning fra området organisering av frivillige tjenester i sykehjem i Norge og i Skandinavia. Mye av forskningen på området med frivillig arbeid kommer fra Storbritannia og USA. Årsaken til at Norge og Skandinavia har lite å vise til forskningsmessig handler om vårt forhold til velferdsstaten og en stadig utvikling av samfunnets velferdstjenester (Esping-Andersen i Hansen 2005). Kun i de to - tre siste decennier har frivillig sosialt arbeid blitt satt på dagsorden med en begrunnelse om at staten alene ikke klarer å ta seg av alle velferdsoppgavene, og hvor nye former for frivillig innsats har blitt fremhevet som viktige bidrag til å løse morgendagens omsorgsoppgaver (Lorentzen 2007). Etter hvert har også flere sykehjem sett muligheter for å ta i bruk frivillige medarbeidere som en ekstra ressurs. De frivillige har blitt satt til oppgaver som å gå på besøk til eller gå tur med en beboer. Videre å følge en beboer til lege eller være med i en lesegruppe eller aktivitetsgruppe for flere beboere ved sykehjemmet. I kjølevannet av denne utviklingen har flere evalueringsrapporter blitt utarbeidet (Brodtkorb 2001, Hansen 2005 og Haugland og Eliassen 2008).

En deduktiv tilnærming har flere fortolkningsnivåer (faser), mens en induktiv tilnærming har færre faser å forholde seg til. Jacobsen (2005) viser her til styrker og svakheter ved de forskjellige tilnærmingene. En induktiv strategi handler om å komme nærmere de intervjuede og deres fortolkning av dataene, mens dersom jeg hadde valgt en deduktiv strategi, spørreskjema, ville respondentene kun forholdt seg til min fortolkning av det jeg hadde spurt om eller ønsket svar på.

Utgangspunktet for denne studien har vært å velge et intensivt design fordi jeg har hatt et ønske om å få frem så mye og så nyansert informasjon som mulig om temaet, hvordan sykehjemmet benytter de frivilliges ressurser og kompetanse i organisering av omsorgen for de gamle. Jacobsen snakker om å gå i dybden for ”å få en helhetlig forståelse som mulig av forholdet mellom undersøkelsesenheten og den konteksten undersøkelsesenheten inngår i” (2005, s. 90). Valget falt derfor på ansatte med ulike roller i sykehjemmet og de frivillige i et utvalgt sykehjem. I undersøkelsen valgte jeg bort beboerne, da jeg har hatt et ønske om å se på hvordan de frivilliges ressurser og kompetanse kommer til anvendelse i sykehjemmet, sett med de ansatte og de frivilliges øyne.

### 3.4 Det kvalitative forskningsintervju i et fenomenologisk perspektiv

Jeg har med denne studien hatt et ønske om å se på enkeltindividets, her de frivillige og de ansattes opplevelse av det frivillige arbeidet, og se om deres erfaring av det samme fenomenet, ble opplevd av flere av enkeltindividene. Moustakas (i Postholm 2005, s.43) hevder at hovedformålet med fenomenologisk forskning er ”å forstå meningsfulle konkrete relasjoner som er tilstede i en erfaring i en bestemt situasjon i en spesifikk kontekst”. Postholm (ibid) snakker om erfaringer som mennesker har opplevd og at jeg som forsker igjennom dialogen, kan få tak i menneskenes, her respondentenes opplevelse av de erfaringene som respondentene har opplevd. Kvale og Brinkmann (2009, s.23) sier om det kvalitative forskningsintervju at ”målet er å hente inn beskrivelser om den intervjuedes livsverden for å kunne fortolke betydningen”. Da jeg søker kunnskap og ønsker å få en dypere forståelse av de ansattes og de frivilliges erfaring med frivillighet i sykehjem, kan jeg gjennom dialogen få tak i de tanker og erfaringer respondentene har om temaet. Forståelsen innhentes gjennom å lytte til respondentene og deres opplevelser sett fra respondentenes eget perspektiv (ibid).

I følge Malterud (2003, s.31) bygger kvalitative metoder på ”teorier om menneskelig erfaring (fenomenologi) og fortolkning (hermeneutikk)”.

Den fenomenologiske tradisjonen strammer fra hermeneutikken. Begrepet hermeneutikk har sitt opphav fra Hellas, fra guden Hermes eller også ”fra verbet ”hermenevein” som betyr å forstå” og redegjøre for (Aadland 2004, s.176). En hermeneutisk vitenskapstradisjon bygger på en idé om at vi som mennesker fortolker og forstår omverden ved hjelp av felles begreper og symboler (Olsson og Sørensen 2003). Det sentrale i den hermeneutiske tradisjonen er fortolkningen. Fordi vi mennesker forstår gjennom språket handler det om å fange opp den andres hensikt og mening bak ordene, det som blir sagt, fortolke og forstå sammenhengen og komme til en dypere forståelse (ibid).

I et fenomenologisk perspektiv handler det om å forstå den andres verden ut ifra seg selv. Når jeg går inn i rollen som en forsker og ønsker å forstå den andre, respondentene, handler det om at jeg har til hensikt å møte respondentene så fordomsfritt som mulig. Åpent, innlevende, empatisk og refleksiv, slik at jeg kan få tak i respondentenes bakgrunn, motivasjon og

forståelse for det arbeidet som utføres og organiseres ved sykehjemmet (Aadland 2004). Utgangspunktet for fenomenologien er livsverden. Jeg forstår, beskriver og forholder meg til menneskene rundt meg ut ifra egen begrepsramme og gir det mening. På samme måte forholder de frivillige seg til pasientene gjennom innlevelse. Her møtes de begge med sine erfaringer og sin forforståelse. De frivilliges og de ansattes har sin erfaringsbaserte og kunnskapsbaserte forståelse og forforståelse som er en del av deres livsverden.

Karlsson (2003, s. 152) spør ”hva er en erfaring og hva innebærer det å gjøre erfaring?” Begrepet erfaring drøfter Karlsson (ibid) i forhold livsverdensbegrepet, og ser erfaringsbasert kunnskap som den kunnskapen vi mennesker kan erverve oss ”om det å være menneske om livet og om verden” (s.152). Karlsson tar til orde for at det er:

gjennom kommunikasjon, samhandling og deltakelse at vi kan få tilgang til andres livsverdner. Det er dialogen forstått som kommunikasjon og samhandling, som danner basis for tilgang til de levde erfaringer. Det språklige uttrykket står sentralt. Den ene kan gjennom språket gi uttrykk for sine personlige og konkrete erfaringer om et gitt fenomen. I dialogen kan den andre skape et møte ved å stille spørsmål til ens erfaringer eller knytte dem sammen med sine egne. På den måten kan språket gjennom dialogen skape en bro mellom to livsverdner (2003, s. 153).

I denne studien har det handlet om å få en forståelse for de frivilliges erfaringer fra det å være frivillig i sykehjemmet. Likeledes de ansattes erfaringer ved bruk av frivillige i sykehjemmet og hvordan tjenesten blir organisert. Gjennom kommunikasjon og dialog med de frivillige og de ansatte i sykehjemmet, om konkrete erfaringer og deres opplevelse i forhold til fenomenet frivillig arbeid i sykehjem, har jeg fått innblikk i deres erfaringskunnskap. I dialogen oppstår forståelsen ved at jeg som forsker stiller spørsmål og kan be om avklaringer til respondentenes opplevde erfaringer. Ved hjelp av egen kunnskap og erfaring fra feltet kan jeg lettere sette meg inn i de opplevde erfaringene. I dialogen, her det kvalitative forskningsintervjuet, ligger også fortsetningene for økt kunnskapsdannelse.

### 3.5 Beskrivelse av utvalget

Jacobsen (2005) peker på at den kvalitative metodens fleksibilitet ligger i utvalgsfasen av respondenter. Jeg ønsket å foreta seks åpne individuelle intervjuer, ansikt til ansikt. I det

kvalitative forskningsintervjuet er samtalen eller dialogen det sentrale. I følge Kvale og Brinkmann (2009) handler det om igjennom ord og beskrivelser å få innsikt i det enkelte menneskets opplevelse, tanker, holdninger og motiver, det vil si den intervjuedes oppfattelse av virkeligheten.

Studien er gjennomført på *et* bestemt sykehjem. Studiens målgruppe var ansatte og friville medarbeidere ved sykehjemmet. Hensikten med denne studien var å se om de frivilliges ressurser og kompetanse hadde noen betydning for organiseringen av frivillighetsarbeidet ved sykehjemmet. Ettersom studiens hensikt var å utvikle kunnskap om hvorfor sykehjemmet benyttet frivillige og hvordan frivillighetstjenesten ble organisert, var det viktig å inkludere personer som kunne reflektere over sine erfaringer og gi sine vurderinger om hva som var viktig. Med bakgrunn i studiens hensikt og for å kunne fremskaffe relevante data, sendte jeg en forespørsel til ledelsen ved Bergen Røde Kors Sykehjem, og spurte om de kunne finne kandidater til min studie. Ledelsen ved sykehjemmet var meget positive til studien, og ba meg ta kontakt med frivillighetskoordinatoren ved sykehjemmet.

Siden jeg ikke var kjent med sykehjemmet ble kommunikasjonen med frivillighetskoordinatoren viktig for å kunne få tak i de aktuelle personene som kunne gi meg relevant informasjon for studiens problemstilling. Korrespondansen med frivillighetskoordinatoren foregikk på telefon og e-post. Jeg fortalte om studien, min bakgrunn med profesjonelt frivillighetsarbeid og hva jeg ønsket svar på i henhold til problemstillingen. Utvelgelsen av kandidatene ble foretatt av frivillighetskoordinatoren.

Da jeg ankom Bergen fikk jeg beskjed om at en av respondentene hadde trukket seg, men at ledelsen ved sykehjemmet hadde funnet en erstatning. I løpet av den uken jeg hadde satt av til rådighet for å gjennomføre undersøkelsen, hadde vedkommende som tidligere hadde trukket seg likevel anledning til å delta. Antall respondenter økte derfor fra seks til syv personer. Intervjuene foregikk på dagtid, i en meget begrenset periode og kan derfor ha blitt styrt av hvem som var på jobb og hadde anledning til å delta (Jacobsen 2005).

Jeg ønsket å foreta intervjuer av noen få nøkkelpersoner, ansatte med ulik funksjon i sykehjemmet og frivillige medarbeidere. Hensikten ved å intervjuer få respondenter med ulik funksjon var å kunne innhente spesifikk, hensiktsmessig og god informasjon om virksomheten, herunder organisering og hvordan tjenesten ble tilpasset sykehjemmets behov.

Videre ønsket jeg en dybdeforståelse i forhold til de frivillige som medspiller i sykehjemmet og deres funksjon, motivasjon og opplevelse som frivillig (Jacobsen 2005).

Frivillighetskoordinatoren kan på sin side, bevisst eller ubevisst, ha valgt å spørre ansatte og frivillige som koordinatoren fra før visste hadde en udelt positiv innstilling til frivillighetsarbeidet ved sykehjemmet (Repstad 1998).

## 3.6 Forforståelse

Utgangspunktet for denne studien var et ønske fra min side, om å få økt innsikt og kunnskap i hvordan Bergen Røde Kors Sykehjem benytter de frivilliges ressurser og kompetanse i sykehjemmet. Bergen Røde Kors Sykehjem er valgt ut i fra deres gode omdømme og lange erfaring med frivillige tjenester i sykehjemmet. Fordi jeg i mange år har arbeidet profesjonelt med frivillig arbeid, handler denne studien om en motivasjon om å prøve å forstå hvordan respondentene selv erfarte frivillighetsarbeidet de var og er involvert i, i sykehjemmet. Motivasjon er en viktig drivkraft og den erfaringsbaserte kunnskapen jeg som forskere har med meg i ryggsekken kan, i følge Malterud (2003), gi næring underveis i forskningsprosjektet. Malterund sier videre at min forforståelse handler også om refleksjon til det jeg skal studere. Jeg har både min bakgrunn, oppvekst, utdanning, menneskesyn, verdier og holdninger med meg når jeg går inn i et forskningsprosjekt.

### 3.6.1 Forskning på eget felt

I hvilken grad spiller nærhet og distanse en rolle i min studie? I møte med respondentene kan jeg med min lange erfaring fra frivillig arbeid stå i fare for å tolke respondentenes erfaringer ut fra min egen forståelse fra feltet.

Når jeg som forsker går ut i praksisfeltet og forsker på det som for meg er nært og kjent, handler det om at jeg har god kjennskap til eget felt og dens kultur. Å forske i eget felt gjør meg i stand til å oppfatte mange fenomener utenforstående ikke hadde oppfattet på samme måte. Jeg kan mye om frivillighet, om det å koordinere og organisere frivillig arbeid. Kunnskapen som jeg besitter gjør meg ikke bare bedre i stand til å forstå respondentene, men kan også være et fortrinn i å bygge tillit i møte med respondentene (Malterud 2003).

Skal en forske i eget felt er det også en betydelig risiko for at forskeren tar visse ting for gitt. I følge Malterud (2003, s. 150), snakkes det her om ”feltblindhet”, og sett i lys av egen

forforståelse kan jeg stå i fare for å overse viktig kunnskap som bringes frem av respondentene. På en annen side, tenker jeg at det å være reflektiv og årvåken, nettopp kan gi økt innsikt og forståelse som kan lede til mer kunnskap om feltet, med bakgrunn i egen forforståelse.

## 3.7 Semistrukturert intervju

Individuelle intervjuer kan beskrives som en samtale hvor jeg som forsker ønsker å innhente informasjon om et tema eller fra et område de intervjuede har kunnskap og erfaring om. Dialogen innebærer en utveksling av informasjon og foregår i en sosial interaksjon mellom partene, intervjueren og respondentene (Malterud 2003).

Et intervju kan ha ulike grader av åpenhet (Jacobsen 2005). Forskingsintervjuet bygger på en samtale mellom to parter om et felles tema og kan ha ulike grader av strukturering eller åpenhet (Kvale og Brinkmann 2009). Malterud (2003) peker på at intervjusituasjonen i kvalitative studier bør være åpen med ikke for fastlagte spørsmål. Jeg valgte å benytte meg av et semistrukturert intervju. I følge Kvale og Brinkmann (2009, s. 47) benyttes et semistrukturert livsverdenintervju ”når temaer fra dagliglivet skal forstås ut fra intervjupersonenes egne perspektiver”. Denne typen intervju kan best beskrives som en samtale mellom forskeren og en respondent, der gangen i samtalen er styrt av forskeren (ibid).

### 3.7.1 Utarbeiding av intervjuguide

Jeg hadde på forhånd laget en intervjuguide (vedlegg 1) med temaer jeg ønsket å ta opp, og få belyst gjennom intervjuene. Intervjuguiden hadde en form for struktur, men hvor jeg åpnet opp for at respondentene selv kunne ta opp tema. Dersom temaene ikke ble berørt, sørget jeg for å komme inn på temaet gjennom å stille spørsmål til respondentene, for på den måten å få svar på problemstillingen.

I forbindelse med utarbeidelsen av intervjuguiden tok jeg kontakt med en virksomhetsleder ved et sykehjem på Østlandet. Jeg kjente godt til sykehjemmet og visste at de i mange år hadde drevet med organisering av frivillig virksomhet. Formålet med kontakten til virksomhetslederen, var et ønske om å sjekke ut om spørsmålene eller temaene i

intervjuguiden trengte justeringer i forhold til å få svare på problemstillingen. Kontakten med virksomhetslederen ga viktige innspill til justeringer av intervjuguiden.

Problemstillingen tar riktignok utgangspunkt i én spesifikk kontekst, Bergen Røde Kors Sykehjem, mens virksomhetslederen tilhørte en i annen kontekst, et annet sykehjem.

Jeg valgte å benytte meg av en intervjuguide, hvor utgangspunktet for intervjuguiden var problemstillingen. Intervjuguiden inneholdt forskjellige temaer jeg hadde til hensikt å ta opp. Når hensikten med en undersøkelse er å fremskaffe ny kunnskap eller integrerende kunnskap eller hvor dialogen kan bringe frem nye spørsmål angående problemstillingen, bør intervjuguiden ikke være for detaljert (Malterud 2003). Intervjuguiden kan gjerne justeres underveis og gjerne bearbeides eller modifiseres i forhold til respondenten (ibid).

I ettertid kan se at temaene i intervjuguiden kunne vært mindre detaljert.

### **3.7.2 Intervjusituasjonen**

Intervjuene foregikk på sykehjemmet i et møterom avsatt til formålet. For meg som intervjuer var det viktig å møte respondentene på deres "hjemmebane" slik at rammene rundt intervjuene ble så trygge som mulig. Etablering av tillit er avgjørende for å kunne gjennomføre intervjuer. Jeg startet med å fortelle om meg selv, min erfaring fra feltet og hvorfor jeg ønsket å intervjuer frivillige og ansatte ved akkurat dette sykehjemmet. Jeg la i situasjonen vekt på sykehjemmets mangeårige kunnskap i å tilrettelegge for frivillige virksomhet og presiserte at jeg ønsket deres opplevelser og erfaring med frivillig arbeid.

Under intervjusituasjonen ble det benyttet en intervjuguide. Intervjuet skal i følge Kvale og Brinkmann (2009) åpne opp for kunnskap, knyttet til eller forankret i respondentenes livsverden. Gjennom å stille åpne spørsmål har jeg mulighet til å få respondentenes beskrivelser, sagt med respondentenes egne ord. Målet var at respondentene skulle oppleve intervjusituasjonen positiv og føle at de bidro med nyttig kunnskap til studien.

### **3.7.3 Gjennomføring av intervjuene**

I samtalen med respondentene prøvde jeg å legge vekt på å la respondentene snakke fritt, og ga rom for å gå frem og tilbake mellom spørsmålene underveis. Jeg erfarte da at informasjonen ble fyldigere og at svarene eller meningsytringene til respondentene ble

klarere enn første gang jeg hadde stilt spørsmålet. Jacobsen (2005) presiserer at en åpen innstilling stiller store krav til at det som det spørres om oppfattes som relevant for respondentene. I hvilken grad informasjonen som kom frem under intervjuene har gitt ny kunnskap på området, vil jeg komme tilbake til under resultatpresentasjonen. Uansett åpenhet har jeg min forforståelse som er styrt av egne verdier, hvordan jeg oppfatter verden, min erfaringsbaserte kunnskap og kunnskapsviten og min forståelsesramme fra å drive med profesjonelt frivillig arbeid.

Etter hvert intervju skrev jeg et refleksjonsnotat. I refleksjonsnotatet skrev jeg ned hvordan jeg opplevde intervjusituasjonen og reflekterte over hva jeg eventuelt kunne endre på til neste intervju. I tillegg tok jeg notater under intervjusituasjonen. Notatene ble senere lagt til etter at transkriberingen av intervjuene hadde funnet sted.

Respondentene hadde på forhånd undertegnet samtykkeerklæring. I samtykkeerklæringen var det redegjort for at jeg kom til å benytte en båndopptaker. Før intervjuene startet ble respondentene minnet på at intervjuene ble tatt opp på bånd og at de når som helst kunne avbryte og trekke seg fra undersøkelsen. Jeg presiserte at opplysningene ville bli behandlet konfidensielt og at opplysningene ville bli anonymisert.

### **3.7.4 Transkribering og kategorisering**

For å kunne analysere materialet fra intervjuene, måtte jeg transkribere. Alle intervjuene var tatt på bånd. Jeg transkriberte alle intervjuene selv ordrett, men uten å ta med pauser og kremt. Prosessen var lang og omstendelig. Jeg erfarte at ved å spole frem og tilbake på båndet mange ganger ble intervjuene slik de hadde fremstått i situasjonen. Oppdagelsen lå i at da jeg trodde jeg hadde fått med meg ordrett hva respondenten hadde sagt, hadde et og annet ord blitt uteglemt eller forstått feil av meg, slik at meningen ble en annen enn det opprinnelige. Det resulterte i at jeg hørte og leste gjennom intervjuene flere ganger, til jeg var helt sikker på at jeg hadde fått med meg alt i transkriberingen. Lærdommen her har vært viktig. I tillegg er det å transkribere materialet selv en lærdom og en erfaring jeg opplevde som god. Jeg fikk mer innsikt i materialet på denne måten, enn om jeg hadde fått noen andre til å foreta transkriberingen. Jeg opplevde også at jeg noen ganger stusset og ble flau over egne kommentarer og erfarte at ved noen av intervjuene burde jeg ha fulgt opp mer enn hva jeg hadde gjort. Dette er en erfaring jeg vil ta med meg videre. Det var aldri naturlig å spørre om respondentene skulle lese transkripsjonen. Årsaken til det ligger i at respondentene



endres. Hva som er blitt sagt, ble sagt dere og da. Med økt innsikt vil respondenten også kunne stå i fare for å endre det som først var blitt sagt (Postholm 2005).

Under hvert intervju hadde jeg i tillegg gjort notater. Notatene ble lagt til etter at all transkribering var gjort og lagt inn som en egen kolonne under hvert intervju. Jeg synes notatene ble viktige som tilleggsopplysninger for meg, det ble på en måte momenter som ga rom for ettertanke til det transkriberte materialet.

#### **3.7.4.1 Meningskategorier med data fra funnene**

Med utgangspunkt i følgende problemstilling: ” Hvordan kan frivillige være en ressurs for beboere på et sykehjem og hvordan utnyttes de frivilliges kompetanse?”, har jeg strukturert svarene ved å benytte meg av meningskategorisering. Jeg startet prosessen med å lese igjennom alle de transkriberte intervjuene. Først handlet det om å få et helhetsinntrykk. Jeg benyttet meg av Malterud (2003) og Jacobsen (2005) til å forstå og systematisere dataene. Etter gjennomlesningen startet jeg med å se etter hva respondentene sa. Hva gikk igjen hos flere av respondentene og i tilfellet om noe kun ble sagt av en av respondentene og som jeg mente rommet godt det jeg etterspurte fra forskningsspørsmålene. Jacobsen (2005, s. 193) betegner kategorisering som ”å samle data i grupper”.

Den første innsamlingen ble noe overflattisk. Jeg måtte legge det litt fra meg før jeg oppdaget at dette nok ikke var de kategoriene som jeg senere skulle komme til å bli betegnet som undertema i resultatpresentasjonen. Her støtter jeg meg til Malterud (2003, s. 101) som sier følgende:

Det vi nå har kommet frem til er ikke resultater eller kategorier. Temaene er ikke utviklet som en følge av systematisk refleksjon, men representerer et første intuitivt og databasert steg i organiseringen av datamaterialet.

Etter å ha forkastet det første materialet, startet jeg på nytt. Jeg vil allikevel si at den første kategoriseringen som ikke ble til kategorier, var lærerik og en del av prosessen i analysearbeidet. Jeg foretok så en abstrahering av dataene og fant at temaene fra intervjuguiden egnet seg godt som hovedtema eller overskrifter i denne kategoriseringen. Alle intervjuene omhandlet jo de samme temaene og de ble lettere å systematisere dataene på denne måten. Deretter tok jeg for meg intervju for intervju. Jeg valgte ut tekst som på en eller annen måte fortalte meg noe om det enkelte temaet. Tekstbitene som ble valgt ut kaller

Malterud (2003, s. 102) for ”meningsbærende enheter”. Etter hvert merket jeg de meningsbærende enhetene i teksten og de ble så systematisert, som i følge Malterud (ibid, s. 102) kalles for ”koding”.

Jacobsen (2005) sine tabeller var til god hjelp videre i analysearbeidet. Jeg tegnet egen matrise, systematiserte og kodet respondentene til de forskjellige meningsbærende enhetene. Dette var til god hjelp videre og gjorde at det ble lettere å se hva som ble en hovedkategori og etter hvert også underkategorier, eller hvilket tema gjorde seg gjeldene under de forskjellige hovedtemaene (se tabell 1 under resultatpresentasjon).

Undertemaene er kategorisert i to omganger, først en grovinndeling med mange ulike undertema som viste seg gjeldene, deretter med de undertema som viste seg flest ganger eller som spesielt interessante. Måten jeg kom frem til de aktuelle undertemaene på var etter hvert å benytte en fargekode på hver av respondentene og den meningsbærende teksten.

Både teorigrunnlag og problemstilling har vært bestemmende for hvilke analysemetoder jeg valgte å benytte. Min referanseramme og mine teoretiske oppfatninger som ideologien bak frivillighetsarbeidet har påvirket meg i prosessen og i analysearbeidet med intervjuene. Mine intervjuer ble belyst i lys av en psykologisk tradisjon og med grunnlag i teori som livskvalitet, trivsel og omsorg.

#### **3.7.4.2      *Refleksjoner rundt kategorisering***

Under bearbeidelsen av data, under kategorisering og konstruksjon av innhold, ble jeg opptatt av hvor vanskelig det var å komme inn i selve prosessen igjen, etter å ha latt prosessarbeidet ligge en stund. Jeg startet prosessen ved å benytte store ark, hvor jeg lå på gulvet og satte inn alle temaene og de underliggende spørsmålene fra intervjuguiden inn i en matrise. Videre grupperte jeg respondentene inn i matrisen i henhold til temaene og hva respondentene sa. Resultatet ble mange ark og til dels uoversiktlig. Mesteparten av dette arbeidet ble senere forkastet, men var viktig del av prosessarbeidet og var med på å øke egen bevissthet om hva respondentene egentlig sa, hva funnene viste (Malterud 2003). Når jeg så tok opp arbeidet igjen, hadde hovedtemaene gitt seg selv som temaene i intervjuguiden. Kategoriseringen av innholdet begynte å komme til syne, men det ble altfor mange undertema og jeg mistet oversikten. Igjen la jeg arbeidet fra meg. Da jeg tok opp arbeidet

igjen startet jeg å fargelegge, med hver sin farge de forskjellige respondentene og respondentenes utsagn. Jeg er av den formening i etterkant at hadde jeg ikke lagt fra meg arbeidet, men fortsatt prosessen, tror jeg at det hadde løsnet noe tidligere og jeg hadde sluppet å føle prosessen så frustrerende. Malterund (2003) og Jacobsen (2005) har fulgt med i prosessen hele veien.

## 3.8 Undersøkelsens troverighet

### 3.8.1 Validitet og reliabilitet

Jeg har tidligere i denne studien sagt at det finnes lite forskning fra feltet frivillig sosialt arbeid på sykehjem i fra Skandinavia fra før. Noe av grunnen til dette er å finne i Skandinavias sterke velferdstradisjon. (Wollebæk, Selle og Lorentzen 2000) og St. med. nr 39 (2006-2007). Likevel har det kommet til flere relevante evalueringsrapporter de siste årene om frivillig arbeid utført på sykehjem i Norge (Brodtkorb 2001), (Hansen 2005) og (Haugland og Eliassen 2008). Evalueringsrapportene bekrefter mye av det samme som kommer frem fra denne studien. Her mener jeg at gyldigheten, så langt det er mulig, er blitt sjekket med annen empiri og konklusjoner fra fagfolk på feltet. I følge Jacobsen (2005) er det viktig at jeg som forsker i tillegg må være kritisk og gjennomgå resultatene og kontrollere undersøkelsen og konklusjoner mot andre undersøkelser som er foretatt.

Deler av analysen bygger på antagelse om at det bak det frivillige sosiale arbeidet finnes en felles ideologi og at denne ideologien ville komme til syne i respondentenes uttalelser. Likevel har jeg i analysearbeidet lagt vekt på å være åpen for at det kunne komme frem andre og ukjente forklaringer enn det som på forhånd har blitt antatt. Ved å velge en induktiv og kvalitativ tilnærming for studien ligger det en mulighet og et ønske om å kunne avdekke andre forklaringer enn det antatte til å kunne utvikles.

Å validere er å stille spørsmål ved kunnskapens gyldighet. Konteksten i denne studien er et sykehjem. Gyldigheten av undersøkelsen handler derfor om hva jeg finner på dette sykehjemmet og kan ikke generaliseres til å gjelde flere sykehjem. Validitet handler om i følge Jacobsen (2005) å vurdere om det resultatet jeg er kommet frem til i undersøkelsen er gyldige (valide), om resultatet er til å stole på.

Studien har lagt vekt på å intervju respondentene som har kunnskap om feltet. Respondentene har stor nærhet til det som etterspørres og ulik funksjon i sykehjemmet. Jeg mener det styrker valideringen i forhold til informasjonen som er gitt. Jeg kan allikevel reflektere rundt spørsmålet om respondentene bevisst kunne ha gitt feilaktig informasjon på grunn av et ønske om å sette sykehjemmet i best mulig lys. Gyldigheten her mener jeg kommer til uttrykk gjennom ulikheten av funksjonen i sykehjemmet til den enkelte respondent. Spørsmålene blir uansett oppfattet forskjellig og kommer derfor til uttrykk på ulike måter.

Jacobsen (2005) tar til orde for at informasjon som kommer som en følge av stimuli fra forskeren får mindre gyldighet enn informasjonen som kommer uoppfordret fra respondenten. Jeg har derfor vært opptatt av at den informasjonen som blir gitt og som kommer til anvendelse i resultatpresentasjonen, så langt jeg kan vurdere, kommer spontant til uttrykk fra respondenten og er å betrakte som mest troverdig.

Reliabilitet handler om pålitelighet. Her tar Jacobsen (2005, s. 226) utgangspunkt i blant annet det som kalles ”intervjueffekt”. Når jeg som forsker skal foreta intervjuer vil min væremåte påvirke respondentene. Hva som skjer i intervjusituasjonen kan føre til påvirkning av resultatene i undersøkelsen. En måte å unngå dette på er om to undersøkere kommer til samme resultat, da kan undersøkelsen sies å ha stor reliabilitet. Når dette ikke er mulig må jeg som forsker være kritisk og ta disse aspektene opp til vurdering (ibid).

Jeg skrev refleksjonsnotat etter hvert intervju og brukte digital diktafon som betyr at alle intervjuene etterpå ble lagret digitalt i en datamaskin (med back-up system). Ved å ta i bruk dette systemet kunne jeg ta frem intervjuene og lytte til den flere ganger. Jeg lyttet både til tonefall, kremt og latter og som sier mye om hvordan en uttalelse skal tolkes og kan dermed sjekkes i ettertid. Jeg valgte ikke å transkribere latter, kremt og lignende fra intervjuene, men jeg lyttet mange ganger til intervjuene. Ved å gjennomgå refleksjonsnotatet fra intervjuene og etterpå høre på intervjuene mener jeg at jeg, så langt som mulig, har minimalisert intervjueffekten.

### 3.9 Forskningsetiske refleksjoner

Kvalitative forskningsmetoder innebærer møte mellom mennesker, der det utvikles kunnskap og hvor normer og verdier er viktige elementer av denne kunnskapen (Malterud 2003). I de forskningsetiske retningslinjene vektlegges informert samtykke fra deltakerne og krav om konfidensialitet. Studien ble meldt til personvernombudet for forskning til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S (NSD) (vedlegg 2).

Fordi jeg er bosatt på en annen kant av landet enn der undersøkelsen fant sted, ble det hensiktsmessig at frivillighetskoordinatoren ved Bergen Røde Kors Sykehjem foretok utvelgelsen av respondenter og forespørselen om deltakelse i undersøkelsen. Jeg hadde et ønske om å intervjuere respondenter med ulike funksjoner i sykehjemmet, her ansatte og frivillige. All korrespondanse foregikk på e-post i forkant med koordinatoren. Tidspunkt for intervjuene ble avtalt med koordinatoren og alle intervjuene ble foretatt i en og samme uke.

Det ble på forhånd innhentet samtykke fra respondentene (vedlegg 3). Respondentene fikk før intervjuet startet informasjon om prosjektet, hensikten med undersøkelsen og at de når som helst hadde anledning til trekke seg. Jeg informerte om at jeg kom til å benytte båndopptaker under intervjuene, og at alt ville bli slettet etter gjennomføringen og analysen av dataene.

Intervjuguiden ble utformet på en slik måte at spørsmålene eller temaene ikke skulle virke støtende på de som deltok i studien.

Jeg har i studien valgt å benytte respondenter uavhengig av om respondenten var ansatt eller frivillige for mest mulig å ivareta anonymiseringen av den enkelte respondent. Hensikten med denne studien har vært å se på hvilken måte Bergen Røde Kors Sykehjem benytter de frivillige ressurser i omsorgen for de gamle. Jeg har vært interessert i å finne ut av hvilke opplevelser og erfaringer de frivillige medarbeiderne har og de ansattes erfaring med frivillighetstjenesten. Respondentene er anonymisert så langt det er mulig. Respondenten som har deltatt i undersøkelsen vil gjenkjenne egne utsagn. Likeledes vil enkelte utsagn være gjenkjennende for flere enn de som har deltatt. Jeg valgte derfor å ta kontakt med respondentene og har innhentet tillatelse til å benytte respondentenes utsagn i materialet slik det fremgår av denne studien (vedlegg 4).

### 3.9.1 Generaliserbarhet

Kvalitativ metode har ikke som mål å generalisere. Målet med denne studien er heller ikke å kunne generalisere til å si at denne studien kan gjelde for flere sykehjem. Undersøkelsen er foretatt på *et* bestemt sykehjem og vil naturlig kun gjelde for dette sykehjemmet, men vil kunne være gyldig og pålitelig for dette aktuelle sykehjemmet. På en annen side mener jeg at ideologen bak det frivillige sosiale arbeidet er generelt aktuelt for alt frivillig sosialt arbeid. I tillegg, ved å kombinere teori og empiri fra områder som sosialt nettverksarbeid, sosial kapital, omsorg og livskvalitet til det frivillige sosiale arbeidet, håper jeg det kan være mulige å se sammenhengen i det helsefremmende arbeidet for flere enn de frivillige og beboerne, herunder også ansatte i sykehjemmet.

## 4. Resultatpresentasjon

### 4.1 Innledning

De teoretiske perspektivene eller referanserammen har gjennomgått flere endringer underveis. For meg har dette vært en prosess hvor analysen av datainnsamlingen og lesing i form av teoretiske perspektiver har versert frem og tilbake mellom tolkning, analyse og litteratur. Analysearbeidet startet allerede under intervjuene. Jeg oppsummerte hvert intervju etter at intervjuet var ferdig. I oppsummeringen tok jeg også med hvordan jeg opplevde det enkelte intervjuet, om jeg hadde stilt flere oppklarende spørsmål underveis i intervjuet eller om respondenten pratet i vei uten at jeg mente det hadde vært nødvendig med tilleggsspørsmål. Etter hvert som den teoretiske forståelsen har blitt utvidet, har jeg funnet frem til litteratur som jeg mener er mest relevant for studien.

I dette kapitlet presenteres resultatene fra intervjusituasjonen. Presentasjonene tar for seg resultatene av analysen med intervjuer av de syv respondentene og blir presentert og forklart i forhold til de forskjellige temaene som kom frem gjennom analysearbeidet. Respondentene var en blanding av ansatte og frivillige medarbeidere med hovedvekt på ansatte.

Fokus for undersøkelsen var de frivillige, med spørsmål om hvordan Bergen Røde Kors sykehjem benytter de frivilliges ressurser og kompetanse i organiseringen av omsorgen for de gamle. I denne presentasjonen vil det også komme frem hvorvidt organiseringen av frivillighetsarbeidet har gitt feltet ny kunnskap.

Med utgangspunkt i problemstillingen, ble det utarbeidet en intervjuguide. Resultatene som viste seg under analysearbeidet, ble naturlig valgt som tema og er systematisert som temaene fra intervjuguiden, her kalt hovedtema og undertema (se tabell 1). Undertemaene er kategorisert i to omganger, først en grovinndeling med mange ulike undertema som viste seg gjeldene, deretter med de undertema som viste seg flest ganger eller som spesielt interessante. Resultatene som blir presentert her er hentet fra den siste kategoriseringen av undertema. Der det er naturlig vil utsagn som de fleste, enkelte eller lignende ord bli brukt om antall respondenter. Resultatene vil bli oppsummert og diskutert underveis i resultatpresentasjonen. Resultatene vil bli diskutert i lys av relevant teori som beskrevet i kapittel to.

**Tabell 1. Hovedtema og undertema kategorisert fra intervjuer med syv respondenter**

Hovedtema	Undertema
1. Hvorfor frivillige på sykehjem?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avlastning og knapphet på ressurser</li> <li>• Åpner institusjonen</li> <li>• Livskvalitet</li> <li>• Sosialt nettverk</li> </ul>
2. Bidrar de frivillige med noe annet enn ansatte?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De frivillige skaper andre sosiale relasjoner/tar opp andre tema</li> <li>• Livskvalitet/Forebygging</li> </ul>
3. Har de frivilliges erfaring noen betydning?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Livserfaring</li> <li>• Personlig egnethet</li> <li>• Yrkeserfaring</li> </ul>
4. Hva tenker du om behovene til de frivillige, de ansatte og hos beboerne, mener du det et samsvar?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Samsvar hos pasientene og frivillige</li> <li>• utfordringer for ansatte</li> <li>• Avlastning</li> <li>• Helsefremmende arbeid/sosial kapital og livskvalitet</li> </ul>
5. Hva mener du er suksessfaktorene og ser du noen utfordringer eller begrensninger ved å ta i bruk frivillige?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revirkonflikter</li> <li>• Koordinator/organisering av tjenesten</li> <li>• Livskvalitet/helsefremmende</li> </ul>
6. Mener du at det i dette arbeidet erverves ny kunnskap?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kunnskap, selvinnsikt og forståelse</li> <li>• Livskvalitet</li> </ul>

#### **4.1.1 Hvorfor frivillige på sykehjem?**

Spørsmål 1. var et innledende spørsmål og var med på å gi informasjon om hvorfor Bergen Røde Kors Sykehjem har valgt å benytte frivillige medarbeidere til omsorgen av de gamle ved sykehjemmet, sett både med de ansattes og de frivilliges øyne. Nesten alle respondentene mente at de frivillige var viktig for pasientene, en ressurs i form av en



annerledes samtalepartner. To av respondentene nevnte spesielt ordet "livskvalitet" som en kvalitet beboerne fikk gjennom kontakt med den frivillige medarbeideren. En av respondentene sa at det også gjorde noe med hele avdelingen at de frivillige kommer og følgende fra respondentene ble uttalt:

- Det gjør noe med livskvaliteten å ha noen som kommer til en fordi hun har lyst og har tid til å prate utover det å snakke om primære behov som pleie og medisiner og lignende.
- Det vi ser er at livskvaliteten i forhold til pasientene blir bedre, de får en veldig god følelse med å ha den kontakten de har med den frivillige og vi ser at pasientene drar med seg den gode følelsen videre som noe positivt resten av dagen. Det kan også gjøre utslag i at pasienten blir roligere.

En av de andre respondentene uttalte viktigheten av at pasientene fikk mulighet til å komme seg ut, og flere av respondentene ga uttrykk for at pasientene ble gladere og roligere etter besøkene med de frivillige. Nesten alle respondentene uttalte også at en årsak til å ha frivillige på sykehjemmet handlet om en avlastning for personalet eller på grunn av knapphet på ressurser. En av respondentene uttrykte slik i forhold til avlastning:

- Det er jo så travelt på disse avdelingene, de springer jo som bare det og det er en stor avlastning for de, når det kommer en frivillig som kan hjelpe til.

En av de andre respondentene uttalte om knapphet på ressurser slik:

- Fordi at vi ikke vil finne nok mennesker og ikke vil gi de nok kompetanse og da trenger vi to grupper til for å få dette til å kunne sikre de gamle en siste verdig tid nå når eldrebølgen kommer, da trenger vi en sterkere innsats fra den enkeltes familie og vi trenger en sterkere innsats fra frivillighetstjenester.

Flere av respondentene uttalte at de frivillige var med på å skape andre relasjoner enn pleiepersonalet. En av respondentene sa det slik:

- De eldre har behov for å føle at de har noe av de samme sosiale relasjonene som de hadde tidligere når de hadde et aktivt liv og når en kommer på sykehjem blir det vanskelig å opprettholde disse funksjonene.

Under dette hovedtema kom det frem ulike synspunkter på hvorfor satse på frivillige medarbeidere i et sykehjem. De fleste respondentene nevnte både avlastning som en årsaksfaktor og viktigheten av samvær med andre enn ansatte på sykehjemmet. I tillegg ble livskvalitet nevnt som noe de frivillige tilførte beboerne gjennom sitt nærvær. Sosialt nettverk, det å åpne opp sykehjemmet og å skape andre sosiale relasjoner ble også nevnt.

Brodtkorb (2001) sier i rapporten fra Oslo kommune at hverdagen til personalet var preget av for liten tid til den enkelte pasient utover rene pleieoppgaver. Brodtkorb viser til at både beboerne og de ansatte opplevde de ansattes travelhet i avdelingene. I rapporten nevnes det at beboerne ikke hadde noen mulighet for deltakelse i sosiale eller kulturelle aktiviteter og at flere av beboerne hadde ønsket mer tid til samtale og til sosial kontakt med andre. Romøren (2003) viser til at 60 % av tjenestemottakerne, som omfatter både hjemmeboende eldre og sykehjemsbeboere, ikke fikk tilfredsstillende tilbud om sosial kontakt eller aktivitet.

At respondentene kan se seg selv som avlaster mener jeg styrkes av tidligere forskning om at ansatte ikke har tid til å prioritere trivselsfaktorer i sykehjem. Det er ikke tvil om, slik jeg ser det, at presset på ansatte er stort når det gjelder pleie- og omsorgsoppgaver i sykehjemmene. Pleie- og omsorgsoppgaver vil uansett måtte bli prioritert, men for at beboere skal kunne trives i sykehjemmet vil deltakelse i meningsfulle aktiviteter og det å kunne komme ut i frisk luft være med på å gjøre en forskjell (Bergland 2006). De fleste sykehjem i dag preges av for lite bemanning og mangel på tid, jamfør Den norske legeforening (2001). Frivillige medarbeidere vil kunne innebære en slik ressursøkning i en hverdag som ellers er preget av ressursknapphet. Hansen (2005) tar til orde for at frivillige i sykehjem ser ut for å ha endret holdninger hos ansatte ved at det ble satt fokus på aktivitet. I en travel hverdag og med mange oppgaver som må prioriteres er det fort å glemme at vi mennesker er mer enn sykdom og pleie og at sosial kontakt og hygge i hverdagen er mist like viktig.

En av respondentene uttrykte slik om behov:

- De ansatte tror jeg har behov for mer tid for jeg har inntrykk av at hvis en pasient spør om noe, må de alltid vente, det går igjen hos de ansatte at de har liten tid. Jeg tror at pasientene har behov for å se andre mennesker og å snakke med andre mennesker – at det betyr veldig mye for de som bor her. En kan jo tenke med seg selv at det er jo veldig hyggelig å få besøk i sitt eget hjem, det synes vi jo alle og slik er det her òg. Det er personlig – det at den ene kommer og besøker akkurat meg, det tror jeg har stor betydning.

Bergland (2006) nevner at halvparten av beboerne nevnte trivsel ut i fra å ha en relasjon til andre beboere. Beboere som ikke synes at relasjon med andre beboere påvirket om de trivdes på sykehjemmet, deltok regelmessig i sosiale aktiviteter sammen med andre beboere ved sykehjemmet. Doktoravhandlingen til Bergland (ibid) handler om trivselsfaktorer uten frivillig innsats, men snakker om relasjon til andre eller deltakelse i sosiale aktiviteter som viktige trivselsfaktorer. Nesten alle respondentene ved Bergen Røde Kors Sykehjem snakket om livskvalitet eller trivsel i form av å bli glad for relasjonen de hadde med den frivillige og

for gode opplevelser gjennom organiserte aktiviteter. Henriksen (2007) sier om livskvalitet og nettverk at fellesskap med andre er helt essensielt. Det er i fellesskap med andre at vi utvikles som menneske og finner mening med livet.

Poort (2006) nevner at de frivillige ivaretok pasientene på en annen måte enn ansatte, hvor samtalen var det essensielle.

En av respondentene uttrykte det også slik;

- Også tror jeg det har å gjøre med at pasienten får noen andre å forholde seg til, ikke bare oss, det tror jeg for enkelte at det kan være greit - det å få snakke med andre, ikke bare oss pleiere.

Gjennom samtalen eller dialogen mellom de frivillige og beboerne utvikles vennskapen og forståelsen av beboerens livsverden og hverandres livsverden. Den frivillige vil gjennom å spørre om beboerens erfaringer og opplevelser få tilgang til beboerens livsverden. Knytte erfaringene opp til egne erfaringer og levd liv, og på den måten kan det bygges bro mellom de to livsverdner, eller som en av respondentene uttrykte det:

- Det var fantastisk å høre henne fortelle, hun var veldig kunnskapsrik og husket veldig mye. Hun lærte meg utrolig mye om det livet hun hadde levd. Jeg tror jeg har blitt litt flinkere til å lytte og til å sette meg litt inn i andre mennesker og deres liv som de har levd.

Fyrand (2005) tar til orde for at frivillige også kan være brobyggere til nye kontakter og aktivitetsarenaer. De frivillige er ved å by på seg selv en utvidelse av beboerens nettverk. I tillegg vil sykehjemmet ha en mulighet til å knytte kontakter med nærmiljøet rundt sykehjemmet gjennom å benytte de frivillige, slik som respondenten uttrykte det.

Gjennom å åpne sykehjemmet mot lokalsamfunnet kan det også tenkes at det vil kunne bygges bro mellom sykehjemmet og lokalsamfunnet, mellom to livsverdner. Et åpnere sykehjem vil også kunne gi positive ringvirkninger i form av mer aktivitet og større åpenhet om hvordan beboerne trives i sykehjemmet. Hansen (2005) fremhever at beboerne vil oppleve et åpnere sykehjem som mer positivt. De frivillige kan bli et "frisk pust" inn i en ellers så lukket institusjon. En av respondentene mente at de frivillige bidro med å se ting på en annen måte enn ansatte og mente at i seg selv var positivt for alle parter. Respondenten uttrykte det slik:

- De frivillige kan jo se avdelingen på en annen måte og det hender de stiller spørsmål og det er jo bare positivt. De kan for eksempel gjerne stille spørsmål om rutiner, vi

kommer jo ofte inn i rutiner, mens den frivillige ser sin pasient og kan komme med gode tilbakemeldinger til oss som vi i vår rutinehverdag ikke ser. Det kan være at pasienten gir uttrykk for andre ting til den frivillige enn til oss og da kan den frivillige bidra med viktig informasjon til oss og vi kan jo da det videre opp på vårt personalmøte og få til en endring på bakgrunn av den informasjonen. Her kan det selvsagt også hende at den informasjonen kan bidra til at det er den frivillige som må gjøre ting annerledes, men det er jo bare positivt for alle parter.

Kommunenes Sentralforbund og flere Storingsmeldinger, herunder St. meld. nr. 39 (2006-2007) og St. meld. nr. 25 (2005-2006), har tatt til orde for økt samarbeid mellom det offentlige og sivilsamfunnet. Bærum kommune har gjennom rapporten til Midttun, Dirdal og Gautesen (2005) gjennomført flere samarbeidsprosjekter mellom kommunen, sivilsamfunnet og private bedrifter. I Danmark, gjennom rapporten til Hjære (2005) ble det dannet flere partnerskapsavtaler mellom sivilsamfunnet og det offentlige. I denne studien kommer det ikke frem hvorvidt Bergen Røde Kors Sykehjem har gjennomført avtaler med Bergen kommune eller med private bedrifter, men på bakgrunn av følgende fra en av respondentene, mener jeg det ligger godt til rette for en slik tenkning:

- Vi har blant annet inngått en avtale med Afrikanske Kvinners Flyktningeorganisasjon og vet at tidligere hadde de ikke så veldig mange fremmedspråklige fordi de synes det var så vanskelig å bruke de til noe, men jeg synes at vi har fått mange bra frivillige her og jeg bruker de på en veldig god måte, selv om de ikke snakker norsk. De er veldig mye med på fellesarrangement, de er med på turer. De er så mange og derfor er de til å stole på fordi lederen i organisasjonen har alltid noen å sende dersom jeg trenger folk

I Innovasjon i omsorg NOU (2011:11) foreslås en større grad av samhandling med lokalsamfunnet og iverksetting av tiltak for å gjøre sykehjemmene mer åpne.

En respondent la vekt på at samarbeid med nærmiljøet rundt sykehjemmet, i form av ulike arrangementer, kunne gi beboerne gode opplevelser og uttalte følgende:

- Også tror jeg det er veldig fint med nærmiljø, også på sykehjem, at en frivillighetstjeneste kan være veldig fint for å trekke inn nærmiljø, at det ikke blir en egen liten boble, men at frivillige kan åpne dørene mellom lokalsamfunnet og sykehjemmet med ulike arrangementer og at man kan være frivillig og da tror jeg det er godt for samfunnet rett og slett.

Hansen (2005) snakker om at sykehjemmet som åpner opp for andre enn pårørende og ansatte virker inn på selve institusjonen. Et åpnere sykehjem vil kunne utvikle institusjonen i positiv retning og også kunne motvirke til at dårlige kulturer kan etableres.

### 4.1.2 Bidrar de frivillige med noe annet enn ansatte?

Spørsmålet her ble på en måte en utdyping av det forrige spørsmålet. De fleste respondentene uttalte at de frivillige tok opp andre tema og skapte en annen type relasjon til pasienten enn den ansatte. En av respondentene sa det slik:

- Det kan være at samtalen kan dreie seg om andre ting, og de frivillige tar opp andre tema.

Flere av respondentene uttrykte at samtalen med beboerne var viktig og en av respondentene uttrykte følgende:

- Hun, pasienten, sa hun heller ville gå og ta en kopp kaffe og prate. Det er ikke så ofte at de får pratet om det de tenker på, med betjeningen så blir det mer dagligdagse ting hva som skjer i forbindelse med morgenmat, stell, middag og så videre.

Flere av respondentene ga uttrykk for forskjellen mellom det å være ansatt og det å være en frivillig medarbeider, og følgende ble sagt:

- De bidrar med mer tid, de har mulighet, mer enn hva personalet har, for personalet har jo en del arbeidsoppgaver som de må gjøre, mens de frivillige de kan bidra med tid og trekke inn aspekter av sitt hverdagsliv, for det handler om den personlige relasjonen også.
- De ansatte skiller kanskje mer på privatliv og jobb, mens er du frivillig så kan du jo bli venn med pasienten også.

Når Nortvedt (2001) betegner forskjellene i omsorgsbegrepet mellom den profesjonelle og den private omsorgen, handler det om ulikhet i motivasjonen i relasjonen til den andre. De frivillige handler ut i fra en motivasjon om en vennskap og har en emosjonell karakter, mens den profesjonelle omsorgen handler om en motivasjon for å ivareta den andre ut i fra et faglig ståsted.

Poort (2006) tar til orde for at de frivillige bidrar ved at de nettopp er frivillige. De frivillige trenger ikke komme, de kommer fordi de ønsker det. Denne relasjonen som Poort refererer til og som skapes mellom pasient og frivillig er å betrakte nettopp som et vennskap eller et venninneforhold. Jeg mener respondentene tydelig gir uttrykk for forskjellen i omsorgsbegrepet. I tillegg uttrykkes også nettopp vennskapet som kan oppstå i relasjonen mellom partene.

En av respondentene uttrykte at de frivillige og beboeren kunne ha mer til felles fordi:

- Det handler om de frivilliges kjennskap til den tiden de har levd i som er mer lik, felles oppvekst liksom, og at de har mer felles ting å prate om – også har de mer tid.

Til tross for de frivillige ved Bergen Røde Kors Sykehjem var i alle aldre, viser dette utsagnet at frivillige som er i besøkstjenesten ved dette sykehjemmet har en gjennomsnittlig høy alder. I en undersøkelse om frivillig arbeid utført på det sosiale området fra Danmark, var 47 % av de frivillige 60 år + (Habermann 2007). Undersøkelsen er sammenfallende med Hansen (2005) hvor samtlige frivillige var i aldersgruppen 60 – 80 år. Når frivillige bidrar med ressurser vil det alltid være personavhengig, men forholdsvis stor likhet i alder kan være en viktig faktor til at vennskap lettere kan utvikles.

Det var stort samsvar mellom respondentene under hovedtema om de frivillige bidro med noe annet enn de ansatte. Respondentene mente at de frivillige ga beboerne et annet innhold i hverdagen enn ansatte og satte også fokus på at relasjonen med beboeren var forskjellig. Poort (2006) sier om forholdet, den frivillige og pasienten, at pasienten betrakter den frivillige som en venn og at relasjonen bygger på en gjensidighet hvor de deler egne livserfaringer med hverandre. Respondentene ved Bergen Røde Kors Sykehjem ga også uttrykk for at relasjonen mellom den frivillig og beboeren handlet om gjensidighet. En av respondentene sa slik om gjensidigheten:

- Jeg tror det er av stor betydning, at jeg kommer hver uke. Hun sier ofte ”jeg er så glad i deg”, sier hun, så vi har fått veldig god kontakt, sikkert på en annen måte enn med familien, ikke sant.

Bergland (2006) viser til at samspill mellom beboer og personer i miljøet kan gjøre en forskjell om beboeren trives i sykehjemmet. Bergland viser til at sosiale aktiviteter kan gi stimuli som fører til økt trivsel, men sier samtidig at økt bemanning nok må bli en forutsetning for å kunne skape ytterligere trivsel i sykehjemmet. I denne studien kommer det klart frem at de frivillige på sykehjemmet bidrar med et annet innhold i hverdagen enn de ansatte. De frivillige bidrar til økt trivsel ved å ha tid til beboeren og snakker om andre tema enn rene pleieoppgaver. I relasjonen frivillig – beboer kan det også oppstå nærhet som kanskje kan ligne mer på vennskap. En av respondentene uttrykte følgende om sitt forhold til ”sin” beboer:

- Jeg besøker en pasient, først går vi en tur, så er det musikkterapi og da danser vi fordi hun er så flink til å danse og etter det går vi en ny tur. Vi har det veldig greit sammen, så når jeg sier ”takk for i dag” så sier hun ”det er jeg som skal takke” Jeg føler at jeg gjør noe positivt og at det gir meg så mye.

En av de andre respondentene uttrykte slik om de frivilliges betydning:

- Vi har et par som kommer fast en gang i uken, hvor en kan gå tur, så treffes de nede i kantinen etterpå fordi det er jo ikke alle som klarer den turen. Så treffes de for å ta en kopp kaffe og slik. Vi ser hva det betyr for pasienten, ikke minst det at vi ser at den frivillige kan gi noe annet til pasienten enn hva vi kan bidra med. Vi har så mange vi skal dele noe positivt ut til og det klarer vi ikke alltid og vi ser at de frivillige har en forebyggende effekt i avdelingen, det blir mer ro, en positiv atmosfære og det gir større livskvalitet.

Respondenten tar her til orde for viktigheten med en fast relasjon en gang i uken, det positive og det forebyggende gjennom samværet og til slutt nevnes økt livskvalitet for beboeren. Hansen (2005) gir uttrykk for noe av det samme ved å beskrive den stabile sosiale kontakten som skapes ved at den frivillige kommer fast en dag i uken. Respondenten ga her klart uttrykk også for den forebyggende effekten som frivillige har i avdelingen i form av å skape ro og en positiv atmosfære. Hansen (2005) stiller spørsmål ved om frivillig aktivitet i sykehjem også kan bidra til å forebygge depresjoner. Når depresjon hos eldre oftere forekommer i sykehjem enn blant hjemmeboende eldre (Kvaal 2009), mener jeg det også i denne studien kan være nærliggende å tenke at frivillige kan være med på å motvirke depresjon hos en del eldre sykehjemsbeboere.

#### **4.1.3 Har de frivilliges erfaring noen betydning?**

Gjennom spørsmålet om de frivilliges erfaring har noen betydning, hadde jeg et ønske om å se på om de frivilliges erfaringsbakgrunn og kompetanse hadde betydning for de oppgavene de utførte. Jeg ønsket også å se om sykehjemmet la vekt på de frivilliges erfaring i måten de organiserte tilbudet på ved sykehjemmet.

Tre undertema kom frem gjennom intervjuene med respondentene under dette spørsmålet. Livserfaring var gjennomgående svar fra nesten alle respondentene. I tillegg kom personlig egnethet og yrkeserfaring frem som viktige komponenter i tilrettelegging av tilbudet eller kopling mellom beboer og frivillig.

Noen av respondentene uttrykte slik om livserfaring:

- Jeg er jo veldig på jakt etter livserfaring av ulike typer.
- Ja, det er klart de frivillige har jo en lang livserfaring, de fleste, og det at de kan bidra ved å fortelle fra sitt liv.
- Det har jo betydning fordi du tar jo alltid med deg det du har i bagasjen videre.

Habermann (1987) understreker viktigheten av at vi alle er forskjellige og at det er i forskjelligheten at vi kan møte den andre, lik oss selv. De profesjonelle verdiene som ligger til grunn for alt omsorgsarbeid er fundamentalt, det er faglig nødvendig, men ikke komplimenterende. Verdien i det frivillige omsorgsarbeidet er annerledes og gir det sosiale arbeidet "en ekstra dimension ved at minde os om gensidigheden i kontakten med andre mennesker" (Habermann 1987, s. 155) Habermann tar i tillegg til orde for at de frivillige ikke ønsker å bli profesjonelle, men at de ønsker å bli verdsatt for det de gjør. Når frivillige kommer inn i sykehjemmet for å utføre bestemte oppgaver handler det mer om i hvilken grad de profesjonelle er sikker på egen profesjonalitet. Forfatteren sikter til at de profesjonelle må tørre å gi slipp på egen rolle og se de frivilliges erfaringskunnskap som bidrag inn i det sosiale arbeidet.

Noen av respondentene la vekt på personlig egnethet som viktig egenskap i det frivillige sosiale arbeidet på sykehjemmet. Noen av respondentene uttalte følgende om personlig egnethet:

- Hva er det denne frivillige kan bidra med, hvilken kompetanse, hvilken styrke og hvilke svakheter har denne frivillige og da fins det nisjer for den frivillige. Det er noen som skal besøke pasienter, det er noen som skal lage hattefest, og det er noen som kan være sjelesørger for en døende pasient, men det må man finne ut av.
- Motivasjonen for å bli frivillig tror jeg er viktig, hvorfor ønsker den frivillige å gjøre dette, det tror jeg er viktig, men om du er professor eller pensjonert snekker, det tror jeg ikke er så viktig – så det er noe med det å se hvor de kan passe inn og hva de kan gjøre. Det er jo heller ikke alltid slik at den frivillige gjør det en har erfaring med, fordi han kan jo ha interesse også på et helt annet felt.

I forhold til yrkeserfaring uttalte en av respondentene det slik:

- Vi har jo for eksempel hatt en som hadde vært fysioterapeut og det er klart at selv om hun ikke brukte yrke sitt direkte, så kom jo hennes lærdom til anvendelse i det frivillige arbeidet hun gjorde. Vi har hatt frisører som har holdt på og vi har hatt en skredder en gang og da kjøpte vi inn en symaskin og en dag i uken så satt hun og reparerte klærne til pasientene.

Slik jeg ser det, er sykehjemmet på mange måter bevisst hvordan de benytter de frivillige til forskjellige typer oppgaver ved hjemmet. Flere av respondentene nevnte personlig egnethet som viktig. At frivillighetstjenesten som organiserer det frivillige arbeidet ved sykehjemmet tar hensyn til beboernes behov, de frivilliges interesser og egnethet er ikke her en motsetning til livserfaring, men heller en komplimenterende faktor. En av respondentene svarte slik i forhold til organisering:



- Ja, de brukes på veldig mange forskjellige måter. Av femtito aktive frivillige har vi nitten besøksvenner. Vi har mange som følger pasienter ut av huset, til lege, tannlege, sykehuset og lignende og vi har mange som er med på å lage fellesarrangementer. Også har vi noen få frivillige som kommer og leser for pasientene og vi har frivillige som hjelper til med måltidene på palliativ avdeling og er rett og slett en sosial ressurs under måltidene.

Dette underbygges av Den norske legeforening (2001) som nevner viktigheten av at sykehjemmet anerkjenner beboerens og den frivilliges forhold, slik at de får mulighet til å bli kjent med hverandre og kan utvikle den sosiale relasjonen til hverandre.

Jeg mener frivillighetstjenesten kartlegger og benytter de frivillige både ut i fra egnethet og deres livserfaring i tilretteleggingen av tilbudet. Jeg mener også at beboerens behov blir ivare tatt og at sykehjemmet ser og anerkjenner relasjonen som skapes mellom beboer og den frivillige. I tillegg mener jeg at når frivillige hadde kompetanse eller yrkeserfaring innen et område, som en av respondentene uttrykte det, var skredder eller frisør, utnyttet sykehjemmet denne kompetansen. Imidlertid tenker jeg at bevisst bruk av kompetanse fra frivillige som pedagogisk eller sosialfaglig bakgrunn, ikke ble kartlagt og satt i system for å utvikle sykehjemmets potensial i forhold til helheten av omsorgen for de gamle. Når de frivilliges erfaring ble brukt i tilrettelegging av et gruppetilbud for demente på et sykehjem på Østlandet (Hansen, 2005), så tror jeg nok det var mer tilfeldig enn som en bevisst handling i forhold til organisering av tilbudet. Når Rønning, Schanke og Johansen (2009) snakker om samhandling og samarbeid mellom det offentlige hjelpeapparatet og sivilsamfunnet, er det vanskelig å vite om hva som legges i dette samarbeidet. Forfatterne sier riktignok at samarbeidet må være tuftet på sivilsamfunnets evner og det offentliges behov. Trekker vi paralleller til Hansen (2005), tenker jeg at i tilretteleggingen av tilbudet for demente, så var det ”stor takhøyde” i å eksperimentere for å få til et godt gruppetilbud.

#### **4.1.4 Hva tenker du om behovene til de frivillige, de ansatte og hos beboerne, mener du det er samsvar?**

Under dette hovedtema mente flere av respondentene at det var et stort samsvar mellom behovene hos beboere, hos pasientene og hva de ansatte hadde behov for i avdelingene. Flere av respondentene snakket både om betydningen av frivillighetsarbeidet for den frivillige og for pasienten. En av respondentene nevnte at avlastning for ansatte var viktig. Noen av respondentene trakk frem både utfordringer og verdiene ved frivillighetsarbeidet.

En av respondentene sa det slik i forhold til samsvar hos alle:

- Når det gjelder pasientens behov så tror jeg at de frivillige dekker behovet for at pasienten kan få kommunisert, at de kan snakke sammen – ha en lengre samtale, pasientene har jo behov for det og de frivillige koser seg, de koser seg sammen med pasientene. Også har vi det slik at hvis pasientene skal til lege utenfor sykehjemmet, det kan være sykehuset, høresentralen og lignende, så blir vi avlastet fordi vi kan spørre en frivillig om hun kan være med.

I forhold til utfordringer ble følgende nevnt fra en av respondentene:

- Men det har hendt noen ganger at visse avdelinger har sagt nei til diverse tiltak og vært litt skeptiske til frivillige fordi de har erfart at frivillige kan være litt krevende. Det kan være at de frivillige har brukt av deres tid ved å spørre om ting, at de har krevd oppmerksomhet og at det blir mer folk å ta hensyn til og at det blir forstyrrende.

Når det gjelder avlastning, uttrykte en av respondentene det slik:

- Jeg tror vi er en stor avlastning for personalet. Det blir jo mindre å passe på og det er jo ikke alle pasienter som er like rolige og noen trenger mer tilsyn enn andre.

Jeg forstår det slik at der hvor det fungerer bra med frivillighetsarbeidet på avdelingen, får alle de involverte noe igjen for den frivillige aktiviteten. På avdelinger hvor det har oppstått problemer har tillitsforholdet blitt utfordret på en måte som har gjort avdelingen mer skeptisk til frivillighetsarbeid. Når enkelte av respondentene snakker om avlastning mer enn om gjensidighet eller samsvar i behov, kan det være at det var slik spørsmålet ble oppfattet, men at gjensidigheten kommer til uttrykk mer i gjennom de andre spørsmålene.

I forhold til hvilken verdi frivillighetsarbeidet har for den frivillige og for mottakeren uttalte noen av respondentene det slik:

- Her er det jo bare vinn – vinn situasjon. De frivillige har det jo også så kjekt når de kommer sammen, det er jo sosialt også for dem.
- Pasientene får det jo bedre ved å ha en frivillige, de får oppleve mer. Det kan være at en frivillig kan sette seg ned å spille piano og det skapes en god atmosfære, alle blir glade. Jeg mener jo at de frivillige er helt uunnværlige.
- Og pasientene betegner de frivillige som engler – å disse englene som kommer – sier de om de frivillige.
- Jeg får masse igjen for å være frivillig og det kan jeg trygt si at hverdagen min hadde vært kjedelig om jeg ikke hadde vært frivillig. Det er sant det, jeg kjenner jo utrolig mange mennesker her, de ansatte og pasientene. Pasientene de faller jo fra etter hvert, men det er jo mange som har bodd her en del år, så det er utrolig fint.

Hvilken verdi frivillighetsarbeidet har for den frivillige kan tolkes på mange måter. Gjennom det som blir uttalt av respondentene har jeg valgt å legge tolkningen rundt helsefremmende arbeid for den frivillige, at frivillig arbeid er sosialt nettverksbyggende og kan akkumulere

sosial kapital. I tillegg levner det slik jeg ser det, ingen tvil om at det gir livskvalitet til den frivilliges liv å være engasjert, delaktig og altruistisk. Når det gjelder livskvalitet som verdi for beboerne, snakkes det her om en vinn - vinn situasjon og at pasientene får flere opplevelser og økt trivsel. Trivselsbegrepet blir ikke eksplisitt nevnt, men at de frivillige betegnes som engler og skaper god atmosfære av respondentene forstår jeg som økt trivsel.

Både Hjort (2001) og Martinsen (2005) snakker om tillit i omsorgen for den andre.

Jeg mener tillitsaspektet til respondenten her kommer til uttrykk ved at beboerne betegner de frivillige som engler og at hverdagen til den frivillige hadde vært kjedelig uten den frivillige gjerningen, jamfør Martinsen (2005) om at tillit skapes i relasjonen og ivaretagelsen av den andre. Hjort (2001) snakker om at tillit skapes av den enkelte og ikke kommer av seg selv. Jeg mener at når respondenten her tar til orde for at de frivillige er helt uunnværlige, handler det om at den frivillige gjennom sin handling og væremåte har gitt omsorg på en tillitskapende måte.

Respondenten som sa at livet ville vært kjedelig uten den frivillige gjerningen og det sosiale fellesskapet, mener jeg også gir uttrykk for fremming av egen helse ved å delta i et frivillig engasjement (Mæland 2005).

De frivillige har også en mulighet til å utvikle sosial kapital seg imellom. De frivillige utfører frivillig arbeid på sykehjemmet ut i fra en felles interesse. De kan, innenfor grensen av taushetsplikten, utveksle erfaringer med hverandre og gi hverandre støtte i arbeidet og utvikle de sosiale relasjonene seg imellom. James Colman peker på ressursen som oppstår og utvikles mellom aktørene gjennom sosial interaksjon (i Helsedirektoratet, hefte 04/2010). Bø og Schiefloe (2007, s. 239) snakker om ”kortsiktig altruisme og langsiktig egennytte”, når vi som mennesker bryr oss om hverandre og tar ansvar for fellesskapet. I et samfunn som på et sykehjem kan deltakerne bygge tillitt til hverandre gjennom å forplikte seg til å gjøre en forskjell for beboerne og for fellesskapet. Hva den enkelte får igjen for investeringen kan lett kjennes igjen ved respondentens uttalelse som, ” jeg får masse igjen for å være frivillig” Nysæther (2004) tar utgangspunkt i sosial kapital som begrep i sosialt arbeid, og snakker om deltakernes gjensidige bytteforhold. De frivillige må få noe igjen for sin innsats, det nytter ikke bare å yte, men det handler også om å bli satt pris på og få noe igjen. En av de andre respondentene uttrykte det også slik:

- Jeg merker at for mange av de frivillige er det viktig å bli sett og anerkjent av ledelsen på huset

For noen frivillige handler det om, slik jeg ser det, anerkjennelse og bli satt pris på. For andre kan kontakten med beboeren være det essensielle. Noen frivillige vil nok også mene at kontakt med både ansatte og andre frivillige gir det utbytte de er på jakt etter.

#### **4.1.5 Hva mener du er suksessfaktorene og ser du noen utfordringer eller begrensninger ved å ta i bruk frivillige?**

Jeg valgte å slå sammen hovedtemaene suksessfaktorer og utfordringer eller begrensninger, da disse to spørsmålene henger sammen. Under dette hovedtema utkrystalliserte det seg flere undertema. Flere av respondentene sa at organisering og tilrettelegging av tjenesten var viktig. Nesten alle respondentene uttalte at det å ha en frivillighetskoordinator var helt nødvendig for å kunne tilby en frivillighetstjeneste ved sykehjemmet. I tillegg kom det frem at det ga livskvalitet og var helsefremmende for den frivillige å delta i frivillig arbeid. Gjennom noen av respondentene kom det frem at både avdelingen og beboeren hadde stort utbytte av den frivillige innsatsen. En av respondentene tok til orde for at det også kunne oppstå revirkonflikter i dette arbeidet.

Respondentene uttalte slik om viktigheten av å ha en koordinator:

- Det handler jo mye om å ha en frivillighetskoordinator.
- Jeg ser det som helt nødvendig å ha en profesjonell koordinator.
- Koordinatoren er en nøkkelrolle – og kan fungere som et bindeledd og en brobygger til alle ulike gruppene.

De fleste respondentene sa at organisering av tjenesten var viktig og her la flere vekt på samarbeid. Samarbeid med ledelsen, forankring i organisasjonen og samarbeid med avdelingene var alle viktige komponenter i forhold til organisering av tjenesten. Noen av respondentene la mer vekt på samarbeid i forhold til den frivillige og kopleing mot brukeren, mens andre la mer vekt på forankring i organisasjonen. Noen av respondentene uttrykte slik om organisering og samarbeid:

- Samarbeid er jo et nøkkelord for å lykkes, samarbeid med de ansatt og med ledelse – det er kjempeviktig og at det har forankring i organisasjonen, at sykehjemmet ser verdien av å satse på frivillighet og at det er en strategi som sykehjemmet har. Samtidig så vet jeg at det å ha en forankring i ledelsen er viktig.
- At det er en ansvarlig på avdelingen som fungerer som et bindeledd mellom pasienten og frivillighetskoordinatoren i forhold til kartlegging av behov, og at jeg må videreformidle informasjon fra frivillighetstjenesten til min egen avdeling er viktig. Vi på avdelingen er liksom en del av det systemet til frivillighetstjenesten.

I forhold til organisering av tjenesten og kopling til rett person kom følgende frem:

- Jeg tror det er veldig viktig å tilpasse den frivillige gjerningen til den frivillige og kople hun opp mot det hun er interessert i - og det gjelder å bli kjent med vedkommende.
- Det at man kan klare å bygge opp en frivillighetstjeneste hvor man kan se personene som enkeltmennesker, og se hva man kan gjøre for ham eller hun, hva der er behov for, den dialogen der med ansatte, frivillige, pårørende og pasientene, det er veldig viktig. For det handler om å møte pasientene på en slik måte at en kan finne frivillige som passer for den enkelte.

Brodtkorb (2001) tar til orde for at forutsetningene for å lykkes med frivillighetsarbeid handler om forankring i organisasjonen og en ansatt frivillighetskoordinator. Rapporten til Brodtkorb er en sammenfatning om frivillig arbeid fra fem forskjellige sykehjem i Oslo i perioden 1999 -2000. Brodtkorb viser til at ledelsen ved sykehjemmet må ville prioritere frivillig innsats. Videre peker rapporten på at for å få til en godt fungerende frivillighetstjeneste må ledelsen gi frivillig arbeid status i organisasjon. Brodtkorb mener det handler om å ha en ideologisk forankring, at arbeidet må gis økonomisk forutsetning og personell, som en frivillighetskoordinator, for å kunne ta seg av frivillighetsarbeid ved sykehjem. Til tross for at samtlige av sykehjemmene i prosjektet fra Oslo snakket varmt om viktigheten av en forankring i organisasjonen og en ansatt koordinator, ble det klart at ikke alle ville komme til å avsette midler til en koordinator etter endt prosjektperiode (ibid).

I evalueringen av frivillighetsarbeidet ved Løvåsen sykehjem (Haugland og Eliassen 2008), ble det fremhevet at ansatte hadde et eierforhold til frivillighetsarbeidet var viktig, og videre at prosjektet hadde forankring i ledelsen.

Livskvalitet går igjen som en rød tråd, og blir omtalt som en viktig faktor i nesten alle temaene. En av respondentene ga uttrykk for at frivillighetsarbeidet som den frivillige på sykehjemmet utførte, utgjorde en meget viktig faktor i den frivilliges liv. Jeg tolker dette som et uttrykk for at frivillighetsarbeidet gir økt livskvalitet til den frivillige.

Følgende ble uttalt av respondenten:

- Hun som har vært her lengst har vært her i tjuefem år og hun er her ennå, nesten hver dag. Hun er jo inventar her, og jeg tror at det er det aller viktigste i livet hennes, det å være frivillig her er enormt viktig for hennes identitet, det å være frivillig her.

Henriksen (2007) snakker om hvordan samfunnet kan ha innvirkning på enkeltindividets mulighet for å oppnå høy livskvalitet. Jeg mener Bergen Røde Kors Sykehjem ved sin forvaltning av de frivillige, får trofaste frivillige medarbeidere og som gir den enkelte frivillige medarbeider økt trivsel og velvære i hverdagen. Habermann (1987) snakker om at det frivillige arbeidet er forebyggende for den frivillige. Forfatteren tar her til orde for at frivillig arbeid gir selvrespekt og anerkjennelse til å føle seg behøvd.

En av uttalte slik i forhold til helsefremmende for den frivillige:

- frivillig arbeid - at frivillig arbeid er viktig i seg selv, det er helsefremmende, altså gir man så får man og det er noe med det og det er det som er det fine med frivillighet det er at det også er forebyggende for de som er frivillige

Mæland (2005) tar til orde for at individet selv er med på å fremme egen helse ved å ta del i aktiviteter som bidrar til økt trivsel og velvære. I rapporten fra USA (Grim, Spring og Dietz 2007) kom det klart frem at frivillig arbeid var helsefremmende for dem som deltok. Når frivillige medarbeidere gir av sin tid i 25 år støtter det nettopp opp om tidligere forskning om at frivillige arbeid er helsefremmende for de som deltar.

En av de andre respondentene snakket om at frivillige hadde en preventiv virkning på beboerne i avdelingen, og uttrykte slik om forebygging:

- Vi ser også at de frivillige har en forebyggende effekt i avdelingen, det blir mer ro, en positiv atmosfære og det gir større livskvalitet.

Dette understøttes av en av de andre respondentene som uttrykte følgende i forhold til den frivillige gjerningen:

- Til å begynne med så husket hun ikke hva jeg het eller hva som skjedde i går, men nå husker hun, jeg var vekke på ferie og nå husker hun hva jeg heter, når jeg kommer så sier hun navnet mitt også lyser hun opp.

Fyrand (2005) snakker om gjensidighet og nærhet i relasjonen til hverandre når sosiale nettverk etableres. Habermann (2007, s. 229) tar til orde for at den frivillige oppgaven for den frivillige bunner i et ”personlig engagement koblet med et dybtfølt ønske om at hjelpe sine medmennesker og være til nytte”. Poort (2006) betegner de frivillige som

medmennesker som er empatiske, lyttende og kan oppfattes å være mer på linje med pasienten. Det frivillige virke har, slik jeg ser det, stor betydning for den frivillige selv og kommer til uttrykk ved at arbeidet har en verdi og gir en følelse av å være behøvd.

Når det gjelder revirkonflikter ble følgende uttalt:

- Også er det veldig viktig å reflektere over interessekonflikter eller revirkonflikter som vi også har hatt her på sykehjemmet og samtidig så er det på tide å begynne å snakke om de revirene er til for å beskytte personalet eller er til for å øke kvaliteten for pasientene. Jeg kan ta et eksempel på en av utfordringene som tar mye tid. Det er å mate pasienter. For meg er ikke det fremmed å tenke seg at frivillige kan mate pasienter, men kommer jeg med dette forslaget til en sykehjemsavdeling, så får de allergi og blir lei seg og sykemelder seg. Så er det konflikter ute og går. Eller hvorfor skal hun ta pasienten, eller sitte ned hos pasienten og ikke jeg, eller hvorfor skal hun gå tur med pasienten når jeg ikke har tid til å gå tur med pasienten. Det er mange slike konflikter ute og går.

Når det gjelder revirkonflikter kan det være at dette ikke er like lett å snakke om, men det kan også være at ikke alle parter ser eller er opptatt av revirkonflikter. Jeg mener Lorentzen (2007) er inne på noe viktig når han trekker frem hjelpeapparatets syn på amatørerne. Lorentzen taler her om at hjelpeapparatet kan ha vanskeligheter med å anerkjenne frivillige fordi deres bidrag er engasjement og livserfaring, mens hjelpeapparatet består av profesjonelle omsorgsutøvere og det er deres domene å utøve omsorg på institusjonene. Romøren (2008) tar til orde for at det ikke kun er i omsorgsyrkene at det utvisers omsorg. Det er et allment behov hos oss mennesker, det å vise omsorg.

Stort sett virker det på meg som at Bergen Røde Kors Sykehjem benytter sivilsamfunnet sitt ønske om å være til nytte og utøve omsorg på en komplimenterende måte i avdelingene. I denne undersøkelsen er materialet som kom frem ikke nok til å underbygge eller avkrefte hvor gjeldene disse revirkonfliktene er for avdelingene i sin helhet, men bør kunne bli gjenstand for videre drøftinger i sykehjemmet.

#### **4.1.6 Mener du at det i dette arbeidet erverves ny kunnskap?**

I denne studien hadde jeg et ønske å se på om Bergen Røde Kors Sykehjem ved sin måte å organisere frivillighetsarbeidet på kunne gi ny kunnskap til feltet. Eventuelt integrerende kunnskap, på et område det fra før finnes lite kunnskap om. Jeg sikter her til forskning innenfor frivillig sosialt arbeid knyttet opp til sykehjem i Norge og Skandinavia. Under dette

hovedtema svarte flere av respondentene at både kunnskap, selvinnsikt og forståelse kom til ervervelse. I tillegg kom det frem at kunnskap oppstår og utvikles i møte med andre.

Flere av respondentene svarte slik under kunnskap, selvinnsikt og forståelse:

- Ja enormt med kunnskap. Mengder av kunnskap, mengder av forståelse, mengder av selvinnsikt og mengder av berikelse for den enkelte frivillige og etter hvert som dette sprer seg for samfunnet. Det er ingen som vet hva sykdom er før man har vært syk og det er ingen som vet hva sorg er før man har sørget. I møte med de marginaliserte og deriblant de gamle og syke og sårbare og ensomme og demente har man utrolig mye å lære som kan formidles videre til seg selv, til familien, til venner og til samfunnet. Jeg tror at personalet har mye å lære av de frivillige.
- Det vil jo alltid bli ny kunnskap når det kommer nye mennesker inn for det blir jo et mangfold. Også det at det har kommet så mange inn på sykehjemmet, både frivillige og ansatte med minoritetsbakgrunn og da vil det alltid erverves ny kunnskap, så lenge det kommer inn nye mennesker. Også kan en jo få veldig mange nye måter å gjøre ting på og få inspirasjon der. Ofte så er det ikke så mye som skal til før vi låses inn i gamle tankemønstre at sånn har vi alltid gjort det før og får man frisk pust inn og får nye, kanskje en frivillighetstjeneste som gjør ting annerledes, så kan det så absolutt avstedkomme ny kunnskap.
- Ja, det er jo klart det, sykehjemmet får jo et nytt pust inn og det gjør jo at pasientene får det bedre ved å ha frivillige, de får oppleve mer.

Hva er kunnskapsutvikling? Jeg velger å ta utgangspunkt i Lundstøl (2002, s. 37) som sier følgende om kunnskapsutvikling og praksis.

Tradisjoner eksisterer på de ulike fagområder, i de ulike vitenskaper, i de ulike samfunnsfelter, som praksiser. Og i praksisbegrepet ligger det at det her er mennesker som er knyttet til bestemte mål og oppgaver med bestemte kompetanser, og som vedvarende forsøker å møte de krav som det innebærer. Gjennom det kan de gradvis utvikle en økende kompetanse til å gjøre dette, samtidig som de bevarer og utvikler sin evne til å fornemme og reflektere over det som ikke er helt slik det burde være, og som gir rom for forandring og overskridelse. Ikke bare slik at man innser behovet for dette, men at man prøver å utvikle kompetanse til selv å bidra.

Forstått med Lundstøl utvikles vi som mennesker og vi lærer av hverandre. På en annen side trenges refleksjonen i forhold til det vi erfarer for å utvikle erfaringene og som kan gi kompetanse, innsikt og økt forståelse. Lundstøl tar til orde for at det må ligge noen forutsetninger til grunn for en kunnskapsdannelse, og sier videre:

Det betyr at kunnskapen om hvordan praksisfeltet kan opprettholdes som en god lærings- og kunnskapsutviklingsarena, må være en del av rammeforståelsen rundt en profesjon og tenkningen rundt en faglig virksomhet (2002, s. 38).



Jeg er usikker på om Bergen Røde Kors Sykehjem selv ser hvilken enorm kunnskap som ligger i tilretteleggingen og utøvelsen av det frivillige arbeidet. På den ene siden sier respondentene at det utvikles kunnskap i samhandling med andre, men i hvilken grad sykehjemmet bevisst reflekterer og utvikler erfaringene som gjøres og som kan omdannes til bevisst kunnskap, kan jeg imidlertid ikke helt fange opp gjennom denne studien. Jeg mener det her ligger et stort utviklingspotensial for sykehjemmet ved bevisst å legge mer til rette for en praksisutvikling med både ansatte og frivillige.

Lorentzen (2007) tar til orde for at amatørerne er en utdøende rase og mener kravene til hva som forventes har endret seg. Lorentzen sikter her til at erfaringskunnskapen ikke evner å holde tritt med en stadig profesjonell kunnskap i ekspansjon. Sivilsamfunnet ønskes inn på de profesjonelles arena og de frivillige får dermed andre oppgaver som kan bære preg av mer faglig karakter. Jeg kan ikke se at det er gjeldene i denne studien. Jeg er enig med Lorentzen i at i et moderne kunnskapssamfunn vil det være den faglige kunnskapen som setter premissene. I og med at vi alle utvikles i en retning der befolkningen som helhet erverver mer kunnskap og også fagkunnskap som har relevans for sivile gjøremål, vil den klassiske amatøren tape terreng. På en annen side er det ingen motsetning mellom kunnskap, engasjement og omsorg. Endringene i samfunnet og i organisasjonene for øvrig har ført med seg nye måter å tenke organisering av frivillig virksomhet på (Lorentzen 2010). I undersøkelsen til Hansen (2005) kom det frem at amatøren brukte sin fagkunnskap for å tilrettelegge et gruppetilbud for demente. Utfordringene og mulighetene, slik jeg ser det, ligger i samspillet mellom amatøren og den profesjonelle omsorgsarbeideren der de i fellesskap kan utvikle en kunnskapsarena som gir mulighet for bedre praksis.

## 5. Konklusjon

Masteroppgaven hadde følgende problemstilling *”Hvordan kan frivillige være en ressurs for beboere på et sykehjem og hvordan utnyttes de frivilliges kompetanse?”*

Jeg ønsket å få svar på spørsmålet ved å intervjuer syv mennesker med forskjellig status, ansatte og frivillige, i et spesifikt sykehjem. For å kunne svare på om frivillige kan være en ressurs for beboere i sykehjem, fremsatte jeg en hypotese om at frivillig sosialt arbeid handler om en felles ideologi. Ideologien handler om omsorg, livskvalitet, medmenneskelighet, gjensidighet og fellesskap. Drivkreftene i det frivillige sosiale arbeidet er, etter mitt skjønn, en handling som gir utslag i økt trivsel og velvære.

Ingen av spørsmålene fra intervjuguiden handlet spesifikt om frivillige bidro til økt livskvalitet. Spørsmålene var utformet som: - hvorfor frivillige på sykehjem, om frivillige bidro med noe annet enn ansatte, suksessfaktorer, muligheter og begrensninger. Nesten alle respondentene svarte gjennomgående at frivillige bidro til økt livskvalitet og støttes av følgende utsagn:

- Det vi ser er at livskvaliteten i forhold til pasientene blir bedre, de får en veldig god følelse med å ha den kontakten de har med den frivillige og vi ser at pasientene drar med seg den gode følelsen videre som noe positivt resten av dagen.

Det fremkom fra studien at de frivillige ble sett på som en ekstra ressurs i avedlingene og at de bidro til økt aktivitet og trivsel i sykehjemmet. Sykehjemmet hadde i det aktuelle tidsrommet 52 aktive frivillige medarbeidere som bidro på hver sin måte. Noen av de frivillige tok med beboerne på en tur, andre stelte i stand til ulike aktiviteter og arrangementer. Tilbakemeldingene fra beboerne viste seg ved at de ble gladere og roligere på en positiv måte. Nesten samtlige respondenter ga uttrykk for de frivillige hadde en preventiv virkning på beboerne og hvor livskvalitet går igjen som en rød tråd gjennom alle temaene fra intervjuguiden.

Hvorvidt de frivilliges aktivitet kan sies å motvirke depresjon hos de gamle i sykehjem, kan være vanskelig å svare entydig på. Både Romøren (2003) og Kvaal (2009) viser til at forekomsten av depresjon hos eldre i sykehjem er langt høyere enn i befolkningen som helhet. Romøren (2003) viser til at depresjon hos eldre på sykehjem er en konsekvens av manglende nettverk og aktivitet. Romøren påpeker at kommunene gjennom sosialtjenesteloven har et

ansvar for å tilrettelegge for tiltak som gir den enkelte i sykehjem sosial kontakt og mulighet for aktivitet. På hvilken måte kommunene sørger for å tilrettelegge for slik aktivitet, blir opp til den enkelte kommune å avgjøre. Jamfør Romøren mener jeg derfor at det er nærliggende å tenke at aktivitet som fremmer trivsel og gir økt livskvalitet, her gjennom frivillige aktører, også forebygger depresjon. De frivillige viste seg som trofaste følgesvenner og besøkte beboerne opp til flere ganger i uken regelmessig. Flere av de intervjuede benevnte også de frivillige som en nær venn for beboeren og ga uttrykk for at det var stor gjensidighet i relasjonen mellom partene. Om frivillige kan utgjøre en forskjell som kan forebygge depresjon hos eldre i sykehjem, bør derfor være gjenstand for videre forskning.

Jeg mener denne undersøkelsen har vist hvordan frivillig arbeid er viktig og at det er behov for å bruke både ressurser på å organisere slikt arbeid, samt utvikle og forske på flere ulike løsninger.

Kan frivillig arbeid i sykehjem være nettverksskapende, bidra til å akkumulere sosial kapital og være helsefremmende for de impliserte? Jeg mener studien viser at deltakerne bygger tillitt til hverandre ved at frivillige forplikter seg til å gjøre en forskjell for beboerne og for fellesskapet. De frivillige oppnår å bli satt pris på og får omsorg tilbake ved å yte omsorg. Beboeren på sin side får omsorg og livskvalitet og gir ved å by på seg selv gjennom dialogen og vennskapet med den frivillige. Ansatte kan også hente ut sosial kapital ved nettverksdannelser og ved å utvikle gode samarbeidsrelasjoner. Studien støtter seg til sosial kapital som begrep i sosialt arbeid og handler om et bytteforhold som ikke trenger å stå i samme rimelighetsgrad til hverandre, jamfør Nysæther (2004).

Hele studien bærer preg av at frivillig innsats i sykehjem er helsefremmende for alle parter. Dette vises ved at det skapes god atmosfære i avdelingene, de frivillige sier de føler seg behøvd og blir verdsatt ved sin innsats. Beboerne på sin side får økt trivsel og glede i hverdagen og betegner de frivillige som engler.

Studien viser at frivillige har en plass i forhold til sykehjem fordi de frivillige bidrar med noe annet enn ansatte. Rønning (2009) tar til orde for at det offentlige bør legge forholdene til rette for et bevisst samspill mellom uformelle hjelpere og det offentlige hjelpeapparatet for å sikre best mulig kvalitet i omsorgen for eldre. I dette samspillet blir det pekt på at sivilsamfunnet har sin egenart og i en samarbeidsrelasjon må det offentlige hjelpeapparatet ta

høyde for denne egenarten. Jeg mener Bergen Røde Kors Sykehjem viser i denne undersøkelsen at de frivillige utgjør en forskjell og er en ressurs for beboerne ved sykehjemmet. Undersøkelsen lar seg ikke generalisere til å gjelde flere sykehjem, men arbeidet som utføres ved dette sykehjemmet evner liten tvil om at frivillig arbeid i sykehjem gir en helsefremmende effekt til beboer så vel som til frivillig. Konklusjonene blir derfor at frivillige er en ressurs for beboere i sykehjem.

I denne studien ønsket jeg i tillegg å få svar på hvordan sykehjemmet benyttet de frivilliges kompetanse og om sykehjemmets måte å tilrettelegge virksomheten på kunne gi ny kunnskap på feltet. Studien levnet ingen til om at de frivilliges livserfaring hadde betydning for hvilke oppgaver de frivillige utførte. Personlig egnethet ble også nevnt som viktig egenskap. Sykehjemmet la vekt på å finne frem til den frivillige som best kunne passe den enkelte beboer eller om det var en praktisk oppgave som skulle utføres. Lundstøl (2002) tar til orde for at kunnskap utvikles der hvor gode læringsarenaer er etablert.

Avslutningsvis i denne studien tar jeg til orde for at sykehjemmet besitter enormt med kunnskap om tilrettelegging av frivillig arbeid i sykehjem. Potensialet, slik jeg ser det, ligger i refleksjonen og i samarbeidet rundt erfaringskunnskapen og den profesjonelle kunnskapen. Tilrettelegging og organisering for å utvikle kompetansen som ligger i frivillig arbeid kan avstedkomme gode læringsarenaer for bedre praksis.

## Litteraturliste

Aadland, Einar (2004) "Og eg ser på deg-": vitenskapsteori i helse- og sosialfag  
Universitetsforlaget Oslo

Abrahamsen, Jenny Foss (2010) *Undersøkelse om frivillige tjenester på norske sykehjem*  
Omsorg/Fagbokforlaget 1/2010 side 31-32

Bergen Røde Kors Sykehjem *"Vår visjon er å bli anerkjent som Norges ledende sykehjem når det gjelder omsorg og verdighet for de eldre, og vi skal utmerke oss med våre forpliktelser ovenfor de eldre, våre medarbeidere og samfunnet, i tråd med Røde Kors' verdier."* [http://brks.no/Bergen\\_Rde\\_Kors\\_Sykehjem.asp](http://brks.no/Bergen_Rde_Kors_Sykehjem.asp) (09.09.2011)

Bergland, Ådel (2006) *Trivsel i sykehjem, En kvalitativ studie med utgangspunkt i mentalt klare beboeres perspektiv. Doktoravhandling* Unipub as Oslo

Bokmålsordboka (2010) *"frivillig av egen vilje"* Universitetet i Oslo [online]  
<http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi> (09.09.2011)

Brodtkorb, Elisabeth (2001) *Frivillig innsats i sykehjem Forsøksprosjekt i Oslo kommune 1999-2000* Senter for frivillig innsats Oslo

Brodtkorb, Elisabeth (2001) *Sosiale landskap og sosial kapital Innføring i nettverkstenkning*  
Universitetsforlaget AS Oslo

Colemann, James (1998) *S12 I: "Sosial kapital Teorier og perspektiver - en kunnskapsoversikt med vekt på folkehelse" (4/2010)* Helsedirektoratet Oslo

Daatland, Svein Olav og Katharina Herlofsen (2004) *Familie, velferdsstat og aldring. Familiesolidaritet i et europeisk perspektiv NOVA Rapport 7/2004* NOVA

Den norske legeforening (2001) *Statusrapport om situasjonen i helsetjenesten: Når du blir gammel - og ingen vil ha deg...* Tidsskrift for den norske legeforening 2001  
<http://www.legeforeningen.no/id/5178.0>

Disch, Per Gunnar og Einar Vetvik (2009) *Framtidas omsorgsbilde - slik det ser ut på tegnebrettet* Senter for Omsorgsforskning – Sør Telemark

Escolas ordbok (2001) Escolas forlag 2.utgave Oslo

Fyrand, Live (2005) *Sosialt nettverk teori og praksis* Universitetsforlaget AS 2.utgave Oslo

Garsjø, Olav (2001) *Sosiologisk tenkemåte En introduksjon for helse- og sosialarbeidere* Gyldendal akademisk 2.utgave Oslo

Grimm, Robert Jr., Kimberly Spring og Nathan Dietz (2007) *The Health Benefits of Volunteering. A Review of Recent Research* Corporation for National & Community Service, Office of Research and Policy Development. Washington DC Washington

Habermann, Ulla (1987) *Det tredje netverk - grundbok om frivilligt socialt arbejde* Akademisk Forlag Danmark

Habermann, Ulla (2007) *En postmoderne helgen? Om motivering til frivillighed* Museum Tusulanums forlag København

Hansen, Gunnar V. (2005) *Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2005:1 Frivillige hjelpere i eldreomsorgen* Høgskolen i Østfold

Hansen, Gunnar V. (2007) *Samarbeid uten fellesskap – om individuelle planer i kommunalt psykisk helsearbeid* Doktorsavhandling Karlstad University Studies 2007:15 Karlstad

Haugland, Britt Øverbø og Eliassen, Birte (2008) *Undervisningssykehjemsprosjekt : Frivillighetsarbeid i sykehjem Løvåsen sykehjem, rapport 2008* <http://img5.custompublish.com/getfile.php/1689574.1875.wurfbayerb/Rapporten+ferdig+110209+Frivillighetarbeid.pdf?return=www.utviklingssenter.no>

Henriksen, Lenau Bjarne (2007) *Livskvalitet – en utfordring* Gads Forlag 2. utgave Danmark

Herrestad, Henning, Johanna Lundereng og Aksle Øhrn (2010) *Fransiskushjelpens bruk av frivillige i omsorg for alvorlige syke kreftpasienter* Omsorg/Fagbokforlaget 1/2010 side 21-24

Hjort, P.F. (2001) *Noe var bedre før – hvordan kan vi ta vare på det?* Tidsskrift for den norske legeforening 2001; 121:2069-72 <http://tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2001/2069-72.pdf>

Hjære, Mette (2005) *Partnerskaber – på vej mod en ny samarbejdskultur? Rapport fra et følgestudie af tre partnerskaber mellom offentlige og frivillige sociale organisationer* Center for frivilligt sosialt arbejde

Jacobsen, Dag Ingvar (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunndvitenskapelig metode* HøyskoleForlaget 2.utgave Kristiansand

Karlsson, Bengt (2003) *Erfaringsbassert pasientkunnskap: et nytt grunnlag for forståelse av klinisk arbeide i psykiatrisk sykepleie* I: Hummevoll, Jan Kåre (red.) *Kunnskapsdannelse i praksis* Universitetsforlaget as Oslo

KS (tidligere Kommunenes sentralforbund) (2006) *SAMMEN OM DET GODE LIV - en veileder for utvikling av lokal frivillighetspolitikk* KS Oslo

KS (tidligere Kommunenes sentralforbund) (2010) *Ny undersøkelse: stort omfang av samarbeid mellom kommuner og frivillige organisasjoner* KS  
<http://www.ks.no/Templates/PrintPage.aspx?pid=6392> (09.10.2011)

Kvaal, Kari (2009) *Depresjon hos eldre* Geriatrisk sykepleie- Tidsskrift for sykepleiere i geriatri og demens 2009 årgang 1, nr 1- Side 4-5

Kvale, Steinar og Svend Brinkmann (2009) *Det kvalitative forskningsintervju* Gyldendal Norsk Forlag AS 2.utgave Oslo



Lorentzen, Håkon (2005) *Partnerskap, sivilsamfunn og sosial kapital* Notat til Norges Forskningsråd, 29.07.04

Lorentzen, Håkon (2007) *Moraldannende kretsløp Stat, samfunn og sivil engasjement* Abstrakt forlag AS Oslo

Lorentzen, Håkon (2010) *Frivilligsentralen mellom stat, kommune og sivilsamfunn* Institutt for samfunnsforskning (2010:13) Oslo

LOV 1982-11-19 nr 66: Lov om helsetjenesten i kommunene [kommunehelsetjenesteloven].

LOV 1991-12-13 nr 81: Lov om sosiale tjenester m.v. (sosialtjenesteloven). (2011)

*Verdighetsgarantiforskriften*

[http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html&emne=FORSKRIFT\\*%20%2b%20OM\\*%20%2b%20EN\\*%20%2b%20VERDIG\\*%20%2b%20ELDREOMSORG\\*&](http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/for/sf/ho/ho-20101112-1426.html&emne=FORSKRIFT*%20%2b%20OM*%20%2b%20EN*%20%2b%20VERDIG*%20%2b%20ELDREOMSORG*&) (2011.06.27)

Lundstøl, John (2002) *HiO-rapport 2002 nr 10 I Praksis Faglige refleksjoner Artikler og mindre skrifter 3* Høgskolen i Oslo

Malterud, Kirsti (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* Universitetsforlaget as 2.utgave

Martinsen, Kari (2005) *Samtale, skjønnhet og evidensen* Akribe as 1.utgave Oslo

Meld. St. 16 (2010–2011). Melding til Stortinget *Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015)* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

Midttun, Atle, Tore Dirdal og Kristian Gautesen (2005) *Offentlige og private partnerskap som supplement til det offentlige velferdstilbudet "Organisert frivillighet – et bidrag til fornyelse av offentlig sektor"* Forskningsrapport 6/2005 Oslo: Handelshøyskolen BI

Mæland, John G. (2005) *Forebyggende helsearbeid* Universitetsforlaget AS 2.utgave Oslo

Møller, Kurt og Mary-Ann Knudstrup (2008) *Trivsel i plejeboligen En antologi om trivselsfaktorer i plejeboliger* Syddansk Universitetsforlag Odense

Nortvedt, Per (2001) *Profesjonell omsorg - Dyd eller ferdighet? I: Ruyter Knut W., Arne Johan Vetlesen (red.) Omsorgens tvetydighet: egenart, historie og praksis* Gyldendal Akademisk Oslo

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

Nysæther, Lars A. (2004) *Kan begrepet sosial kapital anvendes i sosialt arbeid?* Tidsskriftet Nordisk Sosialt Arbeid, Universitetsforlaget (4/2004) side 63-76

Næss, Siri (2001) *Livskvalitet som psykisk velvære NOVA Rapport 3/2001* NOVA [http://www.nova.no/asset/2749/1/2749\\_1.pdf](http://www.nova.no/asset/2749/1/2749_1.pdf) (12.09.2011)

Olsson, Henny og Stefan Sørensen (2003) *Forskningsprosessen Kvalitative og kvantitative perspektiver* Gyldendal akademisk 1.utgave Oslo

Poort, Janni (2006) *Frivilligt sosialt arbeid i sykehusregi Doktoravhandling* Aalborg Universitetsbibliotek Aalborg

Postholm, May Britt (2005) *Kvalitative metoder En innføring med fokus på fenomenologi, etnografi og kasusstudier* Unversitetsforlaget Oslo

Putnam, Robert D. (1993) *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy* Princeton University Press. 2.utgave Princeton

Repstad, Pål (1998) *Mellom nærhet og distanse* Universitetsforlaget AS 3.utgave Oslo

Romøren, Tor Inge (2003) *Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: Tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud.(del 1)* Statens helsetilsynet Oslo

Romøren, Tor Inge (2008) I: Artikkel "*Aldring og livsløp (4/2008) side 8-12*" Senter for omsorgsforskning Østlandet, Gjøvik University College  
[http://www.omsorgsforskning.no/omsorg\\_og\\_forskning](http://www.omsorgsforskning.no/omsorg_og_forskning)

Rustøen, Tone (1992) *Livskvalitet en sykepleierutfordring* Ad Notam Gyldendal AS 1.utgave Oslo

Rønning, Rolf (2009) kapittel 3 *"Systematisk bruk av sosial kapital i velferdstjenestene - kvalitetsforbedring, eller som å sette nattergalen i bur?"*I: Bengt Starrin (red.), *"Sosial kapital i et velferdsperspektiv"* Gyldendal Akademisk 1.utgave Oslo

Rønning, Rolf, T. Schanke og V. Johansen (2009) *Frivillighetens mulighet i eldreomsorgen*  
Østlandsforskning Forskningsrapport 11/2009

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

St.meld. nr.27 (1996-1997). *Om statens forhold til frivillige organisasjoner*  
Oslo: Kultur- og kirkedepartementet

St.meld. nr.39 (2006-2007). *Frivillighet for alle* Oslo: Kultur- og kirkedepartementet

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

Stiftelsen Verdighetsenteret, *Frivillighetstjensten Bergen Røde Kors Sykehjem*  
[http://verdighetsenteret.no/uploads/files/file\\_000013.pdf](http://verdighetsenteret.no/uploads/files/file_000013.pdf) (09.09.2011)

Stiftelsen Verdighetsenteret (2011) *Årsrapport 2010* Stiftelsen Verdighetsenteret  
[http://verdighetsenteret.no/uploads/files/file\\_000105.pdf](http://verdighetsenteret.no/uploads/files/file_000105.pdf) (09.09.2011)

Wollebæk, Dag og Per Selle (2002) *Det nye organisasjonssamfunnet Demokrati i omforming* Fagbokforlaget Bergen

Wollebæk, Dag, Per Selle og Håkon Lorentzen (2000) *Frivillig innsats – sosial integrasjon, demokrati og økonomi* Fagbokforlaget Bergen

WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997) *MEASURING QUALITY OF LIFE*

[http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf) (11.10.2011)

*Vedlegg*

## *Vedlegg 1: Intervjuguide*

1. Hvorfor frivillige på sykehjem?
2. Bidrar de frivillige med noe annet enn ansatte?
3. Har de frivilliges erfaring noen betydning?
4. Hva tenker du om behovene til de frivillige, de ansatte og hos beboerne, mener du det et samsvar?
5. Ser du noen utfordringer eller begrensninger ved å ta i bruk frivillige?
6. Hva mener du er suksessfaktorene?
7. Mener du at det i dette arbeidet erverves ny kunnskap?

## Vedlegg: 2 Kvittering på melding om behandling av personopplysninger

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Torbjørn Herlof Andersen  
Avdeling for helse, omsorg og sykepleie  
Høgskolen i Gjøvik  
Postboks 191  
2802 GJØVIK

Vår dato: 23.03.2011

Vår ref: 26535 / 3 / RKH

Deres dato:

Deres ref:

### KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 25.02.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 07.03.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

26535	<i>Frivillige som medspiller i eldreomsorgen – muligheter og begrensninger</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Torbjørn Herlof Andersen</i>
Student	<i>Kate Hoel</i>

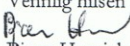
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-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/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/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://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen  
  
Bjørn Henriksen

  
Ragnhild Kise Haugland

Kontaktperson: Ragnhild Kise Haugland tlf: 55 58 83 34  
Vedlegg: Prosjektvurdering  
Kopi: Kate Hoel, Gamle Kirkevei 90 A, 1617 FREDRIKSTAD

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no





**Prosjektvurdering - Kommentar**

---

Prosjektnr: 26535

Utvalget består av fire personer ansatt ved et sykehjem, samt to frivillige medarbeidere. Utvalget rekrutteres gjennom sykehjemets ledelse.

Utvalget får skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og de som ønsker å delta samtykker skriftlig. Personvernombudet finner informasjonsskrivet mottatt 07.03.2011 godt utformet.

Opplysningene samles inn gjennom personlig intervju. Det gjøres lydopptak av intervjuene, og lydopptakene vil bli behandlet på PC. Informantenes navn og kontaktinformasjon vil bli registrert; i datamaterialet erstattes disse opplysningene med referansenummer som viser til en atskilt navneliste.

Når prosjektet er fullført, og senest innen 31.12.2011, skal innsamlede opplysninger anonymiseres ved at lydopptak og navneliste slettes, og eventuelle indirekte identifiserende bakgrunnsopplysninger slettes eller omskrives slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.

### **Vedlegg 3: Samtykkeerklæring**

#### **Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave.**

Jeg er masterstudent i helsefremmende arbeid ved Høgskolen i Gjøvik og holder på med den avsluttende masteroppgaven. Jeg har i mange år jobbet profesjonelt med frivillig arbeid og mener det kan være verdifullt å se om det er noe unikt ved organiseringen av det frivillige arbeidet ved *et* utvalgt sykehjem. Bergen Røde Kors Sykehjem satser på forskning og fagutvikling og har en uttalt visjon om å bli god på omsorg og gi verdighet til de gamle. Sykehjemmet hevder at de frivillige medarbeiderne deres er en uvurderlig resurs og godt integrert organisatorisk i sykehjemmet.

Tema for oppgaven er frivillige som medspiller i eldreomsorgen, og jeg skal undersøke hvordan Bergen Røde Kors Sykehjem aktivt bruker de frivilliges ressurser i omsorgen for de gamle. Jeg er interessert i å finne ut av hvilke opplevelser og erfaringer de frivillige medarbeiderne har, og sykehjemmets erfaring med frivillighetstjenesten. For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju 6 personer, 4 ansatte og 2 frivillige i sykehjemmet. Jeg ønsker å benytte meg av en intervjuguide med forskjellige tema. Tema jeg vil ta opp er hvorfor og på hvilken måte sykehjemmet satser på de frivillige. Om de tjenestene de frivillige utfører overfor beboerne er annerledes enn de ansattes, om de utfyller hverandre og om det er samsvar mellom de frivilliges behov og sykehjemmets behov.

Jeg vil benytte meg av båndopptaker og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enige om tid og sted.

Det er frivillig å være med og du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Dersom du trekker deg vil alle innsamlede data om deg bli anonymisert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2011.

Dersom du har lyst til å være med på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen og sender den til meg.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg på 909 93 815, eller sende e-post til [sentrum@frivillig-fredrikstad.no](mailto:sentrum@frivillig-fredrikstad.no). Du kan også kontakte min veileder Gunnar Vold Hansen ved Høgskolen i Østfold på telefonnummer 950 77 477.

Studien er meldt til personvernombudet for forskning, Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste A/S.

Med vennlig hilsen

Kate Hoel  
Gamle Kirkevei 90 A  
1617 Fredrikstad

**Samtykkeerklæring:**

Jeg har mottatt informasjon om studien av frivillige som medspiller i eldreomsorgen og ønsker å stille på intervju.

Dato.....Signatur  
.....

Telefonnummer.....

e-post.....

## *Vedlegg 4 : Samtykke om publisering*

.....jeg samtykker herved til at opplysninger gitt i masteroppgaven Frivillige som medspiller i eldreomsorgen, kan bekjentgjøres.

Masteroppgaven handler om hvordan Bergen Røde Kors Sykehjem aktivt bruker de frivilliges ressurser i omsorgen for de gamle.

Undersøkelsen har gitt innspill og resultater i forhold til opplevelser og erfaringer om frivillig arbeid sett med de frivilliges øyne. I tillegg har undersøkelsen gitt innspill og resultater i forhold til sykehjemets erfaring med frivillighetstjenesten, sett fra de ansattes øyne.

Opplysningene er blitt behandlet konfidensielt, men frivillige og ansatte vil selv kunne kjenne igjen egne utsagn. I tillegg vil enkelte utsagn kunne være gjenkjennende for flere enn de som har deltatt. Opplysningene er ellers anonymisert og opptakene er slettet.

Resultatene som redegjøres i oppgaven er redegjort på en måte som er ment å ivareta respondentene. Jeg håper dere som har deltatt finner oppgaven interessant.

Undersøkelsen er nyttig i forhold til andre undersøkelser som er foretatt om frivillig arbeid utført på sykehjem. Enkelte anbefalinger er gjort med tanke på videre forskning på feltet.

Fredrikstad, 05.12.2011

Kate Hoel