



MASTEROPPGAVE:

Eldre og menneskerettigheter
– i et helsefremmende perspektiv

Livsglede for eldre, en menneskerett?

FORFATTER: GEIR KRISTIANSEN

Dato: 14.desember 2013

SAMMENDRAG

Tittel:	Eldre og menneskerettigheter – i et helsefremmende perspektiv Livsglede for eldre, en menneskerett?	Dato : 14.11.13
Deltaker(e)/	Geir Kristiansen	
Veileder(e):	Cathinka Lerstad	
Evt. oppdragsgiver:		
Stikkord/nøkkel ord (3-5 stk)	Eldre, menneskerettigheter, helsefremmende arbeid	
Antall sider/ord: 72	Antall vedlegg: 5	Publiseringsavtale inngått: ja

Sammendrag

Livsglede for eldre er en landsomfattende stiftelsen som jobber med forebyggende og helsefremmende arbeid. De baserer sitt teoretiske fundament blant annet på menneskerettighetene.

Denne oppgavens hensikt har vært å sette fokus på eldre og menneskerettigheter i et helsefremmende perspektiv. Det har i tillegg vært et mål å komme med gode eksempler på hvordan menneskerettigheter kan realiseres, og se på hvilken betydning Livsglede for eldre kan ha for å fremme menneskerettigheter på mikro, meso og makro-nivå. Empirien består av observasjon på Livsglede for eldre arrangement og kvalitative intervjuer av eldre mennesker som er tilknyttet heldøgns omsorg. Institusjonene som gir den heldøgns omsorgen er enten sertifiserte som livsgledesykehjem, eller i gang med sertifiseringsprosess for å bli livsgledesykehjem.

Resultatene kan tyde på at begrepene bredde, fleksibilitet, medmenneskelighet, samarbeid, utsatte grupper og inkludering vil være nøkkelbegreper relatert til realisering av selvbestemmelse og kulturell deltagelse. Oppgaven konkluderer med at Livsglede for eldre vil kunne ha stor betydning for å fremme eldres menneskerettigheter. Særlig deres arbeid på meso – og makronivå vil kunne ha stor innvirkning på hverdagen til utsatte grupper.

ABSTRACT

Title:	Older persons and human rights in an health promotion perspective Enjoying life as older persons – a human right?	Date : 14.11.13
Participants/	Geir Kristiansen	
Supervisor(s)	Cathinka Lerstad	
Employer:		
Keywords (3-5)	Older persons, human rights, health promotion	
Number of pages/words: 72	Number of appendix: 5	Availability: open

Summary

Livsglede for eldre is a national foundation that works with preventive health care and health promotion. Human rights are one of the building blocks for their work.

The purpose of the study has been to set focus on older persons and human rights in a health promotion perspective. Also, the study wanted to show practical examples of how human rights could be realized for older persons, and look into which importance Livsglede for eldre may have in promoting human rights on micro, meso and macro level. The data consists of observations of Livsglede for eldre events and qualitative interviews with older persons who are under care and can receive around the clock assistance. The institutions providing the around the clock assistance is either certified as Livsglede sykehjem or in the process of being certified.

The results indicate that the concepts of width, flexibility, compassion, cooperation, vulnerable groups and inclusion will be key concepts related to the realization of self-determination and cultural participation. The study concludes that Livsglede for eldre could be of great significance for promoting the rights of older persons. Especially their work at the meso – and macro level could have a major impact on the daily lives of older persons in vulnerable groups.

Forord

Denne oppgaven hadde ikke vært mulig uten støtte fra familie og venner. Først og fremst vil jeg takke min samboer Kristin for trofast følge og støtte gjennom årene med masterstudiet. Jeg vil og takke mine medstudenter for mange gode diskusjoner og følge langs veien. I tillegg vil jeg takke min veileder Cathinka Lerstad, for inspirasjon og gode faglige innspill. Sist, men ikke minst vil jeg takke alle mine informanter og de eldre menneskene jeg har møtt som har delt av sine erfaringer - og gitt meg et lite innblikk i deres hverdag.

Geir Kristiansen

14.desember 2013

Innholdsfortegnelse

Forord	6
Innholdsfortegnelse	7
1 Innledning – tema og problemstilling	9
1.1 Problemstilling, avgrensninger og begrepsdefinisjoner	10
1.2 Kort oppsummering av forskning.....	11
1.3 Stiftelsen ”Livsglede for eldre”	12
2 Teoretisk rammeverk.....	14
2.1 En salutogen tilnærming og opplevelse av sammenheng.....	14
2.2 Menneskerettigheter	15
2.3 Selvbestemmelse	19
2.4 Kulturell deltagelse.....	20
2.5 Mikro-, meso- og makronivå.....	21
3 Metodisk tilnærming	25
3.1 Forarbeid, planlegging og metodevalg.....	25
3.2 Utvelgelse av informanter til intervjuer	28
3.3 Portvakter og ressurspersoner	29
3.4 Avgrensninger	30
3.5 Feltarbeidet.....	31
3.6 Innsamling av eldrehistorier	32
3.7 Egen rolle og forforståelse	34
3.8 Bearbeiding av innsamlet data	35
3.9 Validitet, reliabilitet og generalisering.....	37
3.10 Ethiske vurderinger	40
3.11 Metodekritikk	40
3.12 Litteratur og kildekritikk	42
4 Presentasjon av empiri med drøfting.....	43
4.1 Selvbestemmelse	43
4.1.1 Mikronivå – et bredt tilbud av aktiviteter og arrangementer.....	44
4.1.2 Mesonivå – ulike former for fleksibilitet	46
4.1.3 Makronivå – medmenneskelighet i de eldres hverdag	51

4.2 Kulturell deltagelse.....	53
4.2.1 Mikronivå – det viktige samarbeidet mellom ulike parter	53
4.2.2 Mesonivå – å gi tilbud til utsatte grupper.....	55
4.2.3 Makronivå – om å legge til rette for inkludering	63
5 Oppsummering og konklusjon	65
Litteraturliste	66

Tabeller

Tabell 1: Makro-, meso- og mikronivå – s. 22

Tabell 2: Utdrag fra kategorisering av intervju – s. 36

Vedlegg

Vedlegg 1: Fremleggingsvurdering til Regional etisk komité (REK)

Vedlegg 2: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv i forbindelse med observasjon

Vedlegg 4: Forespørsel om å delta i intervju - samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Intervjuguide

1 Innledning – tema og problemstilling

Det jeg regner som min første virkelige jobb, var som kokkelærling på et sykehjem. Jeg minnes at jeg ble satt til å lage retter jeg aldri tidligere hadde hørt om, og lærte meg fort hvilke av beboerne som ikke likte salt og hvem som skulle ha ekstra smør. Kanskje var dette med å påvirke mitt valg til å bli sykepleier, da jeg senere etter flere år med arbeid i forsvaret både i inn – og utland, bestemte meg for å bli sykepleier. Uansett, det gikk ikke lang tid fra jeg begynte på sykepleien til kullet mitt fikk besøk av noen jenter fra Sørlandet som nylig hadde startet en organisasjon de kalte *Livsglede for eldre*. Som sykepleierstudent var jeg med på flere av arrangementer til denne organisasjonen, og når jeg nå flere år senere skulle ta en etterutdanning i Helsefremmende lokalsamfunnsarbeid, var disse arrangementene noe jeg fortsatt husket. Organisasjonen hadde jeg ikke fulgt nærmere enn ved sporadisk lesning i aviser, men jeg hadde fått med meg at den fortsatt var aktiv.

Allerede i 2011 begynte tankene om en masteroppgave som kunne omhandle noe relatert til *Livsglede for eldre*, å komme. Jeg hadde da studert menneskerettigheter på Universitetet i Bergen (UIB) og tatt Afrikakunnskap ved Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU). Gjennom disse studiene var helse og menneskerettigheter blitt et interesseområde, og jeg lurte på om dette kunne ses opp mot eldreomsorgen. Når jeg etter hvert oppdaget at menneskerettigheter var et sentralt teoretisk fundament for en del av *Livsglede for eldre*s aktiviteter, bestemte jeg meg for at dette var noe jeg ønsket å begi meg videre inn i.

Sammenhengen mellom helse og menneskerettigheter har blitt påpekt av en rekke ulike instanser (WHO 2011a; WHO 2011b; Beyrer og Pizer 2007; Gruskin m.fl 2005) og hensikten med denne masteroppgaven har vært å sette fokus på eldre og menneskerettigheter i et helsefremmende perspektiv, blant annet ved å komme med gode eksempler på hvordan menneskerettigheter kan realiseres. ”Livsglede for eldre” (LFE) er en frivillig og landsomfattende stiftelse. LFE jobber forebyggende og helsefremmende, både med dagsaktuelle og fremtidsrettet prosjekt. Denne oppgaven er gjennomført i dialog med og etter samtykke fra stiftelsen Livsglede for eldre.

1.1 Problemstilling, avgrensninger og begrepsdefinisjoner

Jeg tar utgangspunkt i følgende problemstilling:

Hvilken betydning kan Livsglede for eldre (LFE) ha for å fremme eldres menneskerettigheter?

Livsglede for eldre (LFE) forstås i denne oppgaven som stiftelsen LFE og all deres aktivitet, fra sentralt hold til lokalforeninger. Med ”hvilken betydning” forstås LFEs potensiale for å fremme eldres menneskerettigheter. Når det gjelder menneskerettigheter, menes det temaene *selvbestemmelse* og *kulturell deltagelse* fra artikkel 12 og artikkel 15 i FN-konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter av 1966, heretter referert til som ØSK (FN 2013). Med utgangspunkt i disse menneskerettighetene har jeg undersøkt hvilken betydning LFE kan ha for å fremme menneskerettigheter på individ/mikronivå, lokalsamfunn/mesonivå og nasjonalt/makronivå.

Det er i problemstillingen brukt begrepet *eldre*, men understrekes at eldre som gruppe er like heterogen og variert som resten av befolkningen. Garsjø (2003 s. 396) sier: ”Jo eldre vil blir, jo større blir variasjonen i ressurser mellom oss, og det blir behov for ulike løsninger”. At eldre som gruppe vil ha stor variasjon er også noe som poengteres relatert til menneskerettigheter og eldre (CESCR 1995). WHO bruker normalt 65 år som betegnelse på eldre personer i høyinnkomstland (WHO 2011c). I Norge vil de fleste som har vært i lønnet arbeid, starte pensjonisttilværelsen rundt 67-70 år, her brukes derfor alderen 67 år og oppover som definisjon av eldre.

Menneskerettigheter er også et sentralt begrep, men vanskelig å definere. Her brukes følgende definisjon: ”Menneskerettigheter er uttrykk for de grunnleggende krav til individets stilling under enhver rettsorden” (Opsahl, i Høstmælingen 2004, s. 28). Det finnes flere menneskerettighetskonvensjoner, her har ØSK med de to nevnte tema og artikler vært hovedfokus. Bakgrunnen for valg av tema er at jeg ser selvbestemmelse og kulturell deltagelse som relevant for eldre og menneskerettigheter i et helsefremmende perspektiv. Det kan presiseres at det vil finnes ytterligere tema i ØSK som og kan være relevante, men disse to tema vil fungere som avgrensning for oppgaven.

Det brukes i denne oppgaven begrepet sykehjem. Garsjø (2008) skriver at sykehjem kan defineres som en medisinsk institusjon, og når det her brukes dette begrepet inkluderer det og

helse – og velferdssenter, omsorgssenter og lignende. Det brukes også begrepet å være tilknyttet heldøgns omsorg. Dette er brukt relatert til eldre som bor i heldøgns omsorgsleiligheter.

Jeg vil her bruke både sitater fra intervjuer og beskrivelser fra observasjoner. Når jeg bruker sitater fra informanter, vil disse være markert med 12 punktts skrift i teksten og i kursiv.

Eksempelvis: *Dette betydde mye for meg*. Når det gjelder lengre sitater, står disse kursivert og med innrykk. Loggbokførte beskrivelser fra observasjoner er markert med innrykk og 10 punkt skrift:

Rundt på ulike bord sitter det både eldre og ledsagere. Ledsagerne har på guleskjorter, men flere av de eldre har tydelig pyntet seg for anledningen.

Thagaard (2004) sier begrepet informant er innarbeidet i kvalitativ forskning, og jeg bruker i denne oppgaven informantbetegnelsen framfor betegnelsen respondent. Det er videre valgt å ikke legge navn på informantene, men betegne dem som informant 1, informant 2 osv. Bildene tilhørende oppgaven har jeg selv tatt.

Oppgaven er strukturert i ulike kapitler. Kapittel 1 er en introduksjon til tematikk, problemstilling og inneholder begrepsavklaringer. I kapittel 2 blir relevant teori presentert, mens det i kapittel 3 redegjøres for metodisk tilnærming. I kapittel 4 presenterer jeg empirien og drøfter denne. Siste kapittel 5 er en oppsummering og konklusjon.

1.2 Kort oppsummering av forskning

Det er ikke tidligere blitt forsket på LFE og menneskerettigheter. Når det gjelder nasjonal forskning på menneskerettigheter og helse, er det varierende fokus på denne relasjonen. Søk i BIBSYS på ”helse og menneskerettigheter” gir 114 treff, og ”helse, menneskerettigheter og eldre” gir 3 treff. Det er videre gitt ut få lærebøker på norsk om tematikken, med unntak av boken ”Menneskerettighetene i helse- og omsorgssektoren”, av Thune og Stavrum (2012), denne tar for seg Norges internasjonale menneskerettighetsforpliktelser og ser disse opp mot praktiske utfordringer i NAV og helse –og omsorgssektoren.

Internasjonalt finnes allikevel noe litteratur på feltet med bøker som ”Public health & human rights” av Beyer og Pizer (2007) og ”Perspectives on health and human rights” av Gruskin, Grodin, Annas og Marks (2005). I tillegg er det skrevet noe nasjonalt om helse og

menneskerettigheter relatert til psykisk helsevern, og en oppgave med tittelen ”Forholdet mellom eldreomsorg og menneskerettigheter” av Croos (2001). Den ble skrevet i forbindelse med konferansen ”Eldreomsorg i Norge – respekteres menneskerettighetene”, september 2000. Dette er en litteraturgjennomgang med mye gode referanser til ulik litteratur som omhandler helse og menneskerettigheter i et nasjonalt perspektiv. Oppsummert er det relativt lite nasjonal litteratur som omhandler helse, menneskerettigheter og eldre, noe mer litteratur om helse og menneskerettigheter. Utdypende teori kommer i kapittel 2.

1.3 Stiftelsen ”Livsglede for eldre”

LFE ble opprettet i 2006 i Kristiansand. Sykepleierstudentene Annette Skeie Jakobsen og Elin Anita Verdal startet med en ambisjon om ”å gjøre mer mulig innenfor eldreomsorgen”, dvs. å gi pleietrengende ekstra livsglede i hverdagen (LFE 2011). LFEs aktiviteter og prosjekter involverer blant annet arrangementer for eldre på individ/mikronivå, sykehjem på lokalsamfunn/mesonivå og videregående skole på nasjonalt/makronivå - jf. LFEs målsetning om at alle videregående skoler som har helse- og oppvekstfag skal ha Livsglede for eldre som tematikk i undervisningen.

Stiftelsen er frivillig, landsomfattende, partipolitisk og trosmessig nøytral. Blant målene er å være et supplement til eldreomsorgen de eldre får fra det offentlige, og satsingsområdene er livskvalitet, livsglede, sykdomsreducerende og helsefremmende arbeid både for eldre og deres pårørende (LFE 2013a). Videre har stiftelsen satt opp flere verdier de ønsker å følge, disse er: glede, respekt, omsorg, mot og trygghet. For å nå sine mål vil de bruke ulike midler, og som en bærebjelke nevnes lokalforeninger. Lokalforeninger er drevet av blant annet sykepleierstudenter og/eller andre frivillige. LFE fronter frivillighet som et av deres viktige prinsipper, og skriver på sine hjemmesider at den frivillige innsatsen samlet i stiftelsen i 2012, utgjorde 400 000 dugnadstimer og mer enn 640 arrangementer (LFE 2013a). Andre tiltak stiftelsen trekker frem, er sertifisering av livsgledesykehjem og samarbeid med instanser som skoler, kommuner, barnehager og ulike aktører i lokalsamfunnet.

Fremtidsrettet tenkning er og et av formålene til Stiftelsen (LFE 2013a). Slik fremtidsrettet tenkning er viktig i *sosialt entreprenørskap*. Om sosialt entreprenørskap skrives det i den Norske

offentlige utredningen (NOU) 2011:11 ”Innovasjon i omsorg” at sosialt entreprenørskap er entreprenørskap anvendt på sosiale eller samfunnsmessige utfordringer eller problemer, dvs. å løse disse på nye måter som kan skape varige forbedringer på viktige områder i samfunnet. Videre trekkes LFE frem i sammenheng med slikt sosialt entreprenørskap og helsefremmende arbeid, og NOU (2011:11, s.13) sier: ”På jakt etter innovasjonsmuligheter peker utvalget spesielt på at det er i mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn noe av den mest spennende fornyelsen kan komme til å skje i årene som kommer”.



Stiftelsen har som nevnt en rekke arrangementer årlig, og flere av disse har fått mye oppmerksomhet. Blant annet møtte Jens Stoltenberg grunnleggerne av LFE i 2006 (Aftenbladet 2006) og jevnlig har arrangementene hatt ulike gjester fra politiske partier. Jonas Gahr Støre har også vært i Trondheim som deltager på grillfest for eldre (HIST 2013), og Erna Solberg har besøkt LFEs lokalforening i Lyngdal (LFE 2013b).

2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres teori om helsefremmende arbeid, eldre, og menneskerettigheter. I tillegg presenteres LFEs aktiviteter og arrangement i lys av Bronfenbrenners modell for mikro-, meso- og makronivå. Teorien er valgt på bakgrunn av både problemstilling og empiri, eksempelvis er menneskerettigheter valgt som følge av oppgavens tematikk, mens teori om fellesskap på sykehjem er valgt da flere av informantene nevnte dette i intervjuene.

2.1 En salutogen tilnærming og opplevelse av sammenheng

Fokus for det helsefremmende arbeidet er å styrke helsen blant folk og kan kalles en *salutogen tilnærming* (Mæland 2009). En slik salutogen tilnærming fremheves å være særlig viktig i eldreomsorgen som en motsats til den påvirkning Maslows behovsherarki har fått. Sålendes kan man unngå at det utelukkende blir de fysiologiske behovene som prioriteres (Westlund og Sjøberg, i Fermann og Næss 2013, s. 212).

I en salutogen tilnærming stilles spørsmålet: ”Hvorfor er det noen som befinner seg i den positive enden av kontinuumet mellom helse og uhelse, eller hvorfor beveger de seg i denne retningen, uavhengig av hvilken plassering de måtte ha til enhver tid?” (Antonovsky 2012, s. 16). Svaret på dette sier Antonovsky er hva han kaller *opplevelse av sammenheng* (OAS). Han beskriver det som evnen til å sette de mange stressfaktorer en utsettes for, i en meningsfull sammenheng. Stressfaktorer relateres til alt fra det som er mikrobiologisk, til det samfunnsmessige og kulturelle. Antonovsky (2012 s. 4) definerer opplevelse av sammenheng til å være:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verd å engasjere seg i.

Som skissert i sitatet over innehar OAS tre nøkkelkomponenter som er knyttet til hverandre. Disse komponentene sier Antonovsky (2012, s. 39) er *begripelighet*, *håndterbarhet* og *meningsfullhet*. Et sentralt spørsmål i den salutogene tilnærmingen blir videre som Mæland (2009, s. 68) skriver: ”Hvorfor blir vi ikke alle syke når vi gjennom livet utsettes for så mange påkjenninger?” Relatert til dette er en målsetning å arbeide for å styrke helsen og motstandsevnen. Med andre ord, hvordan kan vi styrke den enkeltes evne til å takle alle disse påkjenningene? Det er viktig å bemerke at Anonovsky med sin salutogene tilnærming ikke totalt

utelukker perspektivet med patogenese, altså sykdomsfremkallende forhold (Mæland 2009), i stedet presenterer han salutogenese som en tilnærming i tillegg til den patogene (Green og Tones 2010). LFE jobber både forebyggende og helsefremmende (LFE 2013a). Nettopp deres helsefremmende arbeid med blant annet aktiviteter og arrangementer, har vært bakgrunnen for å benytte en salutogen tilnærming i denne oppgaven.

Hauge (2004) har i sin doktorgradsavhandling, som er en feltmetodisk studie, fokusert på hvordan sykehjem er realisert som hjem, og denne studien vil være aktuell her. Hauge avdekker både hvordan fellesrommene på avdelingene er organisert og blir brukt, og hvordan det sosiale fellesskapet i langtidsavdelingen fungerer. Avhandlingen viser at grensene mellom det private og det offentlige er tvetydige for aktørene, og at det sosiale fellesskapet i stor grad er personalavhengig. De mobile beboerne forflytter seg fra fellesrommene og unndrar seg fellesskapet når personalet ikke er til stede, slik styrker disse beboerne muligheten for eget privatliv. Som Kirkevold (2013a, s. 23) skriver i sin kommentar til Hauges arbeid: ”de friskeste sykehjemsbeboerne prøver å flykte fra fellesskap med dårligere medbeboere som de føler seg tvunget til å være sammen med når personalet samler alle i dagligstuen til “sosialt fellesskap”. De immobile beboerne får derimot et påtvunget fellesskap som ikke alltid innbyr til å utvikle private og nære relasjoner (Hauge 2013). Slik kan man si at fellesskapet ikke er et gode for enhver pris, men innehar både fordeler og ulemper. Fellesrommene som offentlig arena bør ifølge Hauge tydeliggjøres, samtidig som beboerne må få muligheten til en privat livsform utenfor fellesrommene. Som en positiv side ved sykehjemmet trekker Hauge (2013) frem tryggheten ved å være tilknyttet heldøgns omsorg og muligheten for kontakt med de ansatte.

2.2 Menneskerettigheter

I en rekke ulike samfunn har det vært skrevne eller uskrevne regler om hvordan balansen mellom individ og myndigheter skulle være. Fra den vestlige verden kan det pekes på eksempler fra antikkens Hellas, opplysningstiden i Europa, den franske revolusjonserklæringen om menneskets og borgernes rettigheter av 1789, og den amerikanske uavhengighetserklæringen av 1776. I Norge ble lignende regler skrevet inn i grunnloven av 1814 (Høstmælingen 2010). På 1800-1900-tallet ble det satt fokus på en ny type rettigheter. Dette var rettigheter som skulle ta vare på folks sosiale- og økonomiske behov, eksempelvis retten til mat, bolig, helse og fritid. Historisk sett er

disse rettighetene kommet etter såkalte frihetsrettigheter som blant annet likhet for loven, og blir derfor gjerne referert til som andre generasjons rettigheter (Bergem og Ekeløve-Syldal 2009) .

Retten til helse er nedfelt i ØSK (FN 2013), og har vært en del av norsk lov siden 1999 (Høstmælingen 2010). ØSK er videre en sentral konvensjonen i denne oppgaven, særlig artikkel 12 første ledd: ”Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende” (FN 2013). Om retten til helse har ØKS-komiteen forfattet General Comment No.14 av år 2000, her referert til som GC 14 (CESCR 2000). GC 14 er viktig i forhold til min undersøkelse og oppgave, da den gir utdypende informasjon om hva som menes med ØSK artikkel 12. Blant annet sier den at retten til helse må ses både relatert til og avhengig av andre menneskerettigheter (CESCR 2000). GC 14 konstaterer også at retten til helse blant annet består av friheten til kontroll over egen helse og kropp (CESCR 2000), og henviser videre til General Comment No.6 av år 1995 som omhandler økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter til eldre (CESCR 1995). Slike generelle kommentarer kan oppfattes som en videreutvikling av konvensjonene, de er utdypende, distribueres vidt av både internasjonale institusjoner, media og ikke-statlige organisasjoner, men er allikevel ikke bindende i juridisk forstand (Høstmælingen 2010).

Allikevel er det mange som mener menneskerettigheter og helse enda er et ungt fagfelt (Gruskin m.fl 2005). Det er også blitt påpekt at selv om helse og menneskerettigheter kan bidra til mye, er det ikke kuren for alt. På den ene siden forandrer ikke sosial rettferdighet og vern av menneskerettighetene at frie mennesker vil kunne gjøre valg som er dårlig for sin helse. På den andre siden; sosial urettferdighet og begrensninger av rettigheter kan ha både direkte og indirekte effekter på helsen til enkeltpersoner, lokalsamfunn og befolkninger (Mann, i Beyrer 2007, s.1). Helsefremmende arbeid vil ofte være av den karakter at effekten av arbeidet kan være vanskelig å måle. I tillegg vil arbeidet gjerne ta mange år før virkningen viser seg (Mæland 2009). Den samme kompleksiteten og mange av de samme problemene finner vi i arbeid for helse og menneskerettigheter, Mokhiber (2005, s. 389) hevder:

In fact, more data on shortcomings and violations can reflect more openness in a society, better monitoring mechanisms or stronger non-governmental organizations. Less may suggest that information is covered up, that complaints are intimidated, or an absence of capacity to monitor and collect data.

Slik jeg tolker dette, vil det på lik linje med helsefremmende arbeid også være vanskelig og komplekst å måle effekten av arbeid med helse og menneskerettigheter. Eksempelvis vil det som kunne synes å være en økning av brudd på menneskerettigheter i helsesektorene, også være et speilbilde av at helsesektoren blir satt bedre fokus på av frivillige organisasjoner.

Innfallsvinklene for arbeid med helse og menneskerettigheter er mange. Eksempelvis har Gruskin (m.fl. 2005) delt inn i fire kategorier; (1) ta menneskerettigheter som en inngangsport for å undersøke i hvilken grad en regjering beskytter og oppfyller rettighetene i en kontekst av helse, (2) designe, overvåke og evaluere helseprosjekt som kan være sensitive for menneskerettighetsspørsmål, (3) fokusere på stigmatisering og diskriminering innen helse og (4) bruke internasjonale forpliktelser som for eksempel tusenårsmålene. Selv om disse innfallsvinklene er konstruert for ulike formål, vil det fortsatt være noen grunnleggende prinsipper som er like ved menneskerettighetsarbeid, eksempelvis at menneskerettighetene må ses i sammenheng med hverandre. Høstmølingen (2010, s. 16) skriver:

Menneskerettighetene ses som et hele. De er universelle, udelelige, avhengige av hverandre og står i gjensidig forhold til hverandre, som det heter i slutterklæringen til verdenskonferansen om menneskerettigheter i Wien 1993.

For helse og menneskerettigheter vil dette si at retten til helse også må ses relatert til og i sammenheng med andre menneskerettigheter. Det finnes videre flere ulike mekanismer eller prosedyrer for kontroll av menneskerettighetene. Disse skal kontrollere at statene overholder sine forpliktelser ovenfor menneskerettighetene. Eksempelvis kan enhver person eller frivillig organisasjon i Norge klage til den Europeiske menneskerettighetsdomstolen dersom de mener at en europeisk stat har krenket deres menneskerettigheter. Dette kan kun gjøres etter at de har benyttet alle muligheter som finnes for å få saken prøvd innenfor den nasjonale domstolen (Ekeløve-Slydal 2009). En tilnærming til menneskerettighetsarbeid er således å dokumentere og rapportere menneskerettighetsbrudd. Organisasjoner som gjør dette, er blant annet Amnesty International (Amnesty 2013), Human rights watch (HRW 2013) og FNs menneskerettighetsråd (UNHRC 2013). En annen oppgave nevnte organisasjoner også gjør, er promotering og arbeid for å fremme menneskerettighetene. Eksempelvis jobber Amnesty International med undervisning om menneskerettigheter opp mot skoler (Amnesty 2013). Når det gjelder menneskerettigheter, er fokuset i denne oppgaven hvordan menneskerettighetene kan fremmes. Empirien har her ikke

blitt innhentet med tanke på menneskerettighetsbrudd, men for å finne gode eksempler på hvordan menneskerettigheter vil kunne bli fremmet i praksis.

Det er på den ene siden en menneskerett å ha anledningen til å benytte sine evner og skape seg et givende liv, på den andre siden er det ingen menneskerett å ha god helse. Det betyr i denne sammenhengen at det må gis mulighet for alle til å realisere sitt helsepotensiale. En kritikk mot folkehelse og helsefremmende arbeid vil kunne være at det legges opp til at alle skal ha perfekt helse (Mæland 2009). På lik linje med at sykdomsforebyggende og helsefremmende arbeid har møtt kritikk for å bygge opp en forventning til perfekt helse, har retten til helse møtt kritikk fra jurister som mener retten er vanskelig å tilpasse de rettslige rammer. Det er i tillegg kommet kritikk som peker på at retten til helse vil kunne flytte makt fra politikere og over til domstolene. Her bør det nevnes at selv om retten til helse har vært en del av norsk lov siden 1999, har det ennå ikke falt noen prinsipielle domsavgjørrelser. Det kan og nevnes at selv om retten til helse kanskje ikke har en fremtredende plass i dagens helsediskurs, så har pasienters rettigheter likevel blitt betydelig styrket de siste årene, særlig gjennom lover som omhandler pasientskade og pasientrettigheter (Høstmælingen 2010). Kanskje er det slik at selv om det aldri vil være mulig å oppnå at alle mennesker skal ha perfekt helse, vil det være viktig å sette seg ambisiøse mål. Som Farmer og Gastineau (2005, s. 89) skriver:

Fifteen years of work in the most difficult field conditions have taught our group that it is hard – perhaps impossible – to meet the highest standards of health care in every situation. But it is imperative that we try to do so.

I utgangspunktet er det staten som står rettslig ansvarlig for menneskerettighetsbrudd, og ikke private personer eller organisasjoner. Bildet er likevel noe mer sammensatt, for tas det utgangspunkt i verdenserklæringen, slår den fast at også enkeltpersoner og organisasjoner har et ansvar for at menneskerettigheter overholdes. Dette ansvaret er dog noe mer politisk enn juridisk, og en del organisasjoner har tatt til ordet for at det bør opprettes forpliktende menneskerettighetsordninger også for bedrifter (Høstmælingen og Ekeløve-Syldal 2009). Menneskerettighetene er ofte viktigst for utsatte grupper og kan sies å gi beskyttelse mot myndighetene, som i mange sammenhenger vil ha mye makt. Eksempelvis kan myndighetene sette folk i fengsel, ta barna fra foreldrene, avslå søknader om uføretrygd og sykehjemsplass. Det kan det synes som myndighetene i flere sammenhenger har rett til å bestemme over oss, og på

bakgrunn av dette trenger vi den beskyttelsen som menneskerettighetene kan gi (Ekeløve–Syldal 2009).

2.3 Selvbestemmelse

Her vil jeg gjøre rede for de to temaene fra ØSK jeg har valgt å fokusere på. Jeg vil blant annet bruke Antonovsky (2012) for å trekke paralleller fra disse tema til helsefremmende arbeid.

Selvbestemmelse som tema i denne oppgaven, er relatert til artikkel 12 i ØSK (FN 2013) og retten til helse der det heter at: “1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til å ha den høyest oppnåelige helsestandard både i fysisk og psykisk henseende.”

Høstmølingen (2004) mener retten til helse kan ses på som en frihet til å bestemme over egen kropp, og helsefremmende arbeid kan blant annet kan være å øke kontrollen over egen helse (Gruskin og Tarantola 2005). Nordhus m.fl. (2006, s. 362) påpeker at retten til individuell selvbestemmelse er en grunnleggende menneskerett og i tillegg et etablert prinsipp i medisinsk og psykologisk forskning så vel som klinisk praksis. Å være med å bestemme over egen hverdag er en del av selvbestemmelsen. Det kan være alt fra små til større valg. Likevel, selvbestemmelse presenterer også en rekke dilemmaer. Kirkevold m.fl (2013, s. 93) skriver:

I den innledende pasienthistorien så vi at fru Kristiansens liv i stor grad var påvirket av uttalt tretthet. Hun tilbrakte mer og mer tid i sengen, deltok lite i aktiviteter og hadde skral matlyst. I respekt for Fru Kristiansens selvbestemmelse lot personalet henne få bestemme selv hvor mye hun ville være oppe, spise osv. Dette satte fru Kristiansen pris på. Hun følte seg verdsatt og respektert. Men i lys av prinsippet om å vareta en god energibalanse kan en reise spørsmål ved om personalet ivaretok hennes integritet fullt ut.

Slik jeg tolker dette utdraget, var den eldre damens ønsker i denne historien muligens motstridene med hva helsepersonellet på lengre sikt tolket å være hensiktsmessig. Dette er vanskelige valg helsepersonell vil møte til daglig. Antonovsky (2012) beskriver at en høy grad av håndterbarhet vil føre til at man ikke opplever seg selv som et offer for omstendighetene, og selvbestemmelse kan sies å være en av de grunnleggende pasientverdier (Kirkevold m.fl. 2013).

Det kan her nevnes at flere studier (Atkins 2006, Eldh m.fl. 2006a,b, Schoot m.fl. 2005a,b, Struhkamp 2005, Zoffman 2004, i Kirkevold 2013, s. 100-101) påpeker at helsevesenet mangler nok kunnskap om hva det vil si å gi en behandling som har grunnlag i det enkelte individs verdier, ønsker og mål. Antonovsky (2012) mener begripelighet i opplevelse av sammenheng

(OAS), handler om i hvilken grad en person opplever at indre og ytre stimuli han/hun utsettes for oppleves kognitivt forståelig. Oppsummerende blir et viktig aspekt ved selvbestemmelse at personer som opplever sykdom, vil i noen tilfeller bli avhengig av kyndige hjelpere som kan støtte opp om og rundt situasjonen. Flere må og la andre vurdere og tolke deres helsesituasjon, og i slike eksempler blir det ekstra viktig å beholde selvråderetten (Fermann og Næss 2013).

2.4 Kulturell deltagelse

Kulturelle deltagelse som tema i denne oppgaven er relatert til artikkel 15 i ØSK (FN 2013) der det heter at:

1. Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til:
 - a) Å delta i det kulturelle liv;
 - b) Å nyte fordelene av vitenskapens fremskritt og anvendelsen av disse;
 - c) Å nyte godt av beskyttelsen av de åndelige og materielle interesser som har sitt utspring i en vitenskapelig, litterær eller økonomisk produksjon som han er opphavsmann til.

GC 6 sier i denne sammenheng at eldre personer skal ha tilgang til samfunnets kulturelle ressurser og fritidsaktiviteter (CESCR 1995). Ordet *kultur* forstås vidt i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 15. Retten til deltagelse i det kulturelle liv dekker derunder alle tenkelige forhold som eksempelvis litteratur, musikk, billedkunst, performance og brukskunst. Videre dekker bestemmelsen ikke bare kunstopplevelser, men også samfunnets utvikling og mulighet til å ta del i de godene som utvikles gjennom vitenskapen, eksempelvis nye medisiner og tekniske løsninger (Høstmælingen 2010).

Kulturelle aktiviteter har en verdi i seg selv, de kan gi opplevelser av følelsesmessig verdi, erfaringer, kunnskap, forståelse og stimulere kropp og sinn. Således er det naturlig å tenke seg at kultur kan virke salutogent (Mæland 2009). Baklien og Carlsson (2000, s. 34) skriver i sammendraget til sin rapport fra det treårige samarbeidsprosjektet ”Kultur gir helse” i regi av Sosial- og helsedepartementet og Norsk kulturråd:

Evalueringen viser at kultur har gitt helse på to forskjellige måter. For det første har mange aktiviteter og tiltak bidratt til helse gjennom å gi målgruppene trivsel og samvær, og derigjennom en rolle og en plass i et lokalmiljø. Marginaliserte grupper og enkeltindivider er flyttet fra marginen og inn i ”det gode selskap”. Den kulturen som kan anrettes slik at den gir identitet og tilhørighet, har altså gitt helse.

I tråd med dette kan kulturell deltagelse i tillegg til å ha en helsemessig gevinst, også være inkluderende og skape samhold i et lokalsamfunn. Som Mæland (2009, s.148) påpeker: ”Kultur og helse hører sammen, ikke minst når man bruker lokalsamfunnet som ramme”.

Kulturopplevelser kan eksempelvis være musikk, dans, drama og teater. Disse kan gi en bedring i selvopplevd helse og være med å øke livskvalitet, forebygge sykdom og dempe plager (Knudtsen m.fl., ifølge Fermann og Næss 2013). På det fysiologiske plan har visuell stimulering gjennom bruk av kunstbilder vist seg å redusere blodtrykk, bruk av avføringsmidler, smerter og tretthetsfølelse. Videre vil musikk kunne dempe angst og smerter (Fermann og Næss 2013). I den tredje Helseundersøkelsen i Nord-Trøndelag (HUNT) var det 50.000 voksne og 8.000 ungdom som svarte på spørsmål om kulturelle aktiviteter.

En studie (Cuypers m.fl. 2012) relatert til HUNT kunne fortelle at de voksne som var aktive i kulturlivet, hadde bedre egenopplevd helse, livskvalitet og et lavere nivå av angstsymptomer. Antonovsky (2012) skriver at alle de tre komponentene i opplevelse av sammenheng (OAS) - begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, er nødvendige og uløselig knyttet til hverandre, men at motivasjonskomponenten som ligger i opplevelsen av mening, kan synes å være den viktigste. Han begrunner dette med at for en engasjert person som virkelig bryr seg, vil mulighetene være store for forståelse og ressurser, som legger opp til at situasjonen mestres bedre. Har en person kunnskap om sin helsesvikt og en praktisk håndterbar livssituasjon, hjelper dette med andre ord lite dersom livet ikke oppleves meningsfullt (Fermann og Næss 2013).

2.5 Mikro-, meso- og makronivå

For å kunne se LFEs arbeid systematisert i deler, men samtidig som en helhet, har jeg brukt mikro-, meso- og makronivået. Dette er inspirert av Bronfenbrenner (1979) som setter fokus på kontekstuelle faktorer, og hvordan vi som personer påvirkes av ulike kontekster. Tjora og Willis (2006, s. 31) hevder at mikrososiologi dreier seg om det som skjer i små grupper, mens mesososiologi handler om mellomnivåspørsmål, for eksempel innenfor lokalsamfunn. Makrososiologi er den brede konteksten, dvs. større grupper og hele samfunn. Et viktig aspekt med en slik tankegang er at det som skjer på et nivå, også vil kunne påvirke et annet nivå. Eksempelvis skjer lønnsforhandlinger for helsepersonell på meso- og/eller makronivå, men det vil få konsekvenser for de som er på mikronivå (Bordtkorb og Rukåsa 2009).

Hvordan jeg har plassert de ulike nivåene, kan illustreres med tabellen under. Tabellen er laget med inspirasjon fra boken ”Samfunn, medisin, sykepleie” (Svensson 2009, s. 14).

Makronivå	Storsamfunnsnivå: Aktiviteter, arrangement og strategier som går på fylkes- og nasjonalt nivå	Satsingen på helse- og oppvekstfag ved videregående skoler. Fylkeskommune og nasjonalt
Mesonivå	Lokalsamfunnsnivå: Aktiviteter, arrangement og strategier som går på kommunenivå	Ansettelse av livsgledekonsulenter i kommuner, livsgledepsykehjem, livsgledebarnehager, kommunalt samarbeid om livsglede.
Mikronivå	Individnivå: Aktiviteter, arrangement og strategier som går på individnivå	Lokalforeninger, deres virksomheter og arrangementer rettet mot enkeltmennesket

Tabell 1. Makro-, meso- og mikronivå

Livsglede for eldre har en rekke ulike arrangementer og aktiviteter. Her blir hovedtrekkene gjort rede for og gruppert inn i de ulike nivåene, slik det er skissert i tabellen ovenfor.

LFE har satt som målsetning at alle videregående skoler i Norge som har helse- og oppvekstlinjer, også skal ha ”Livsglede for eldre” som tema i undervisningen (LFE 2013a). Slik ønsker stiftelsen at elevene skal få se muligheter, bli inspirert, prøve nye aktiviteter, se at det nytter å gjøre endringer i arbeidet for de eldre, og oppleve at personer som bor på sykehjem er likeverdige mennesker uavhengig av funksjonsnivå. Stiftelsen sier videre at skoler som har livsglede som tema samarbeider med sykehjem gjennom hele året, elevene er med på institusjonene hvor de aktiviserer beboere, deler livsgleder, og sammen med beboerne skaper gode opplevelser. Erfaringene fra dette sier LFE er at elever uttrykker det har stor faglig betydning og er viktig for dem som medmennesker. Stiftelsen mener tiltaket med et slikt

samarbeid opp mot videregående skoler også vil føre til økt rekruttering til arbeid i eldreomsorgen (LFE 2013v). På Livsglede for Eldres hjemmesider er det i dag registrert samarbeid med til sammen 80 videregående skoler i hele 19 fylker (LFE 2013v). Et eksempel på en aktivitet kan være fra Tvedestrand og Åmli skole avd. Holt, der de har servert pølser, kake, kaffe og organisert ridetur med hest og kjerre (Tvedestrand og Åmli videregående skole 2013). St.meld. nr. 29 (Helse- og omsorgsdepartementet 2012-2013) ”Morgendagens omsorg” omtaler livsgledepsykehjem (HOD 2013). Livsgledepsykehjem er et konsept utviklet av Livsglede for Eldre i Trondheim, og er et psykehjem sertifisert av Stiftelsen Livsglede for Eldre gjennom en rekke kriterier for hvordan organisere og tenke livsglede i hverdagen (LFE 2011). LFE beskriver at formålet med livsgledepsykehjem er å ivareta mangler i kommunale helse – og omsorgstjenester som beskrevet i St.meld. nr. 25 Mestring, muligheter og mening (HOD 2005-2006), Omsorgsplan 2015 (HOD 2008) og Verdighetsgarantien (HOD 2010) der det pekes på områdene *kultur, aktivitet, trivsel og åndelige/eksistensielle behov*. LFE sier videre at Livsgledepsykehjem skal jobbe for å fremme kvalitet på disse områdene (LFE 2011, s 6). Det beskrives og at inspirasjonskilder til livsgledepsykehjems-konseptet har vært filosof Arne Næss, professor/lege Peter F. Hjort, høgskolelektor/sykepleier Kirsten Waagø, Velferdsgarantien og Virginia Henderson (LFE 2011).

”Morgendagens omsorg” sier at der livsgledepsykehjem har blitt etablert, er relasjoner mellom psykehjem, lokale skoler, barnehager, organisasjoner og andre resurser i lokalsamfunnet, blitt styrket. Videre at regjeringen ønsker å etablere en nasjonal sertifiseringsordning for livsgledepsykehjem. Denne sertifiseringen skal skje i samspill med lokalforeninger, skoler og andre resurser i lokalsamfunnet (HOD 2013). Livsglede for Eldre (LFE 2013w) sier at sertifiseringen av livsgledepsykehjem skal skje i tett samarbeid med kommunene. Kommunene ansetter en livsgledekonsulent som får opplæring av stiftelsen. Denne konsulenten vil så veilede psykehjemmene opp mot sertifisering.

På LFEs hjemmesider opplyses sertifiserte psykehjem i dag til å være fire psykehjem i Aust-Agder (LFE 2013d), seks i Sør-Trøndelag (LFE 2013p) og ett i Vest-Agder (LFE 2013s). I tillegg har et over tosfifret antall psykehjem påbegynt sertifiseringsprosessen. I ”Veilederen – hvordan bli et livsgledepsykehjem” (LFE 2011, s. 16) blir menneskerettigheter trukket frem. Derunder at det i livsgledepsykehjem skal være bevissthet rundt menneskerettighetene, at en del av beboere vil ha

nedsatt funksjonsnivå, og at disse beboerne vil være ekstra utsatt for brudd på grunnleggende menneskerettigheter. Videre beskrives ulike kriterier (LFE 2011, s. 18-34) for livsgledesykehjem til at virksomheten bl.a. legger til rette for samarbeid med skoler, barnehager eller andre organisasjoner, at beboeren får komme ut i frisk luft en gang pr uke, legger til rette for at beboere får mulighet til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler, legger til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen, legger til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet, trekker årstidene inn som en naturlig del av sykehjemmets hverdag og legger til rette for god kommunikasjon med pårørende.

I tilknytning til disse kriteriene er det i veilederen også utdypninger, ideer til organisering og praktiske tips med tanke på hvordan legge opp hverdagen for å oppfylle de ulike kriteriene. I tillegg til overnevnte er det på mesonivå også aktiviteter med livsgledebarnehager.

LFE sier lokalforeninger er en bærebjelke i deres virksomhet (LFE 2013a), og typiske aktiviteter for dette frivillige arbeidet er å ta med hjemmeboende eldre eller sykehjemsbeboere på tilrettelagte aktiviteter i trygge rammer (HOD 2013). På LFE's hjemmesider er det i dag registrert en lokalforening i Akershus (LFE 2013c), to i Aust-Agder (LFE 2013d), en i Hedmark (LFE 2013g), en i Hordaland (LFE 2013h), en i Møre og Romsdal (LFE 2013i), en i Nord-Trøndelag (LFE 2013j), tre i Nordland (LFE 2013k), en i Oppland (LFE 2013l), en i Oslo (LFE 2013m), fire i Rogaland (LFE 2013n), to i Sør-Trøndelag (LFE 2013p), seks i Vest-Agder (LFE 2013s), en i Østfold (LFE 2013u) og ingen i fylkene Buskerud (LFE 2013e), Finnmark (LFE 2013f), Sogn og Fjordane (LFE 2013o), Telemark (2013q), Troms (2013r) og Vestfold (2013t). Lokalforeningene er med andre ord relativt spredt utover landet. Aktiviteter lokalforeninger arrangerer er eksempelvis som beskrevet i Odalsnytt fra Odalen, fest og festmiddag med tilhørende kulturelt innslag av musikk (Storbråten 2013).

3 Metodisk tilnærming

For å studere handlinger, hendelser og de eldres opplevelser i en sosial sammenheng, tar denne oppgaven utgangspunkt i en interaksjonistisk tilnærming. Mead konstaterer at mennesket er et sosialt vesen, menneskets må derfor analyseres i lys av sin kontekst (Mead, i Mik-Meyer og Järvinen 2005, s. 11). Det finnes flere perspektiver på symbolsk interaksjonisme, med visse felles hovedelementer. Jeg tar utgangspunkt i den tidlige Chicagoskolen, hvor symbolsk interaksjonisme er et nedefra-og-opp perspektiv og ”en måte å forstå på, et perspektiv, et utgangspunkt for en analyse av den sosiale virkeligheten” (Levin og Trost 2005, s. 10). Empirinærhet sto sentralt (Fangen 2008), og dette forskermiljøet vektla i tillegg kombinasjon av flere metoder, eksempelvis intervju, observasjonsstudier og dokumentstudier (Mik-Meyer og Järvinen 2005). I denne oppgaven har jeg benyttet en kombinasjon av to metoder for å få belyst problemstillingen fra ulike sider.

3.1 Forarbeid, planlegging og metodevalg

Forarbeidet til masteroppgaven startet under skriving av metodologioppgaven våren 2011. I denne sammenhengen kom jeg blant annet over arbeidet til Livsglede for eldre, og at de baserte en del av sitt teoretiske fundament på menneskerettigheter. Høsten 2012 tok jeg kontakt med LFE for å undersøke om det var noen tema som kunne være aktuelle å skrive masteroppgave om. Dette førte til flere møter der jeg presenterte studiet mitt, og de presenterte organisasjonen slik den var per i dag. Initialt ønsket LFE at min problemstilling og oppgave omhandlet samarbeid mellom LFE og kommune på lokalt plan, men det ble etter hvert klart for meg at jeg ville kunne beskrive svaret på dette uten dypere empiriske undersøkelser. Jeg gikk derfor tilbake i tenkeboksen og jobbet videre med det jeg hadde påbegynt i metodologioppgaven. Det kan således sies at problemstillingen ikke har vært styrt av LFE, og at jeg selv har fått velge tematikk uten direkte påvirkning fra LFE.

Konteksten for denne oppgaven er de eldres hverdag, og de eldres handlinger og meninger må analyseres. Med dette utgangspunktet vil feltarbeid være et godt egnet design. Jacobsen (2010, s. 10) skriver: ”Formålet med kvalitative undersøkelser er heller å forstå og utdype begreper og fenomener.” Denne oppgaven søker å sette fokus på helse og menneskerettigheter, mer spesifikt,

å komme med gode eksempler på hvordan menneskerettigheter kan realiseres. Når det legges opp til at slike fenomen studeres *in situ*, vil de kunne være viktige bidragsytere til eksempelvis utdanning av helsepersonell (Silverman 2000). For å finne gode eksempler ville jeg benytte observasjon som er godt egnet for å kartlegge prosesser (Järvinen og Mik-Meyer 2005). Det finnes flere ulike deltagerroller i observasjon, eksempelvis delvis deltagende, fullt deltagende, ikke- deltagende observatør og ikke observerende deltager /"go native". I min oppgave har jeg brukt det som vil kunne beskrives som deltids deltagende observasjon (Fangen 2008).

Addams differensierte ikke mellom forskning, praksis og lobbyvirksomhet. Hun hadde en holdning som også hennes venn Dewey fremmet, vitenskap og ideologi burde kobles sammen. Dewey mente at vitenskap uansett ikke var totalt objektivt. Naturvitenskapelig eller andre vitenskapelige tilnærminger, vi vil uansett påvirkes av våre ideer og våre ideologier (Levin og Trost 2005). Et slikt vitenskapelig syn finnes også i kritisk teori og aksjonsforskning.

Aadland (2010, s. 230) påpeker: "Aksjonsforskerne vil heve at det er bedre å være åpen på ideologi og verdier enn å være nøytralt tilslørende, og at det er bedre å gjøre et forsøk på positiv forandring enn å være passiv tilskuer". Ut fra slike synspunkter er det akseptabelt med deltagelse. Observasjonen bør ikke være skjult og det er ikke noe galt i å komme tett inn på sine informanter. Gullestad (1987, s. 42) hevder: "Anthropological fieldwork implies broad social relations, becoming friends. This is what gives descriptions vividnes and closeness to real life." Gullestad ser med andre ord ikke noen problemer med å komme nær, det er positivt. I likhet med Addams ønsket Gullestad å forbedre forholdene til dem hun studerte. Hennes studie av arbeiderklassebydelen i Bergen hadde som formål å beskrive fattigdom og ressursmangel, slikt at dette ble satt fokus på og gjort noe med av byråkrater og byplanleggere (Gullestad 1979, 2002, i Fangen 2008, s. 43). I denne oppgaven ønsket jeg forskningsmateriale med gode eksempler på hvordan fremme menneskerettigheter, for å sette fokus på eldre og menneskerettigheter i et helsefremmende perspektiv.

I forbindelse med observasjon under aktiviteter og arrangement med LFE, ønsket jeg å foreta samtaler med sykehjemsbeboere, hjemmeboende eldre, ansatte i eldreomsorgen og ledsagere, eksempelvis sykepleierstudenter som fulgte de eldre på arrangementer. Disse samtalen har jeg valgt å kalle *feltsamtaler*. Wadel (1991) bruker begrepet om en samtaleform som kan minne om uformell hverdagsprat, her har dette eksempelvis vært prat under en middag arrangert av LFE.

Aase og Fossåskaret (2007) sier at feltsamtalen kan lede til fortellinger, og det kan komme opp svar på spørsmål man på forhånd ikke hadde tenkt på å stille. Dette opplevde jeg flere ganger. Feltsamtaler kan videre betraktes som en integrert del av deltagende observasjon og en egen kanal for å fremskaffe empirisk materiale.

Metodekombinasjon var karakteristisk for den tidlige Chicagoskolen, og i min undersøkelse ønsket jeg i tillegg til observasjon og feltsamtaler, å nytte en metode som kunne gi helhetsoversikt til tematikken, fange opp det som ikke var observerbart og som kunne fortelle meg mer om de eldres kontekst. Cooley (i Levin og Trost 2005, s. 68) mente at for å forstå samfunnet, måtte vi prøve å gripe fatt i de forestillingene menneskene i samfunnet har om hverandre. Hans verktøy for å gjøre dette var sympatisk introspeksjon. En slik tankegang ble i stor grad understreket av Addams som mente en måtte sette seg inn i den andres vilkår og tenkemåte (Levin og Trost 2005). Dette handler om å forestille seg hvordan den andre definerer situasjonen, om å søke hvilken betydning hendelser eller objekter har for andre mennesker i sosiale sammenhenger. På den andre siden sier også Levin og Trost (2005, s. 68) at det innebærer ikke det som mange har trodd eller tror, ”at en gjennom egen introspeksjon av sine tanker, ideer og forestillinger skal kunne få tak i andres forestillinger, at de skulle nås gjennom våre egne forestillinger og erfaringer.” Mead mente at det var ikke var mulig å sette seg helt inn i den andres situasjon (Levin 2006). Dette syn støttes av Geertz (i Warming, 2005, s. 153) som beskriver at det ikke er mulig bare å legge fra seg sin egen identitet eller oppleve den andres opplevelse. Å komme totalt under huden på den andre blir således ikke en opsjon. I dag forbinder vi som oftest uttrykkene *empati* og *empatisering* med det Cooley og Addams beskrev som sympatisk introspeksjon (Levin og trost 2005), og det er empatiserings-uttrykket jeg har brukt i denne oppgaven.

Fortellinger som skildrer et helt livsløp, refereres til som livshistorier. På den andre siden kan beretningsanalyse også nyttes i forbindelse med kortere faser. Uttrykket *beretninger* brukes ofte om kortere perioder i et livsløp, eksempelvis den yrkesaktive karrieren. I min undersøkelse ville jeg benytte muntlige beretninger, her kalt *eldrehistorier*, for å bedre forstå hvordan de eldre definerte sin situasjon, og hvordan kontekst kunne påvirke prosessene i realisering av menneskerettigheter.

Hauge (2013) skriver at mange eldre sykehjemsbeboere vil ha sterkt nedsatt funksjonsevne og

være mulitsyke. Laake (i Hauge 2013, s. 225) skriver at omtrent 70 % av alle sykehjemsbeboere vil ha en demenssykdom av en eller annen grad. På LFEs arrangementer ville sykehjemsbeboere med kognitiv svikt også kunne være med, og med deltagende observasjon på slike arrangement kunne jeg få et inntrykk av LFEs aktiviteter for mennesker med bla. demens. Når det kom til intervjuer valgte jeg derfor jeg å intervjuere eldre sykehjemsbeboere som ikke var demente og som hadde samtykkekompetanse. Videre ville jeg intervjuere eldre som også hadde tilknytning til LFE.

Et stort antall sykehjem ble kontaktet og det var en løpende dialog med personalet som jobbet på disse i forkant av intervjuene. Med kombinasjonen eldrehistorier og deltagende observasjon ble det mulig for meg å kunne få et bredere inntrykk av hvilken betydning LFE kan ha for å fremme eldres menneskerettigheter. Prosjektet er vurdert ikke fremleggingspliktig for Regional etisk komité (vedlegg 1) og datainnsamling er godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (vedlegg 2).

3.2 Utvalgelse av informanter til intervjuer

Fangen (2008, s. 51) skriver: ”Utvalgsprosedyrer i kvalitativ forskning følger ikke like strenge regler som ved kvantitativ forskning”. Hun mener videre at målsetningen i kvalitativ forskning ikke vil være å forsøke oppnå noe representativt utvalg i statistisk forstand. Målet er heller å komme med gode eksempler, enten noe som setter problemstillingen på spissen eller som vil kunne være et typisk tilfelle. Her har det ikke blitt gjort noe forsøk på å velge ut fra kjønn eller alder. Det er heller ikke forsøkt å få informanter fra flest mulig sykehjem. Likevel er det nok noen fellestrekk blant informantene.

Fossland og Thorsen (2010) påpeker at rekruttering av intervjupersoner bør skje etter hva som er formålstjenlig og hensiktsmessig med tanke på problemstillingen. LFEs lokalforening hadde ikke noe sentralt register/oversikt med kontaktinformasjon over personene som hadde deltatt på LFE-arrangementer. Informantkriteriene mine var ut fra dette at intervjupersonene måtte samsvare med WHO's kriterier for eldre i høyinnkomstland (WHO 2011c), og at de måtte ha/eller ha hatt en tilknytning til LFE. Denne tilknytningen kunne være at de bodde på et sykehjem som var i en sertifiseringsprosess til å bli livsgledesykehjem, at de bodde på et allerede sertifisert livsgledesykehjem eller at de hadde vært med på ett eller flere LFE-arrangementer. I tillegg måtte

de som nevnt ikke ha demens - og inneha samtykkekompetanse. Kvale og Brinkmann (2009) skriver derunder at informert samtykke forstås ved at forskningsdeltagerne informeres om undersøkelsens overordnede formål, om hovedtrekkene i undersøkelsens design og om eventuelle risikofaktorer og fordeler ved å delta i undersøkelsen.

Helse kan være et sentralt kriterium for å velge ut informanter til livshistoriestudier (Fosslund og Thoresen 2010). Eksempelvis kan det velges personer som er i en spesiell livssituasjon. Romøren (2013) inndeler livsløpet i fire faser, den første alderen, den andre alderen, den tredje og den fjerde alder. I den tredje alder er fasen der pensjonister har relativt god helse, mens i den fjerde alder er det en del helseproblemer og hjelpavhengigheten er større (Laslett, Daatland og Solem i Fosslund og Thorsen 2010, s. 176). Med tanke på at samtlige av mine intervjuinformanter er tilknyttet ulike former for heldøgnsomsorg, vil nok et flertall av dem kunne sies å være i den fjerde alder. Det er med andre ord i denne oppgaven benyttet det som kalles *et strategisk utvalg*, da utvalget er sammensatt for å best mulig belyse problemstillingen (Malterud 2011).

Som nevnt er undersøkelsen utført innen egen kultur, og vi bærer alle med oss fordommer (Aadland 2010). Således har det vært viktig som Gadamer sier: ”Du må være beredt på at feltet kan fortelle deg noe nytt” (Gadamer, i Fangen 2008, s.47). Jeg har brukt dette som rettesnor, og etter hvert oppdaget jeg at det viste seg å være mer komplekst enn det først antatt. Bertaux (i Fangen 2008, s. 100) buker begrepet *datas metthet*. Det er når forskeren oppdager at hvert nytt intervju ikke tilfører noe nytt. Det er i oppgaven min gjennomført åtte intervjuer, mens det opprinnelig var planlagt fire til seks intervjuer. Bakgrunnen for dette var at jeg fortsatt hadde et inntrykk av at intervjuene tilførte noe nytt, og ønsket fortsette til dette ikke lengre var tilfelle.

3.3 Portvakter og ressurspersoner

Wadel (1991) påpeker at den første utfordringen for en feltarbeider er å skaffe seg adgang til deltagende observasjon. For meg har det vært helt avgjørende at jeg har hatt en kontinuerlig dialog med LFE, samtidig som de har gitt meg frihet til å gjøre egne metodiske valg. Fangen (2008) hevder i denne sammenhengen at det ideelle er at man kommer i kontakt med en sentral person innen det samfunnet, den gruppen, organisasjonen eller miljøet som er gjenstand for

studien. Hun sier videre at en metafor for slike personer er *portvakter*. Bakgrunnene er at de vokter porten som kan gi tilgang til de andre deltagerne eller feltet som skal undersøkes.

Jeg valgte å rette min første henvendelse til de jeg antok som sentrale personer i LFE. Dette har uten tvil åpnet noen dører som kanskje ellers ville vært vanskeligere å åpne. Blant annet har jeg fritt fått delta på en lokalforenings planleggingsmøte, og jeg har under feltobservasjonene kommet i kontakt med alt fra ledere til ledsagere i LFE. Ved å kunne fortelle at studien har vært utført i dialog og etter samtykke med Stiftelsen LFE, har det antageligvis også lettet det tidvis strevsomme arbeidet med å finne informanter på ulike sykehjem.

3.4 Avgrensninger

Data har blitt samlet inn sensommeren og høsten 2013. Jeg har i stor grad valgt å dra dit empirien har brakt meg, eksempelvis til møter med lokalforeningen. Det har kanskje ikke alltid gitt like mye empiri i form av transkriberte intervjuer, men det har kanskje gitt meg en større helhetsforståelse for feltet.

I sosiologiske feltarbeid er det ganske vanlig med ett eller flere opphold i løpet av en feltarbeidsperiode. Med dette menes avbrudd som kan gi arbeidet litt analytisk distanse (Fangen 2008). For meg har dette ikke vært noe problem da jeg har hatt ganske korte observasjoner, men jeg ser og at det kan ha vært nyttig at observasjonene ble noe spredt utover i tid. En del av de jeg har møtt under deltagende observasjon og intervjuene, har som nevnt kunne beskrives å være i den fjerde alderen. Det er derfor i denne oppgaven som skissert i informasjonsskrivet tilhørende observasjon (vedlegg 3), ikke tatt med direkte sitater fra feltsamtaler dersom sitatene kunne føres direkte tilbake til informantene. Jeg har også valgt å ikke oppgi hvilken kommune eller hvilke sykehjem intervjuene er utført i. I tillegg vil jeg bruke bokmålsform fremfor å sitere på dialekt, slik at det unngås referanser som kan gjenspeile hvilket fylke informantene befinner seg i.

3.5 Feltarbeidet

Begrepet deltagende observasjon brukes ofte synonymt med feltarbeid (Fangen 2008). Jeg har deltatt på to LFE-arrangementer. Det ene var et stort arrangement med mange eldre, musikk, dans, sang og mat, det andre en treretters middag i mer rolige omgivelser.

På de ovenfornevnte aktivitetene var deltagere eldre, på det store arrangementet var det både sykehjemsbeboere og hjemmeboende, på middagen var det hjemmeboende. Ledsagere, eksempelvis sykepleierstudenter som følger de eldre på arrangementer, bruker en gul t-skjorte. Jeg hadde i forkant av det første arrangementet vært med på planleggingsmøte med lokalforeningen og hadde fått en slik t-skjorte. Allikevel valgte jeg på dette arrangementet å ikke bruke skjorten. Jeg visste på forhånd at det ville bli et stort arrangement og dersom jeg skulle fungere som ledsager, ville det hindre meg noe i å bevege meg fritt. Fangen (2008) sier at det i de fleste studier vil være best å trekke seg unna for å skrive feltnotater, eller vente til man er alene. Med feltnotater menes her å forvandle en forbigående hendelse som kun eksisterer i øyeblikket, til å bli en redegjørelse som eksisterer på papiret, og som vil kunne vurderes igjen og igjen (Geertz, i Fangen 2008, s. 78) Siden dette var et stort arrangement som ville vare over flere timer, anså jeg det også som vanskelig å få skrevet feltnotater dersom jeg skulle fungere som ledsager. Det ville være unaturlig for situasjonen å stadig trekke seg unna, og jeg ville mest sannsynlig ikke fått skrevet noe før etterpå. På bakgrunn av dette valgte jeg å ikke gå som ledsager, men heller være der som delvis deltagende observand. Dette gikk meget bra, og siden det var en rekke ansatte, pårørende, journalister, politikere og andre som heller ikke hadde ledsager t-skjorte, var det neppe noe uvanlig med min tilstedeværelse. Dette gjorde og at jeg fikk muligheten til å kontinuerlig skrive feltnotater.

På det andre arrangementet var det en middag i en mer formell setting. De deltagende var i stor grad hjemmeboende eldre fra en eldreforening, og før dette arrangementet valgte jeg å ta på meg den gule t-skjorten for å gli mer inn i mengden av ledsagere. Dette var et mye mindre arrangement med 25-30 personer, hvorav ca 1/3 var ledsagere. Her var det heller ingen politikere, journalister, pårørende eller andre bortsett fra de eldre, ledsagere og serveringspersonale. Slik jeg tolket det, ville det vært unaturlig om jeg i denne konteksten ikke hadde deltatt som ledsager med den gule t-skjorten. Fangen (2008) sier at fullstendig åpenhet i forbindelse med feltarbeid ikke er mulig grunnet metodens fleksibilitet. Likevel, jeg var hele tiden åpen på hvorfor jeg var der, og

når noen spurte sa jeg at jeg skrev en oppgave om LFE, helse og menneskerettigheter. De andre ledsagerne var i stor grad sykepleierstudenter. Siden jeg er sykepleier selv, og har vært ledsager på LFE-arrangement som sykepleierstudent, var det interessant å på ny kjenne litt på denne rollen.

Det Wadel (1991) refererer til som feltsamtaler, har jeg benyttet aktivt. Når det gjelder observasjon nummer to, middagen, valgte jeg å skrive feltnoter etter at hele aktiviteten var over, med andre ord slik at disse ble skrevet så snart som mulig (Hammersley og Atkinson 2010). Fangen (2008) sier at direkte sitater så langt det er mulig, er det beste i feltnotater. Jeg merket at det var svært vanskelig når jeg skulle skrive feltnotater i etterkant, selv om jeg startet skrivingen allerede når jeg satt meg i bilen rett etter arrangementet var ferdig.

På samme måte som med intervjuer, når det er kommet til et metningspunkt, med andre ord at innsamlingen av empiri ikke synes å tilføre noe nytt, kan det være på tide å avslutte observasjonen (Fangen 2008). Her har dette vært et vanskelig spørsmål, siden aktivitetene og arrangementene til LFE har opplevdes svært ulike, alt fra store arrangement med politikere som talere, til en mer intim middag. Med andre ord har det vært variasjon både hva gjelder tema, lengde, og gruppestørrelse. Likevel valgte jeg å si stopp for observasjonene på bakgrunn av at jeg hadde møtt eldre i mange ulike livssituasjoner, og ikke ønsket å få en u håndterbar mengde med empiri.

3.6 Innsamling av eldrehistorier

Det som her refereres til som *eldrehistorier*, er de semistrukturerte livsverdenintervjuene. Kvale og Brinkmann (2009, s. 325) definerer semistrukturerte livsverdenintervju til å være en planlagt og fleksibel samtale som har som formål å innhente beskrivelser av intervjupersonens livsverden med henblikk på fortolkning av meningen med de fenomener som blir beskrevet. Formålet var å få informasjon om de eldres kontekst, og bedre kunne forstå hvordan de eldre definerte sin situasjon, derunder hvordan kontekst kunne påvirke prosessene i realisering av menneskerettigheter.

Thagaard (2004, s. 48) skriver: "Fleksibilitet og åpenhet for endringer i løpet av forskningsprosessen er særlig viktig i kvalitative studier". Wadel (1991) hevder kvalitativt

orienterte forskere er villig til å endre metode underveis i løpet av undersøkelsen. Han sier videre en slik endring kan forekomme flere ganger i feltarbeidet, og viser til det han kaller runddans mellom teori, metode og data mens feltarbeidet pågår. I forkant av intervjuene og før observasjonen hadde jeg laget en intervjuguide (vedlegg 5) med ett åpent spørsmål inspirert av biografisk narrativ interpretativ metode (Andersen 2011). Det viste seg etter hvert at intervjuguiden som var basert på min forforståelse, ikke var helt tilstrekkelig for å belyse problemstillingen. Jeg har derfor måtte justere spørsmålene noe underveis, fra å være helt åpne, til å bli mer semistrukturerte. Kvale og Brinkmann (2009) sier at slike semistrukturerte livsverdenintervju brukes når et tema fra dagliglivet skal belyses og forstås ut fra intervjupersonens egne perspektiver. Min forforståelse var at alle som bodde på et livsgledesykehjem ville være klar over LFEs arbeid og rolle, men dette viste seg ikke alltid å stemme med virkeligheten. Når informanter ikke visste at de hadde vært i kontakt med LFE, selv om de bodde på et livsgledesykehjem, blir det følgelig vanskelig å beskrive opplevelser rundt selve denne kontakten. Dette var heldigvis noe jeg fant ut allerede tidlig i prosessen og i de første intervjuene, og jeg kunne således tilpasse slik at intervjuene kunne belyse problemstillingen på en god måte.

Fangen (2008) sier det er vanlig for deltagende observasjonsforskere å benytte en relativt uformell intervjustil, dersom intervju benyttes. Justeringen som ble gjort med tanke på intervjuguiden, var her at jeg fra å ha åpne spørsmål, tilpasset det til en uformell og fleksibel samtale rundt temaene selvbestemmelse og kulturell deltagelse, eksempelvis med spørsmål rundt hvilke aktiviteter de eldre har i hverdagen, hva favorittaktivitetene er, om de interesserer seg for musikk og hvordan de eventuelt lytter til denne musikken nå. Målet var fortsatt at de eldre skulle snakke så lenge de ville, jeg skulle lytte og oppfølgingsspørsmål ble prøvd stilt ut fra det de eldre allerede hadde sagt, og i samme tematiske rekkefølge som informantene hadde fortalt det. En slik tilnærmingen er inspirert av biografisk narrativ interpretativ metode (Andersen 2011).

Innsamling av historier eller åpne/semistrukturerte intervjuer kan være et hensiktsmessig tilleggsredskap for en deltidsdeltagende observatør (Fangen 2008), og i forberedelsene til oppgaven ble det bestemt at feltarbeidet skulle starte før intervjuene, dette for å først skaffe et helhetsbilde over feltet, for deretter å gå på det mer spesifikke. Slik kan intervjuer etter observasjon gi mer eksakt kunnskap om konkrete situasjoner og rette opp misforståelser (Fangen 2008).

Det ble utført til sammen åtte intervjuer, av seks beboere ved sykehjem og to beboere i heldøgns omsorgsleilighet. Det korteste intervjuet tok omkring 15 minutt, mens det lengste tok rundt 1,5 time. Samtlige intervjuer ble gjennomført der informantene bodde, og ved at jeg dro dit og snakket med dem. To av intervjuene ble gjennomført på et grupperom, to av intervjuene i en lukket dagligstue og de resterende intervju ble gjennomført på beboernes rom. I samtlige tilfeller møtte jeg først de ansatte ved avdelingen og introduserte meg selv, for videre å bli satt i kontakt med de eldre jeg skulle snakke med.

Kvale og Brinkmann (2009) skriver at det finnes flere ulike måter å registrere intervjuer på, men lydopptaker er det vanligste. Bruk av lydopptaker gjør at intervjueren kan konsentrere seg om selve intervjuet, og det gjør det også mulig i ettertid å gå tilbake og lytte. Det ble brukt lydopptaker på alle intervjuene bortsett fra ett. Informanten til dette intervjuet opplyste i forkant av intervjuet at hun hostet og derfor ikke ønsket bruk av lydopptaker. Dette ble respektert og intervjuet ble skrevet for hånd fortløpende mens intervjuet pågikk.

3.7 Egen rolle og forforståelse

Aadland (2010) sier det er viktig å være åpen, fleksibel og nysgjerrig når man er på vei inn i en kvalitativ studie da vi alle bærer med oss fordommer. Når jeg hadde første observasjon på første Livsglede for eldre arrangement, var det 6 år siden sist jeg hadde deltatt som ledsager selv. Det var enda lengre siden jeg hadde jobbet i eldreomsorgen.

At jeg hadde utdannelse som sykepleier, tror jeg har hjulpet meg på vei i arbeidet med denne oppgaven. Flere av mine informanter har vært interessert i min bakgrunn og hva jeg studerer. Gjennom feltarbeidet har jeg også truffet på tidligere helsepersonell som nå er pensjonister. Dette har blant annet utfordret meg til å tenke igjennom hva studiet i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid betyr for meg, da jeg også har fått flere spørsmål om ”hva jeg blir etter endt studie”.

Det var i min forforståelse et behov for LFE og deres virksomheter. Jeg hadde selv vært med og sett gleden i en eldre herremanns øyne når jeg som sykepleierstudent og ledsager satt sammen med han på en båttur over en fjord, en båttur det var mer enn 20 år siden han hadde tatt sist. Med

andre ord gikk jeg inn i denne oppgaven med en forforståelse av at det var et behov for LFE som organisasjon, og at deres arbeid med de eldre var av positiv karakter.

Berg (2012) sier at eldrebølgen ofte kan være en betegnelse journalister, politikere eller helsepersonell bruker for å karakterisere den demografiske forandringen vi ser i Norge og ellers i verden. Han skriver videre at bruken av eldrebølgebegrepet vil kunne gi et negativt inntrykk og gi et upresist bilde av dagens situasjon og fremtidig utvikling. Det er i dag svært mange oppegående, ressurssterke eldre og den gjennomsnittlige forventede levealder fortsetter å stige. Det vil bli flere eldre med helseproblemer, men det vil også bli flere eldre med god helse. For meg har det vært viktig å ta med denne tankegangen også over til menneskerettighetsfeltet, og fokusere på hvordan menneskerettigheter kan realiseres. I tillegg gir Norsk sykepleierforbunds yrkesetiske retningslinjer pålegg til sine medlemmer om å legge menneskerettighetene til grunn for sin praksis (Thune og Stavrum 2012). Min rolle på bakgrunn av dette har vært å prøve å ha en pragmatisk tilnærming til menneskerettigheter, og eksempelvis komme med gode og praktiske eksempler på hvordan menneskerettigheter for eldre kan realiseres i en hektisk hverdag på sykehjem.

3.8 Bearbeiding av innsamlet data

Alle intervjuer bortsett fra ett, ble tatt opp på båndopptaker og transkribert. Allerede tidlig i arbeidet ble det klart at jeg kunne risikere å få en stor mengde vanskelig håndterbar data, og analysearbeidet vil som oftest kunne deles inn i ulike faser eller trinn (Kvale og Brinkmann 2009, Hammersley og Atkinson 2010, Wadel 1991, Fangen 2008, Malterud 2011).

Kvale og Brinkmann (2009, s. 201) hevder: "Å *analysere* betyr å dele noe opp i biter og elementer." Videre har det vært viktig for meg at i et åpent intervju er avsnitt, setninger og ord også er en del av en helhet, og intervjupersonen gir intervjueren en fortelling eller flere fortellinger. I denne oppgaven er observasjonene og intervjuene analysert atskilt. Det er og brukt ulike analyseprosesser.

Miller og Carbtree (i Malterud 2011, s. 95) beskriver tre ulike strategier for analyse av kvalitative data. Strategiene er gradert etter hvor styrende den teoretiske referanserammen har vært under analyseprosessen. For intervjuene har jeg valgt det som refereres til som *editing analysis style*.

Der identifiseres enheter i teksten som danner basis for utvikling av databaserte kategorier. Disse kategoriene nyttes videre til å reorganisere teksten slik at meningsinnholdet kommer tydelig frem. Jeg har med andre ord ikke gått inn i teksten med forhåndsdefinerte kategorier, men latt kategoriene springe ut fra teksten.

For intervjuer skisserer Miller og Carbtrees (i Malterud 2011, s. 96) ulike trinn for analyseprosessen editing analysis style, og slik jeg tolker denne strategien har den følgende trinn etter transkribering: 1) identifisering av ulike enheter, 2) utarbeidelse av ulike kategorier, 3) sortering av kategoriene og 3) sammenstilling av de ulike kategoriene. Etter utarbeidelse og sammenstilling av kategoriene, går man tilbake til den originale teksten for å bekrefte om man har forstått det riktig med tanke på helheten. Strategien er *dobbelt hermeneutisk* da informantene først har fortolket og fortalt meg hvordan de forstår virkeligheten, deretter har jeg fortolket hvordan jeg forstår dem (Giddens, i Thagaard 2004, s. 9). Etter utarbeidelse av kategorier og ha gått tilbake til teksten for å bekrefte kategoriene opp mot helheten, landet jeg på to ulike kode-grupper og fire sub-grupper.

Tema	De eldres hverdag og kontekst, med særlig blick på selvbestemmelse og kulturell deltagelse			
Kode-gruppe	Livet som beboer med heldøgns omsorg		Dagliglivets organisering	
Sub-gruppe	Trygghet	Fellesskap	Fleksibilitet	De store og små gledene

Tabell 2. Utdrag fra kategorisering av intervju

I oppgaven min er observasjon primært fokusert til samhandlingssituasjoner, mens intervjuer er brukt for å fremheve enkeltpersonene. Jeg har vært inspirert en analyseprosess fra Fangen (2008) der analysen av observasjonmaterialet deles inn i ulike nivåer med flytende overganger. Fangen (2008) sier her at det første nivået bare er en konstatering av det som er hørt og sett, og dette blir beskrevet som fortolkning av første grad. Neste nivå er fortolkning av andre grad der handlinger tolkes som symboler og ritualer. Eksempelvis kan blinking her bli tolket som et signal på parodi eller flørt. Tredjegrads fortolkning handler om å kritisk se på deltagerens fortolkninger.

Dette kan og beskrives som den kritiske teoriens *trippelhermenutikk*, hvor det er kritisk belysning av de strukturer og prosesser som påvirker både de som blir studert og meg som observand i forhold til fritt å kunne betrakte undersøkelsestema. Det er med andre ord i analysen av observasjonene tatt det Fangen (2008) beskriver som et mellomstandpunkt, mellom etnometodologi, symbolsk interaksjonisme og andre erfaringsnære retninger på den ene siden og mer abstrakt teori om objektet på den andre siden.

Etter alle observasjonsnotater var skrevet, sammenfattet jeg disse etter mine tema for oppgaven, selvbestemmelse og kulturell deltagelse. Ut fra dette delte jeg videre inn i kategorier, og fant tre: 1) organisering, 2) samarbeid i lokalsamfunnet 3) funksjonsnivåets betydning. Etter at disse kategoriene var identifisert, gikk jeg tilbake til de originale feltnotatene for å se kategoriene opp mot helheten.

Oppsummert er analyser av intervjuer utført med editing analysis style, og analyse av observasjoner med inspirasjon fra det Fangen (2008) skisserer som en kombinasjon av erfaringsnært og et kritisk perspektiv.

3.9 Validitet, reliabilitet og generalisering

Kerlinger (i Kvale og Brinkmann 2009, s. 250) sier: ”Validiteten bestemmes ofte ved at man stiller spørsmålet: Måler du det du tror du måler?”. Metodene som er benyttet i oppgaven, er utelukkende kvalitative, og ut fra en slik definisjon vil den kvalitative forskningen være ugyldig hvis den ikke resulterer i tall (Kvale og Brinkmann 2009). Pervin (i Kvale og Brinkmann 2009, s. 251) tolker validitet til å handle om ”i hvilken grad våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomener eller variablene vi ønsker å vite noe om”. Dette er en bredere fortolkning av validitet enn den foregående, og ligner beskrivelsen av validitet innen samfunnsvitenskapene, der validitet dreier seg om hvorvidt en metode egner seg til å undersøke det den skal undersøke.

Kvale og Brinkmann (2009) nevner validitet som håndverksmessig kvalitet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet. Når det vurderes håndverksmessig kvalitet, vurderes ikke bare metodene som benyttes, men også forskeren som person (Salner, i flg Kvale og Brinkmann 2009, s. 253). Med tanke på *håndverksmessig kvalitet* har jeg prøvd å ha et kritisk blikk på eget arbeid, særlig dette i forbindelse med kategoriseringen, det har vært utallige ganger med frem og tilbake.

Jeg har og vandret mellom teori og empiri, samtidig som jeg har prøvd å holde overblikk over helheten.

Når det gjelder *kommunikativ validitet*, har jeg hatt lange diskusjoner med blant annet medstudenter som har gitt mye. I tillegg er jeg blitt invitert til en eldreforening for å fortelle om min oppgave, og jeg har både skriftlig og muntlig måtte legge frem prosjektet i møte med informanter, personer fra LFE og ansatte i eldreomsorgen. *Pragmatisk validering* handler om kunnskapsutsagn fører til handling eller hvorvidt det bidrar til en handlingsendring. Hvorvidt min oppgave kommer til å føre til noe endring, og om det i fremtiden vil bli mer fokus på eldre, helse og menneskerettigheter er usikkert.

Kvale og Brinkmann (2009, s. 325) skriver at reliabilitet er følgende: ”En forskningsrapports konsistens og pålitelighet; intra –og intersubjektiv reliabilitet henviser til om et resultat kan gjentas på andre tidspunkter og av andre forskere ved hjelp av den samme metoden.” Om reliabilitet i deltagende observasjon skriver Fangen (2008) at det kan stilles spørsmål om en annen uavhengig observatør ville sett og hørt de samme på arrangementene, og kommet til de samme konklusjonene. Hun sier videre at dette er et mål som vil være uopnåelig, og refererer til Schatzman og Strauss (i Fangen 2008, s. 208) som hevder at spørsmålet som heller burde stilles er: ”Ville en uavhengig observatør gjøre begrepsmessig oppdagelser som empirisk eller logisk gjør dine egne ugyldige?”

Symbolisk interaksjonisme tar utgangspunkt i at mennesket er i kontinuerlig endring og hele tiden i forandring (Levin og Trost 2005). Fangen (2008) hevder at alle uavhengige analyser av data bli forskjellige, og således vil andre kunne valgt andre kategorier enn mine, men uten at det som skissert av Schatzman og Strauss gjør at mine er ugyldige. På bakgrunn av dette er det svært vanskelig å vurdere reliabilitet på undersøkelsen og sette to streker under svaret.

Thagaard (2004) påpeker at innen kvalitativ forskning er det fortolkningen som gir grunnlaget for overførbarhet, ikke de beskrivelsene man finner av mønster i dataene. Kvale og Brinkmann (2009) viser til ulike former for generalisering som *naturalistisk generalisering*, *statistisk generalisering* og *analytisk generalisering*. De sier en naturalistisk generalisering er basert på personlige erfaringer, en statistisk generalisering er formell og eksplisitt og en analytisk generalisering involverer en begrunnet vurdering av i hvilken grad det som er gjort av funn i en

studie vil kunne benyttes som rettleiding for hva som kan skje i en annen situasjon. I denne oppgaven vil det kun bli brukt en analytisk generalisering.

Feltarbeidet som er brukt i denne studien er av helt nyere dato, utført i 2013, samme år som oppgaven er skrevet. Det samme gjelder intervjuene. Det er i intervjuene fokus på eldre i sykehjem og eldre i heldøgns omsorgsleiligheter. Når det gjelder aldersspenn på informanter er dette fra begynnelsen av 80-årene og til midten av 90-årene. Intervjuene er fra fire ulike institusjoner, innenfor samme kommune. Det kan argumenteres for at intervjuene treffer eldre som er i den fjerde alder.

Siden undersøkelsen kun er utført i en kommune, kan det være naturlig å spørre seg om funnene vil være rettleidende for hvordan dette ville vært i en annen kommune. Livsglede for eldre sentralt følger opp og veileder sine lokalforeninger (LFE 2013x). Når det gjelder livsgledesykehjem, vil dette bli en nasjonal sertifiseringsordning der lokalforeninger, skoler og andre resurser i lokalsamfunnet skal fungere i et samspill. Livsglede for eldre har her også laget en veileder for hvordan bli et livsgledesykehjem, og det er i denne en rekke fastsatte kriterier for hvordan oppnå sertifisering. Det blir med andre ord gitt mange føringer fra LFE sentralt som kan gi antagelser om at virksomheten ikke vil være så ulike fra sted til sted, selv på lokalt plan.

Silverman (2000, s. 176) never i sammenheng med kvalitative metoder det han kaller *anecdotalism*. Han sier dette handler om å overbevise leseren at funnene som er gjort i en undersøkelse er genuint basert på kritisk undersøkelse av empirien, og ikke bare et par utvalgte eksempler. For å ta hensyn til dette har jeg forsøkt å gi en helhetlig oversikt over rammene rundt observasjonene. Når det gjelder menneskerettigheter er det i denne oppgaven tatt utgangspunkt i tema selvbestemmelse og kulturell deltagelse med utgangspunkt i henholdsvis artikkel 12 og 15 i ØSK. Menneskerettigheter er oppgaven definert til å være: ”Menneskerettigheter er uttrykk for de grunnleggende krav til individets stilling under enhver rettsorden” (Opsahl, i Høstmælingen 2004, s. 28). Med utgangspunkt i denne beskrivelsen vil menneskerettighetene være gjeldene uavhengige av eksempelvis variasjoner i kommuners størrelse og lignende. Oppsummert er det en rekke forhold i oppgaven som vil være forholdsvis statiske og ikke avhengig av lokale forhold. Således kan det argumenteres at funnene gjort her også vil kunne være rettleidende for lignende forhold.

3.10 Etske vurderinger

Bakgrunnen for å benytte intervjuer av de eldre selv, har vært å fremme deres stemme for å komme med gode eksempler som kan benyttes eksempelvis under utdanning av helsepersonell. Informert samtykke (vedlegg 4) er nevnt tidligere i oppgaven og det var viktig at de eldre først fikk vite om prosjektet, og dermed fikk minimum en dag før jeg kom og skulle snakke med dem. Slik kunne de ha litt lengre tid på å vurdere sitt samtykke, og en av de som først hadde sagt ja, trakk seg når jeg kom for å utføre intervjuet.

For å sikre *konfidensialitet* ble det planlagt hvordan anonymisering skulle foretas. Selve intervjusituasjonen ble tilpasset hver enkelt av de eldre og fra de tilbakemeldingene jeg har fått i etterkant, har de gitt inntrykk av at de synes det var en god opplevelse. Det har og vært mitt inntrykk når jeg har hørt på lydopptakene. *Anonymisering* har blitt utført og det har under analysen vært et viktig spørsmål om hvor dypt og kritisk intervjuene kan analyseres. Særlig har det vært et mål at kategoriene skulle komme ut av empirien for å få frem de Eldres stemme.

Under *verifisering* nevnes det å formidle sikker kunnskap. For å få dette til har det vært et mål å bruke både intervju og observasjon, slik at det blir en metodetriangulering. Når det gjelder hvilke *konsekvenser* oppgaven kan ha, vil den være relevant både ovenfor informanter og LFE. Det har vært viktig for meg å ha en god dialog med LFE gjennom hele prosessen, uten at jeg skulle ha måtte lagt føringer på eget arbeid. Fra LFE har jeg og fått signaler på at de gjerne ønsker nye synspunkter som kan videreutvikle deres organisasjon. Jeg har med andre ord fra fått stor handlefrihet. Når det gjelder observasjonen var det viktig for meg å sende ut et informasjonsskriv (vedlegg 3) i forkant av observasjonene. Alle feltsamtaler fra observasjoner er anonymisert.

3.11 Metodekritikk

Innsamlingen av empiri til denne undersøkelsen er gjort i et *mikro-* og *mesososiologisk* perspektiv. Det er ingen større befolkningsundersøkelse, og det kan på bakgrunn av dette være vanskelig å vurdere *makro-nivået* (Svensson 2009). Kritikken blir med andre ord at undersøkelsen ikke klarer å fange de store linjene.

Forskningseffekten er den forandring hos informanter og miljøet som skjer på bakgrunn av at det kommer ukjente på besøk. En slik effekt kan ses i feltarbeid og dette er også en av grunnene til at

feltarbeidet bør vare over en lengre tidsperiode (Aadland 2010). Tid er en viktig faktor, og særlig i forbindelse med det Goffman (1959/1990) beskriver som fasadeområder og områder bak kulissene. Som deltidsstudent i full jobb har det vært utfordrende å få være med på så mye feltarbeid som jeg ideelt skulle ønsket.

Det nyttes i undersøkelsen utelukkende kvalitative metoder. Kritikken av kvalitative metoder vil med andre ord også gjelde her. Jacobsen (2010) nevner eksempelvis at informasjonen som samles inn, kan være vanskelig å tolke. Jeg har benyttet både observasjon, feltsamtaler og eldrehistorier. Bare eldrehistoriene har produsert sidevis med rådata. Slike data kan være komplekse og et faremoment blir å miste oversikten (Jacobsen 2010).

Som utfordringene med kvalitativ metode, vil også fordelene med kvalitativ metode, gjelde. Forskningseffekten vil være gjeldende når det er en nærhet til det som skal studeres, men det som studeres observeres også in situ. Forsøket med dette er å gripe fatt i hva informantene gjør, ikke hva de sier at de gjør. Det er skissert flere ulike metoder for å innhente data, og en slik metodetriangulering vil si at en problemstilling undersøkes med flere innfallsvinkler. Når forskjellige metoder peker i samme retning, vil dette kunne gi sterke argumenter for at slutningene som gjøres er gyldige (Jacobsen 2010). Undersøkelsen vil som nevnt ha et mikro- og mesososiologisk perspektiv. På den andre siden er også Addams empatisering vektlagt. Addams (1905/2009:175) arbeidet med en strukturell tilnærming og skriver:

It is as yet most difficult for us to free ourselves from the individualistic point of view sufficiently to group events in their social relations and to judge fairly those who are endeavoring to produce a social result through all the difficulties of associated action.

Selv om dette eksempelet er hentet i forbindelse med ikke-organiserte arbeidere som streiker, viser det litt av Addams tankegang. Allerede tidlig 1900-tall var fokus ikke bare den individuelle dimensjon, men også empatisering i en større sammenheng. I dette eksempelet søker hun å tolke arbeidernes handlinger, herunder streik, i en større kontekst. På lik linje har jeg forsøkt å se de eldres i en strukturell kontekst.

Det er i undersøkelsen min av praktiske grunner blitt prioritert observasjoner på LFE-arrangementer. På et av arrangementene jeg observerte, kunne det synes å være mange eldre i den fjerde alder. Således har jeg nok fått et lite innblikk i hvordan LFE-legger opp aktiviteter eksempelvis for mennesker med kognitiv svikt. Det hadde likevel vært svært interessant å utføre

deltagende observasjon ved ett eller flere livsgledesykehjem, og slik observasjon ville kanskje kunne gitt mange nyttige innspill særlig på mesonivået. Det hadde i tillegg vært interessant å utføre deltagende observasjon på arrangement eller aktiviteter som ikke bare lokalforeningen organiserer, men også følge skolene som er tilknyttet LFE. Det er i undersøkelsen heller ikke intervjuet noen som til daglig jobber i LFE, ei heller ledsagere eller andre frivillige. Oppsummert har den største metodiske utfordringen vært å få grep om alle aktivitetene til LFE, samtidig som stemmende til de eldre som er med på alle disse aktivitetene, blir synliggjort og hørt.

3.12 Litteratur og kildekritikk

Jeg har i stor grad brukt tverrfaglig litteratur, blant annet fra helsefremmende arbeid, sosiologi, sosialantropologi, samfunnsmedisin, sykepleievitenskap og sosialt arbeid. Eksempelvis er Addams en pioner innen sosialt arbeid (Levin 2006), Malterud (2011) er allmenntilleggsmedisiner, Svensson (2009) er sosiolog, Kirkevold (2013) er sykepleier, mens Høstmælingen (2004) er jurist. Wadel (1991, s. 130) beskriver runddansen mellom teori, metode og data. Nettopp denne runddansen har ført meg til de ulike fagfeltene og tverrfagligheten er med andre ord ikke noe som er gjort bevisst, men noe som har blitt til i løpet av arbeidet med oppgaven.

Det er i stor grad brukt norsk litteratur, noe internasjonal litteratur om menneskerettigheter. Dette vil kunne være et minus, da mye av forskningen på helse og menneskerettigheter er internasjonal. Her har jeg prøvd å få tak i det jeg har kunnet finne av relevant litteratur.

Jeg har brukt mye informasjon fra LFE's nettsider. Det vil kunne argumenteres for at denne informasjonen ikke er helt objektiv. Derfor har jeg forsøkt å bruke informasjonen i beskrivende og ikke konkluderende form. Det er i denne sammenheng også brukt mange ulike nettadresser fra LFE's samme hjemmeside. Dette er gjort for å søke å oppnå nøyaktighet og sporbarhet. Svensson (2009) sier at i undersøkelser på et mikrososiologisk nivå, har sosiologer for eksempel beskrevet menneskers opplevelser og reaksjoner på sykdom. På et mesososiologisk nivå studeres ofte grupper og organisasjoner. I tillegg til dette har jeg ut fra dokumentstudier og den innsamlede empiri, også forsøkt å analysere makronivået. For å gjøre dette har det vært viktig å støtte meg til etablert litteratur innen eldreomsorgen som boken "Geriatrisk sykepleie" (Kirkevold m.fl. 2013) og se empiri og dokumenter fra LFE opp mot denne.

4 Presentasjon av empiri med drøfting

I dette kapitlet presenterer jeg empiri fra undersøkelsen jeg har gjort, med utgangspunkt i problemstillingen: Hvilken betydning kan Livsglede for eldre (LFE) ha for å fremme eldres menneskerettigheter? Empirimaterialet består av observasjoner og innsamlede eldrehistorier. Med menneskerettigheter menes her de to utvalgte temaene selvbestemmelse og kulturell deltagelse. Disse temaene drøftes opp mot empiri og teori i lys av mikro-, meso- og makroperspektivet. Her presiseres det som tidligere at mikro og mesonivået i stor grad vil kunne være flytende, påvirke – og til dels ville gå inn i hverandre. Eksempelvis vil lokalforeningene til Livsglede for eldre gjøre jobbe opp mot sykehjem med sine ulike og tilrettelagte aktiviteter, men de er i denne oppgaven fortsatt definert til å være på mikronivå, selv om deres arbeid påvirker mesonivået.

Intervjuer og observasjon ble analysert for seg. I drøftingen er disse sett på samlet, opp mot teori. Jeg har i drøftingen identifisert ulike nøkkelbegreper relatert til de to valgte menneskerettighetstemaene. Hensikten med dette har vært å identifisere, påpeke og dra frem viktige sider for hvordan menneskerettigheter vil kunne realiseres i praksis innenfor eldreomsorgen.

Nøkkelbegrepene knyttes til henholdsvis selvbestemmelse og kulturell deltagelse, for videre å bli presentert i sin kontekst og ved hjelp av eksempler fra praksisfeltet, underveis i denne drøftingen. Det presiseres at ingen av nøkkelbegrepene anses å være viktigere enn andre. Alle begrepene vil også være gjeldene både for selvbestemmelse og kulturell deltagelse på de ulike nivåene. Således må nøkkelbegrepene og menneskerettighetstemaene heller ses som innvevd i hverandre, og fungere som en rettesnor for hva som kan være viktig for å realisere menneskerettigheter for eldre. Her vil jeg referere til Høstmælingen (jf. kap 2.2) som sier at menneskerettighetene må ses som et udelelig hele, universelle og avhengige av hverandre.

4.1 Selvbestemmelse

Selvbestemmelse som tema er tilknyttet artikkel 12 i ØSK (FN 2013) og retten til helse. Nøkkelbegrepene for å realisere selvbestemmelse er i denne oppgaven identifisert til å være *bredde, fleksibilitet og medmenneskelighet*.

4.1.1 Mikronivå – et bredt tilbud av aktiviteter og arrangementer

Arrangementer med eldre er kanskje det Livsglede for eldre er mest kjent for, og slike arrangement har fått tidvis stor oppmerksomhet (jf. kap 1.2). Det første LFE-arrangementet jeg hadde observasjon på, var en grillfest i en park med servering av mat og drikke, dans og musikk. Jeg fikk i tillegg til å delta på selve festen, også være med på planleggingsmøtet med lokalforeningen før de gjennomførte dette arrangementet. Der fant de blant annet ut hvem som skulle gjøre hva, og de gikk gjennom alt de måtte huske, både i forkant og underveis. Da jeg kom til selve grillfesten, hadde jeg en med andre ord en viss anelse om hvordan den ville bli organisert, men ikke hvordan den ville forløpe. Notatene mine fra de ulike feltarbeidene presenteres med innrykk:

Jeg finner først ikke frem til parken der arrangementet skal være. Det er et sted jeg ikke har vært før, ligger sentralt i lokalmiljøet, men samtidig noe skjernet. Flere busser har nettopp parkert utenfor parken. Utenfor disse bussene står det en rekke ungdommer med gule LFE t-skjorter. Flere gule t-skjorter strømmer også til, etter hvert som to busser kommer. Slik blir hver enkelt tildelt det LFE kaller en ledsager.

Ledsagerne på dette arrangementet var sykepleierstudenter. Når jeg selv var sykepleierstudent, fikk vi dager der vi var ledsagere som godkjent sykehjemspraksis, og fortsatt er det visstnok flere sykepleierutdanninger som har det slik og følger liknende ordninger.

De har vært heldige med været denne dagen. Solen stråler på himmelen, det er varmt i sensommerluften og nesten vindstille. Selv om parken ligger sentralt er det lite trafikk i gaten som går forbi. Etter at de eldre blir møtt av ledsagere ved bussen, blir de geleidet til inn på området. De fleste setter seg på benker som er satt opp ved bord, men en del setter seg også omkring på området med sine ledsagere og prater med dem. Etter hvert begynner det å lukte grillmat over hele området. Jeg ser kokker som står og lager maten, og vet disse er leid inn. Til drikke settes det frem juice og vin. Jeg samtaler med noen ledsagere som sier det er juice til dem og muligheter for vin til de eldre. Jeg anslår at det må være flere hundre mennesker inne på parkområdet nå.

I ettertid har jeg fått vite at det var over 500 personer tilstede, ca halvparten eldre og minst halvparten ledsagere, om ikke litt flere ledsagere enn eldre. Romøren (2013) beskriver at i fasen med den tredje alderen, finner vi ofte pensjonister med relativt god helse. På dette arrangementet, og i enda større grad på den trerettens middagen hvor jeg senere hadde en annen observasjon, var det slik jeg oppfattet mange eldre i denne fasen, dvs. den tredje alderen. I samtalene som jeg hadde underveis i feltarbeidet, illustrerte disse eldre et liv med mange aktiviteter, og flere hadde også det man kunne karakterisere som en til dels hektisk hverdag. Livsglede for eldre sine tilbud

med aktiviteter og arrangementer er med på å øke dette tilbudet, og dermed gjøre at de eldre får mer å velge mellom. Her vil det være nærliggende å hevde at LFE kanskje også gir en del eldre tilbud om deltagelse på aktiviteter som de ellers ikke ville deltatt på.

På grillfesten nevnt ovenfor var mange av deltagerne i det Romøren (2013) beskriver som den fjerde alder, og med nedsatt funksjonsnivå. Enkelte av disse hadde tilsynelatende pårørende og/eller personalet med seg, og i praksis fungerte disse som ledsagere. Slik jeg tolker det, vil pårørende og personalet kunne være en god løsning for enkelte eldre som har større hjelpeavhengighet og flere helseproblemer. Kirkevold (2013b) beskriver at en konsekvens av hjerneslag kan være afasi eller språkvansker. Hun sier videre at afasirammede vil kunne stå i fare for å bli sosialt isolert, og at helsepersonell har en særlig oppgave for å legge til rette for kommunikasjonen - slik at afasirammede kan delta i meningsfulle samtaler. NOU (2011:11) peker på mulighetene i mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn. Slik jeg velger å se på det i denne sammenhengen, vil dette kunne være et praktisk eksempel på hvordan et slikt samarbeid kan foregå på mikronivå. Livsglede for eldre setter i stand arrangementer, og personalet fra eksempelvis et sykehjem, følger og støtter de eldre som ønsker å delta, men som har så stor hjelpeavhengighet at det kan være vanskelig med eksempelvis sykepleierstudenter alene som ikke kjenner dem eller deres bakgrunn. Cooley og Addams beskrev empatiserings (jf. kap 3.1). Med bakgrunn i dette begrepet kan det søkes å sette seg inn situasjonen til dem med større hjelpeavhengighet. Kanskje det å ha med personalet man kjenner på slike arrangement, kan være den trygghet som skal til for at enkelte allikevel ønsker å delta?

Med bakgrunn i symbolsk interaksjonisme vil ingen ting være statisk (Levin og Trost 2005), og ønske om deltagelse vil således kunne forandre seg – hvis det legges til rette for det. Hauge (2013) skriver om sosiale aktiviteter og sykehjem - at utfordringen kan være å skape nok bredde i aktivitetene og tilbudene, og at ingen skal føle seg presset til å delta på noe som strider mot deres ønsker eller verdier. Det samme kan synes gjeldene her når LFE eksempelvis inviterer eldre beboere på sykehjem til aktiviteter. For å opprettholde selvbestemmelsen må deltagelsen være ønsket. I tilknytning til selvbestemmelse på mikronivå og arrangementer som for eksempel ulike typer fester og middager, blir med andre ord ønske om deltagelse sentralt.

Bredde blir således et nøkkelbegrep og oppsummert vil Livsglede for eldre kunne ha betydning for å fremme selvbestemmelse på mikronivået. Det kan utøverne eksempelvis i lokalforeningene

gjøre ved at de med sine ulike tilbud komplementerer det offentlige, at de skaper bredde i aktivitetene - og på den måten gjør at de eldre får et bredere felt å velge innenfor. Slik vil det kunne tas hensyn til det viktige aspektet at eldre har ulike interesser (Hauge 2013), og at eldre som gruppe er svært heterogen (CESCR 1995). Det må allikevel presiseres at økt bredde på aktivitetstilbudet ikke nødvendigvis automatisk skaper selvbestemmelse, og ønske om å delta blir fortsatt essensielt.

4.1.2 Mesonivå – ulike former for fleksibilitet

På mesonivå trekker Hauge (2013) frem tryggheten ved heldøgns omsorg og kontakten med personale som positive sider ved sykehjemmet. Trygghet og kontakt med personalet ble også sett på som viktig av et flertall av mine informanter. Det var her blant annet muligheten til å kunne ringe på og få hjelp til daglige gjøremål som betydde mye. Selvbestemmelse gjenspeilet seg her med andre ord i muligheten den enkelte hadde i forhold til å ha hjelp tilgjengelig. De eldre ønsket ikke nødvendigvis bruke denne hjelpen hele tiden, men at den var der og de kunne være med og styre selv - når den trengtes.

Informant 5 bor på et sertifisert livsgledesykehjem. På spørsmål om hvordan det var å bo på dette sykehjemmet, fortalte hun at det var veldig fint og at hun ikke hadde noe å klage på: *De er så snill og hjelpsom. Er det noe som du mangler, hvis det er noe som har gått i stykker, og da får jeg: Et lite øyeblikk, og så kommer de.* Jeg spurte videre om hva som var det beste med å bo der, og hun svarte resolutt:

Å få den hjelpa du får. Natthjelp og det som du ikke klarer selv, så er de klare til å hjelpe deg. Jeg har bare godt å si om dem. [...] Du skjønner, de er enestående her. Jeg skryter av dem. Jeg må opp om natta og så har jeg knær som er ferdige. Jeg må gå med stive knær inn på toalettet. Men de kommer så sant de har - du vet, det er jo mange som ringer på. Men det har gått veldig fint hittil .

Det kan synes som om tryggheten som Hauge (2013) beskriver, også skisseres av mine informanter. Antonovsky (2012) skriver om håndterbarhet at det er viktig å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet for å kunne takle utfordringene man blir stilt ovenfor. Han sier videre at til rådighet er ressurser den enkelte har kontroll over eller ressurser som kontrolleres hva det han

beskriver som en legitim annen – eksempelvis ektefelle eller venn. Med å være tilgjengelig med heldøgnsomsorg og la de eldre få tilgang til hjelp når de ønsker det, virker det som personalet støtter opp om resurser den enkelte har kontroll over, og dermed bidrar til økt håndterbarhet. På denne måten kan selvbestemmelsen som gis på sykehjem – dvs. på mesonivå - også ses relatert til håndterbarhet som beskrevet av Antonovsky.

Det å ha kontinuerlig hjelp til daglige gjøremål, ga tydeligvis informantene en stor trykghetsfølelse, eksempelvis nevnes også assistanse til å ta medisinen til rett tid. Informant 1 bor i heldøgns omsorgsleilighet og er tilknyttet et sykehjem under sertifisering for å bli livsgledesykehjem. Han fortalte:

Når klokken er en åtte halv ni om morgenen, så er det ni tabletter. Så en gang til senere på dagen. Jeg trenger ikke å spise noe vanlig mat jeg, vet du, jeg blir jo mett på tablettene! Og det er det som er så bra at her kommer de med dem. Når jeg var hjemme, så fikk jeg sånn dosett, som var ferdigpakka for en uke. De så bare på meg vet du, jeg tok ikke dem i det hele tatt. Jeg var klar over det og, vet du, men det ble bare sånn. Og nå er det greit. Jeg sitter i sofaen når de kommer. Rekker bare ut handa og så får jeg dem der. Og da må jeg ta de! Jeg har alt klart vet du, jeg har vannglasset stående der.

Informant 7 bor på et livsgledesykehjem, hun fortalte følgende i samtale med meg:

Jeg bryr meg ikke noe om å bestemme noen ting. Jeg er såpass gammel at jeg ikke kan tenke meg å bestemme. Når de spør meg om forskjellige ting, så sier jeg meininga mi og hva jeg vil og ikke vil, hvis det angår meg, ja!

På den ene siden ses det et her et annet aspekt av selvbestemmelse, og det kan synes som noen av de eldre satt pris på at en legitim annen (Antonovsky 2012) tok litt av styringen i enkelte situasjoner. Ut fra samtalene virket det som om dette var et bevisst valg de hadde tatt, og de var også tydelig på at de likevel sa hva de mente om ting som påvirket deres egen hverdag. På den andre siden sier GC 14 (CESCR) at kontroll over egen kropp og helse er en del av retten til helse. Dermed blir det essensielt at dette er gjort på basis av en valgfrihet. I akkurat dette eksempelet kan det synes som om det legges til rette for en slik valgfrihet, og så lenge det er et fritt valg eksempelvis å la personalet overta noe av kontrollen i sammenheng med medisinerings, kan dette også bli tolket som en form for selvbestemmelse.

Betydningen av selvbestemmelse kom mer direkte frem i samtalen med Informant 6. Hun bodde på et sertifisert livsgledesykehjem og fortalte om hvorfor hun trivdes på sykehjemmet:

Jeg føler de gjør så godt de kan, dem tar vare på meg. [...] Jeg behøver ikke bade hvis jeg ikke sier i fra, men jeg bruker se hvor mange de er på jobb. [...] De sier god morgen, hvordan står det til? Jeg må gi dem den beste attesten som finnes som bruker, og jeg har vært mange steder før. På videre oppfølgingsspørsmål om hva som var bra, sa hun også: De skyver ikke alt på meg eller på seg, det er et samarbeid.

En av de tre komponentene i OAS er begripelighet (Antonovsky 2012). Ut fra hva Informant 6 fortalte meg om hennes situasjon nå, kontra hvordan hun hadde opplevd det på andre sykehjem - kunne det virke på meg som om hun fått hadde større begripelighet i situasjonen nå. Der det tidligere hadde vært mer tilfeldig og uforståelig, opplevdes det nå mer forutsigbart og kognitivt forståelig.

Et samarbeid i form av dialog, og det hun beskriver ble for meg et godt eksempel på hvordan realisere selvbestemmelse i praksis. I den videre samtalen med samme informant illustreres dette. På den ene siden sier hun blant annet relatert til medisiner: *De vet hvilken dag jeg skal ha sprøyta.* Slik jeg forsto henne angående dette, synes hun det var greit at noen andre hadde tatt kontroll over denne medisinen.

På den andre siden sa hun og når hun fortalte om sin hverdag: *De spør meg om jeg skal gå tur, og da spør jeg om det er flatt. Så vurderer jeg om jeg skal gå.* Slik jeg ser på dette, var selvbestemmelse involvert både i eksemplet med medisin i form av sprøyta, og aktiviseringen i form av gåturer. Symbolsk interaksjonisme tar utgangspunkt i at individet hele tiden vil være i endring (Levin og Trost 2005). Med dette utgangspunktet vil også hvordan den enkelte oppfatter selvbestemmelse kunne forandre seg. Samarbeid er nevnt, men også fleksibilitet blir dermed viktig for å realisere selvbestemmelse på sykehjemmet og mesonivået.

Livsglede for eldre har flere ulike kriterier for å bli livsgledesykehjem (jf. kap 2.4).

Selvbestemmelse er ikke nevnt spesifikt i disse kriteriene, men i forbindelse med kriteriene trekkes menneskerettigheter generelt frem i sammenheng med at sykehjem vil ha beboere med nedsatt funksjonsevne som kan være ekstra utsatt for menneskerettighetsbrudd. Et av kriteriene for livsgledesykehjem er at: "Virksomheten skal legge til rette for å skape en hyggelig ramme rundt måltidet". Informant 6 bor som nevnt på et slikt livsgledesykehjem og uttalte følgende:

Der jeg var før der var det sånn at alle skulle til bordet. Hvis jeg ikke vil ha middagen her bestemmer jeg det selv. Jeg slapper av når det er sånn, det er jo et hjem – det heter sykehjem. Her lar de meg være i fred. [...] Jeg kan takke dem her på hjemmet for de er så avslappa, de sier ikke- nå må du komme

Slik jeg velger å se på dette, opplevde hun økt selvbestemmelse da hun relatert til måltidet på livsgledesykehjemmet, kunne være med å selv bestemme mer rundt rammene. Selvbestemmelse er med andre ord på den ene siden ikke presisert eksplisitt som et kriterium i veilederen til å bli et livsgledesykehjem. På den andre siden kan det virke som kriteriet å lage hyggelige rammer rundt måltidet, og å tilpasse måltidet til den enkelte - vil kunne være med på å bidra til økt selvbestemmelse hos eldre i heldøgns omsorg, og da på mesonivå.

Hauge (2013) beskriver at mange eldre med heldøgns omsorg vil være multisyke og ha sterkt nedsatt funksjonsevne. Mine informanter trekker også frem at det er variasjon i funksjonsnivået til medbeboerne, og flere av informantene viser til at dette kan gi utfordringer i fellesskapet. I samtalen med informant 2 nevnte hun at det også kan være kjedelige dager:

Det er jo sånn at man kan få de andre litt interessert i de der tirsdagene våre, da. Så kan det jo det utvikle seg til andre dager også. Få med andre. Jeg synes de er litt lite (lar det henge i lufta). [...] Vi som er eldre, da, vi prøvde å samle litt folk om ettermiddagen en dag i uka, så vi kunne finne på noe sånn. Men det var nokså lite respons.

I den videre samtalen snakket vi litt rundt hva som kunne vært givende å fylle disse kjedelige dagene med, hva hadde det ideelle å gjøre på disse dagene? Hun, informant 2, mente følgende:

Det er vanskelig det der, å komme på noe i grunn. Men folk er vanskelig å få med! Det forundrer meg. Jeg mener, det er ikke ferdig, mange kan leve til vi er 90 år! Det veit vi jo ikke. (ler) Det er litt sånn kino og teater, og sånne ting. I det hele tatt konserter, de er veldig flink her, å komme og spille for oss, det er jo koselig.

Informant 3 og informant 4 bor på livsgledesykehjem og var innom noe av det samme i forbindelse med gode eksempler på ulike aktiviteter og arrangementer. Jeg var her interessert i hva de mente var eksempler på gode aktiviteter.

Informant 3: Ja, det er vanskelig for meg å finne ut utav det, for skal det være noe aktivitet, så må de være med resten av belegget her, for å si det sånn. Men de er vel mer

eller mindre handicappet alle sammen. [...] Noen hører jo ikke i det hele tatt, og så er det jo mye rullestoler der og. Så det er ikke akkurat noe bestemt jeg ville vært med på nei.

Her var utfordringen at funksjonsnivået i stor grad varierte, og var det vanskelig å finne gode fellesaktiviteter. I samtale med informant 4 fortalte hun om ulike ting hun har gjort på livsgledesykehjemmet, og mente at hun hadde vært veldig mye med, og at det hadde sine årsaker: *Det kommer kanskje av det at jeg er klar, men det er jo det at stemmen og synet svikter. Men ellers så går det bra. For det er mange her som ikke greier å følge med på noen ting.* Informant 7 bor også på livsgledesykehjem og fortalte mye om hverdagslivet derfra:

Kan ikke si at dette er et sykehjem. Jeg kan ikke forstå at de kaller det et sykehjem. De som er her er ikke direkte syke. De er sånn som meg, de kan være litt "tuskete". Det er ingen som er sengeliggende, for er de det, så blir de kjørt på sykehuset.

Fellesskapet er ikke bare beboerne, det er også de pårørende, besøkende og ansatte. Intervjuet med informant 7 skjedde inne på hennes rom og vi småpratet rundt bilder og gjenstander hun hadde på rommet sitt. Hun fortalte videre at hun brukte TVén veldig lite: *Jeg setter meg ikke alene, inn på rommet her, da vet du, det er så koselig utpå der, pleierne er der og de andre. Det er der jeg hører hjemme, da.* Hun trakk videre fram flere ting hun syntes var positivt ved å være beboer på sykehjemmet:

Her er det jo godt, for her gjør jeg jo ingenting. Kunne jeg ha arbeid her så hadde det ikke gjort meg noen ting, altså [...] De arbeider her og har det veldig godt. De er ikke pleiersker, de er som andre folk. De hører til her.

Hauge (2004) viser til ulike sider med det sosiale fellesskapet på sykehjem (jf. kap 2.1). Slik jeg tolker det ut fra mine informanter, kommer noen av disse utfordringene på bakgrunn av ulikt funksjonsnivå. I tillegg ses også det Hauge (2013) trekker frem som en av de positive sidene ved sykehjem, som informant 7 når hun beskrev kontakten med personalet. En utfordring kan synes at noen eldre har et større aktivitetsbehov enn andre. På den ene siden blir det relatert til selvbestemmelse her viktig at hver enkelt kan bestemme aktivitetsnivået selv. På den andre siden kan det også oppstå ulike vanskelige situasjoner og dilemmaer for personalet (jf. kap. 2.3). Livsglede for eldre har eksempelvis en aktiv profil for livsgledesykehjem der ett av kriteriene er at "virksomheten skal legge til rette for at beboeren får komme ut i frisk luft en gang pr uke".

I forlengelsen av dette kan det tenkes at noen av de eldre ikke ønsker å gå ut fordi det er kaldt, glatt eller lignende. I sammenheng med retten til helse, påpekes det at alle skal ha rett til kontroll over egen helse og kropp (CESCR 2000). Fleksibilitet blir viktig her slik at eksempelvis den eldre som ikke ønsker å gå ut fordi det er glatt, kan det gis tilbud om en annen aktivitet inne. Fleksibilitet blir også neste nøkkelbegrep for å fremme menneskerettigheter.

Ekeløve-Syldal (2009) viser til at menneskerettigheter ofte er viktigst for utsatte grupper. Slik jeg ser på dette, vil multisyke med nedsatt funksjonsevne være en slik utsatt gruppe. Det er skissert ordningen med nasjonal sertifisering av livsgledesykehjem (HOD 2013). En slik ordning vil kunne påvirke hverdagen til nettopp den gruppen som menneskerettigheter kanskje er viktigst for. På bakgrunn av dette kan det oppsummeres at Livsglede for eldre vil kunne ha stor betydning for å fremme Eldres rett til selvbestemmelse på mesonivå.

4.1.3 Makronivå – medmenneskelighet i de Eldres hverdag

Livsglede for eldre har på makronivå en satsing på opplæring innenfor og rekruttering fra helse- og oppvekstfag ved de videregående skolene. Personalet på ulike sykehjem vil være av stor betydning for de eldre, deres liv og hverdag (jf. kap 2.1). Å rekruttere dyktige og engasjerte fagarbeidere til eldreomsorgen, er således en svært viktig oppgave. LFE (jf. kap 2.4) mener at deres arbeid opp mot videregående skoler kan føre til økt rekruttering til eldreomsorgen.

Laake (i Hauge 2013, s. 225) sier at omtrent 70 % av sykehjemsbeboere vil ha en demenssykdom av en eller annen grad. Fermann og Næss (2013) hevder at personer som opplever sykdom, vil kunne bli avhengige av kyndige hjelpere som støtter opp om deres situasjon. Noen eldre må og la eksempelvis helsepersonell vurdere og tolke deres helsesituasjon, og i slike tilfeller blir det ekstra viktig å beholde selvråderetten.

GC 14 (CESCR 2000) utdyper hva som menes med ØSK artikkel 12, og sier retten til helse må ses både relatert til og avhengig av andre menneskerettigheter. GC 14 sier dessuten at retten til helse blant annet består av friheten til kontroll over egen helse og kropp. I livsgledesykehjem er bevisstheten rundt menneskerettigheter trukket frem. Dersom det er slik at elever ved videregående skoler også får innblikk i arbeidet på ulike livsgledesykehjem og viktige prinsipper ved slike sykehjem (jf. kap 2.6.2), er det naturlig at de også får høre om og får et bevisst forhold til

menneskerettigheter. Som nevnt presiserer LFE at en del beboere på sykehjem vil ha nedsatt funksjonsevne og være ekstra utsatt for brudd på menneskerettigheter. Sågar kan ungdommen også få et innblikk i situasjoner der selvråderett blir ekstra viktig, som nevnt av Fermann og Næss (2013).

Informant 3 bodde på livsgledesykehjem og trakk i min samtale med han frem ungdommer som en del av sin hverdag. Han fortalte: *Noe jeg har lagt merke til i det siste, at det har vært, jeg antar det er elever eller studenter som har tatt oss med ut en tur. Og det har vært bra!* Livsglede for eldre hevder at skoler som har livsglede som tema, samarbeider med sykehjem gjennom hele året, og elevene er med på institusjonen, samt aktiviserer beboere og skaper opplevelser. LFE sier erfaringene fra dette er at elevene oppgir det har stor faglig betydning og er viktig for dem som medmennesker (jf. kap 2.6.1). Informant 6 fortalte i sin samtale at hun hadde vært på flere ulike sykehjem før hun hadde kommet dit hun var i dag, og sa relatert til dette: *Det er medmennesker vi trenger, jeg angreer på at jeg ikke kom hit før.*

Medmenneskelighet slik jeg forstod henne når hun snakket om det i denne sammenhengen, var å prøve å forstå enkeltmenneskets individuelle behov. Ordet medmenneskelighet var for meg også en god oppsummering av hva mange av informantene beskrev rundt det de satt pris på i hverdagen. Medmenneskelighet blir er således og neste nøkkelbegrep for å fremme menneskerettighetene.

Oppsummerende i denne sammenhengen er at satsingen på videregående skoler med helse- og oppvekstfag blant annet kan være med og introdusere elever for menneskerettigheter, og bevisstgjøre for dem at mange beboere ved sykehjem vil være i en utsatt gruppe for menneskerettighetsbrudd. Er det slik at målsetningen til Livsglede for eldre om å nå ut til alle videregående skoler med helse- og oppvekstfag blir oppnådd, vil det vil kunne ha stor betydning for å fremme Eldres menneskerettigheter. Arbeidet til LFE på makronivå vil med andre ord kunne ha stor betydning for å fremme Eldres selvbestemmelse, særlig siden tiltakene deres på dette nivået direkte vil kunne påvirke de Eldres hverdag.

4.2 Kulturell deltagelse

Kulturell deltagelse som tema er tilknyttet artikkel 15 i ØSK (FN 2013). Nøkkelbegrepene for å realisere den kulturell deltagelsen er her identifisert til å være *samarbeid*, *utsatte grupper* og *inkludering*.

4.2.1 Mikronivå – det viktige samarbeidet mellom ulike parter

Det andre arrangementet jeg hadde feltarbeid i var en middag og et samarbeid mellom Livsglede for eldre og det lokale ”Kokkenes mesterlaug”. Mesterlauget arrangerte lærlingekonkurranse, og i forbindelse med dette ville de få mat til overs siden lærlingene skulle lage mange mattallerkener, og det var en rekke lag som konkurrerte. I ettertid ble jeg fortalt at det var laug som kontaktet Livsglede for eldre, slik at pent anrettet mat som ville blitt kastet, i stedet skulle bli servert som et LFE arrangement. Jeg har selv fagbrev som kokk og mistenker at de som serverte også faktisk var noen av sensorene for hele konkurransen. Ledsagerne til dette arrangementet var sykepleierstudenter, mens de eldre var fra en lokal eldreforening. Omtrent 15 ledsagere og rundt 20 eldre deltok på middagen.

Jeg deltar som ledsager på lik linje med de andre og har denne gangen tatt på meg den gule LFE-skjorten jeg fikk utlevert når jeg deltok på planleggingsmøte til det store arrangementet. Det oppleves som jeg glir noe lettere inn enn sist. Jeg får nå også prøvd hvordan det er å holde praten gående, finne temaer og være ledsager. Et par av de eldre har jobbet flere år som sykepleiere selv, og snakker med entusiasme om utdanningen, om deres jobb på sykehus – og deres inntrykk av eldreomsorgen i dag. I samtale med en av de eldre får jeg vite at flere av de som er der, også har vært med på LFE-arrangement tidligere. Den gangen var det en fotballkamp, og de forteller ivrig hvordan det var å stå midt blant alle de andre supporterne og høre jubelbrusene gjennom kampen. En av de eldre forteller meg også at de vurderer å starte en gruppe der de kan dra på sykehjem og hjelpe til.

Under samtale med de eldre forteller en meg at hun fikk veldig kort varsel til dette arrangementet, bare to dager. Likevel sa hun at det var moro å være der, og at hun selvsagt ville bli med da hun hørte om det. Arrangementet synes å være organisert på kort varsel, men i et godt samspill mellom tre ulike aktører: Livsglede for eldre, kokkelaug og en lokal eldreforening.

Som nevnt tidligere i oppgaven, referer NOU (2011:11) ”Innovasjon i omsorg” til mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunnet. Høstmølingen (2010) sier ordet kultur forstås bredt i ØSK artikkel 15, og sammenkomster som dette vil derfor kunne inkluderes inn under hvordan kultur defineres. Arrangementet vil med andre ord kunne beskrives som et godt

eksempel på kulturelt arrangement fra mikronivå der flere ulike aktører fra både det offentlige og frivillige står sammen om gjennomføringen. Det offentlige representert ved at vi var i lånte lokaler på en kokkeskole drevet av fylkeskommunen, og det frivillige representert ved LFEs lokalforening, laugget og medlemmer fra en eldreforening.

Om det som i media ofte karakteriseres som eldrebølgen, sier Berg (2012) at det også vil bli flere eldre med god helse. De eldre som deltok på overnevnte treretters middag, virket på meg ressurssterke og fortalte at de hadde vurdert å starte en gruppe som blant annet kunne hjelpe til på ulike sykehjem. De hadde videre klare formeninger om hvordan det burde være på sykehus, og kommenterte at de synes liggetiden på sykehus nå var blitt veldig kort.

Praten går lett rundt bordet. Jeg får vite at de eldre er fra en eldreforening og kjenner hverandre godt. Når vi får servert mat fra de ulike lærlingelagene som konkurrerer, blir det tydelig at ikke alle ville fått en gullmedalje fra oss, men dette gjør samtidig at vi får en god mulighet til å ha noe felles å snakke om. Tema eldreomsorg kommer opp siden en av ledsagerne sier hun jobber på et sykehjem, og kommentaren fra en av de eldre damene er at det kan virke som en del av de som jobber på sykehjem, har veldig dårlig tid.

Livsglede for eldre samarbeider med en rekke sykehjem i ulike sammenhenger. Dersom noen av de eldre i eldreforeningen som skissert over, ønsker å være med å hjelpe til på arrangement eksempelvis som beskrevet i Odalen (jf. kap 2.4), vil det kanskje kunne være et bidrag til utnyttelse av mellomrommet som beskrevet i NOU 2011:11 (jf. kap 1.2).

Hauge (2013) sier at en utfordring for beboere på sykehjem, vil være at mange er syke og har lite krefter til sosiale aktiviteter. Aktivitetene må dermed tilpasses de eldres funksjonsnivå og til deres dagsform. Lokalforeninger inviterer på noen av sine arrangementer også beboere på sykehjem, men ofte vil ikke ledsagerne kjenne de eldre som kommer. En utfordringen kan dermed bli å legge til rette for den enkelte på arrangementene. Informant 2 hadde vært med på arrangementet i parken som tidligere beskrevet her, og ga et lite innblikk i dette: *Jo da, det var kjempefint, det var det. Vi var jo helt utslitte når vi kom hjem, da, vet du. Vi ble sittende på trebenker, da, vet du. Men det var kjempefint, ja.*

Artikkel 15 i ØSK sier at enhver har rett til deltagelse i det kulturelle liv (FN 2013). Det presiseres videre i GC 6 at eldre skal ha tilgang til samfunnets kulturelle ressurser og fritidsaktiviteter (CESCR 1995). Likeledes er det her som med selvbestemmelse, at menneskerettigheter vil være viktigst for utsatte grupper (Ekeløve-Syldal 2009). For at Livsglede for eldre sine lokalforeninger skal fremme retten til kulturell deltagelse på mikronivå, må de

dermed også kunne inkludere eksempelvis multisyke på sykehjem og hjemmeboende med nedsatt funksjonsevne. Fordelen LFE kan synes å ha, er at organisasjonen ofte har tilgang på mange ledsagere på sine arrangementer. Informant 2 hadde som nevnt vært på samme grillfesten som meg, og hun fortalte i intervjuet:

Det var virkelig flott laget til av kommunen. Og det var jo så mye hjelpere, vet du, de har fått tak i studenter som gikk på – som skulle bli sykepleiere, så det var en helper per mann, nesten! Det var jo fint, da. Og så var vi jo så heldige med været! Det var så nydelig vær. Så det var fint, ja.

Det kan i denne sammenhengen nevnes at arrangementet ikke var i regi av kommunen, men LFE. Blant annet var ordføreren til stede på dette arrangementet og talte, så det kan være en av grunnene til at det ble oppfattet som et kommunalt arrangement. Dette var for øvrig noe jeg kom borti flere ganger. At eksempelvis informanter ikke var klar over at de bodde på et livsgledepsykehjem. Jeg kunne observere at det hang både plakater og bilder med LFE tekst rundt på sykehjemmet, men kanskje var det bare blitt en del av hverdagen og således noe beboerne ikke la merke til.

Uansett, kan det synes som om LFE i stor grad har mulighet til å mobilisere ressurser slik at også utsatte grupper får kulturell deltagelse på mikronivå. Oppsummert vil Livsglede for eldre kunne ha betydning for å fremme Eldres kulturelle deltagelse på mikronivå, og samarbeid blir et nøkkelbegrep for å se mulighetene lokalsamfunnet har, eksempelvis for å arrangere middager som den beskrevet ovenfor.

4.2.2 Mesonivå – å gi tilbud til utsatte grupper

Et livsgledepsykehjem er et sykehjem sertifisert av stiftelsen Livsglede for eldre gjennom en rekke kriterier for hvordan organisere og tenke livsglede i hverdagen (LFE 2011). LFE beskriver at formålet med livsgledepsykehjem blant annet er å sette fokus på områdene kultur, aktivitet, trivsel og åndelige/eksistensielle behov. Alle mine informanter hadde en tilknytning til LFE (jf. kap 3.2). Flere av informantene trakk frem aktivitører, og aktivitørene kunne synes å ha en viktig rolle i de store og små gledene for de eldre tilknyttet heldøgns omsorg. Jeg fikk observert litt av trimmen som informant 1 var med på, og den daglige halvtimen informanten nedenfor trakk frem.

Kontinuiteten syntes viktig og både det sosiale aspektet og selve treningen kunne se ut til å være et høydepunkt i hverdagen. Informant 1:

Jeg trener litt selv, jeg. Jeg har vært med på det der så mange ganger nå at jeg kan det. Vi har jo den halvtimen hver dag her da. Den må jeg være. med på. Den er moro den. Det er fryktelig sosialt nedi der. Da får du lov til å holde damene i handa når du vugger og! (ler) Jo da, vi har det artig! Sånn er det [...] Men kan vel ikke kalle det fotball da. Vi savna den halvtimen. Det blir en sånn vane det derre, vet du. Kan jo stille klokka etter oss mange ganger. [...] Nei jeg sitter og løser kryssord og sudoku, jeg. Jeg blir fort sliten. Av å gå. Jeg tar det med ro nå. Det gjør jeg. [...] Jo jeg kunne godt ha tenkt meg å vært litt sprekere. Jeg savner gåturene mine. Det gjør jeg. Jeg syklet ikke jeg, vet du. Jeg bare gikk. Nå kunne jeg godt ha tenkt meg å gått litt mer.

Slik jeg tolket det, var denne trimmen tilpasset de eldre av en aktivitør som kjente dem godt. Trimmen var lett tilgjengelig siden den skjedde på sykehjemmet, og ble dermed et lavterskeltilbud der også de med rullestol og rullator kunne være med. Informant 2 fortalte at hun også satte pris på slik trim på daglig basis, og at dette var noe hun gjerne var med på hver eneste dag: *Ja, jeg er med hver dag jeg. Men det gjør meg litt godt, vet du. Selv om det ikke er så mye, så gjør det godt.*

Da hun senere i samtalen kom inn på aktiviteter utenfor sykehjemmet, sa hun: *Men det å komme seg dit. Ja, man kommer seg jo dit, man kan ta en drosje, men alene så er det litt tussig, da. Når man går med stolen.* I samtalen med informant 3 kom vi innom aktiviteter i det daglige og jeg spurte etter hans favorittaktivitet, til dette svarte han:

Ja, favoritten er de stundene vi har utpå dagligstua her, for det kan jeg vær med på bestandig. Det er aktivitørene da, vet du, som samler forskjellige av oss. Sitter og diskuterer og drikker kaffe og sånt nå. Det syns jeg er veldig greit.

Aktiviteter som dette kan synes å være individuelt tilpasset de eldre, likevel var det utfordringer med å få det til å passe for alle. Informant 2 fortalte om ulike aktiviteter og sa i den sammenhengen: *Jeg syns at opplesning er greit, men det er ikke folk så gla i, men det er fordi de hører dårlig.* Men mange av de eldre syntes å gripe noen av de mulighetene de fikk med åpne armer. Informant 5 var over 90 år og fortalte om hverdagen på sykehjemmet: *Men jeg prøver å holde meg i form.* På spørsmål fra meg om mulighetene for det, svarte hun:

Ja da, det er det! Det måtte vel være i går, da hadde vi undervisning i gymnastikk. Da satt vi i stolen, og så hadde forskjellige øvelser. Jeg har gikt i skuldra, så jeg klarer ikke å løfte den. Den arma går bra, men det er morsomt for at jeg begynte med treninga! Det var mens vi satt i hver vår stol, da. Men hvis vi går ned i første, for der har vi sånn og lære oss å gå med.

Antonovsky (2012) sier den tredje komponenten i OAS, er meningsfullhet. Her blir det viktig med aktiviteter som de eldre verdsetter. Meningsfullhet inneholder derunder en motivasjonskomponent som vil kunne bidra til motivasjon for handling. Et mål blir å lage kulturelle aktiviteter de eldre setter pris på. Likevel vil dette kunne være mer komplekst enn det høres ut til, siden eldre som gruppe vil være svært variert (Garsjø 2003). Selv om det søkes å tilpasse aktiviteter for kulturell deltagelse, vil det med andre ord være svært vanskelig - og kanskje umulig, å finne aktiviteter som passer for alle.

GC 14 sier at retten til helse må ses både relatert til og avhengig av andre rettigheter. Her kan det ses en slik kobling mellom selvbestemmelse og kulturell deltagelse. Hauge (2013) skriver at det ikke kan tas forgitt at eksempelvis aktiviteter som bingo vil falle i smak hos alle, og som nevnt under selvbestemmelse, skal ingen føle seg presset til å delta på noe mot egne ønsker eller verdier. For å realisere retten til kulturell deltagelse, blir det da også som nevnt i tilknytning til selvbestemmelse viktig å skape rom for et bredt utvalg med kulturelle aktiviteter.

Synnes m.fl. (i Hauge 2013 s. 232) sier skrivekurs for eldre på sykehjem er en aktivitet som vil involvere beboerne aktivt. Livsglede for eldre (2011 s. 24-27) har som kriterium for livsglede sykehjem ”at virksomheten skal legge til rette for at beboeren får muligheten til å opprettholde sine hobbyer og fritidssysler”. De har og som kriterium at ”virksomheten skal legge til rette for sang, musikk og kultur i hverdagen”. Skrivekurs er nevnt som eksempel og LFE presenterer i sin veileder til livsglede sykehjem en rekke eksempler på aktiviteter som vil kunne skape et bredt utvalg. Herunder kan nevnes blant annet temadager som gjenspeiler ulike land med musikk og mat, kinobesøk, lage VM-studio i tilknytning til VM på ski, samarbeid med den kulturelle spaserstokken, teater og kunstutstillinger, felles sang – og musikkstunder - og kulturdager som arrangeres sammen med skole og barnehager der eksempelvis elever fremfører en musikal for de eldre.

Noen av de eldre trakk selv frem kino, musikk og teater som kulturelle aktiviteter de kunne tenkt seg. Da informant 2 fortalte om aktivitetene i hverdagen, spurte jeg henne: Hvis du skulle ønske nå ett eller annet arrangement, drømmearrangementet, hva ville det vært? Hun svarte: *Det måtte vært teater. Det blir ikke at man kommer seg i vei.*

Flertallet av informantene jeg snakket med, hadde en del fysiske utfordringer som gjorde at den kulturelle deltagelsen måtte tilpasses. Informant 7 forteller:

Det er en spesiell sykdom. Og det kommer og går. Men det vet jeg at det er det ikke noe råd for. Når det har vært på det verste, så har jeg vært hos legen og han sier, det er ikke noe råd for det, du må bare finne deg i det.

Informant 4 bodde på livsgledesykehjem, hun brukte ulike hjelpemiddel, og var skrøpelig til beins. Hun ble også tatt med i rullestol og kjørt rundt, så hun opplevde at hun var ofte ute: *Jeg bruker rullatoren. Men jeg har vondt i kneet, så det er bedre å sitte hvis vi skal langt. Men bare rundt i bygget her, så bruker jeg rullatoren.* Informant 3 fortalte om hverdagen, at det var en del som skjedde, men at noe var vanskelig å være med på for ham:

Ja, blant annet så viser de film og sånn, og det kan ikke jeg være med på, på grunn av synet. Og så er det allsang forskjellige ganger. Det kan jeg heller ikke vær med på, fordi dem må sette det så høyt at det... Jeg klarer ikke å absorbere, for å si det sånn.

Informant 1 brukte rullator, men han sa samtidig:

Jeg syns jeg har det godt jeg nå sånn helsemessig. Jeg får den medisinen jeg trenger. Og jeg kan gjøre alt jeg vil. Det er frivillig. Og det er kjempefint for meg det nå. Jeg har opplevd nok smerter. Alle operasjonene det er en saga blott for meg

Noen utfordringer er nevnt her, men også andre ting ble trukket frem av de eldre som begrensende faktorer. Informant 2 fortalte at hun syntes det skjedde lite i helgene. Lørdag og søndag kunne ofte bli kjedelige. Hun sier:

Men det er en ting vi syns er litt, jeg vet ikke hva jeg skal si, det er ikke noe på søndagen og helgen, så lørdag og søndag er trasige dager. Så der lurer jeg på om de kunne hatt noe, men da må de jo avsette flere folk.

Flere av informantene kunne synes å trenge noen individuelle tilpasninger i hverdagen, og særlig i forbindelse med arrangement og aktiviteter. Eksempelvis hadde informant 2 vært på et

Livsglede for eldre arrangement der det var dans. Jeg spurte i denne sammenhengen om hun selv hadde danset, og hun svarte til dette: *Nei, jeg har ikke kropp til det, nær sagt. Jeg har så vondt i ryggen. Det er dessverre blitt verre istedenfor bedre.* Hun var veldig glad i musikk og særlig teater, likevel var det utfordringer med å komme seg ut i hverdagen:

Hvis jeg har fått vært med, så er det teater og kino. Men det er verre å komme i gang da vet du. Jeg har jo to døtre, men de har jo sitt de og. Det går ikke an å satse på de. De har jo sitt alle sammen.

Den dagen informant 1 og jeg hadde denne samtalen, var en tidlig høstdag, men det var kaldt og surt ute. Været kom opp som tema og jeg spurte om han merket forskjell på vinter og sommer, han ga svaret: *Nei, vi har holdt på å snakke om vinteren som kommer, da har jeg bare sagt det til dem, den får bare komme når den vil, og jeg skal sitte her inne og følge med på den!*

Samtalen med informant 3 foregikk i en dagligstue, vi drakk kaffe og spiste kake. Han bodde på et livsgledesykehjem og fortalte meg om sin hverdag ved dette sykehjemmet. I denne sammenheng spurte jeg om hvordan det var med Tv, om han likte å se på det, og han svarte:

Nei, jeg ser ikke. Jeg mistet mye av synet plutselig her, ser du, det var som å stenge av en bryter, det. Så nå ser jeg TVén, det er bare skjelvninger. Men jeg liker å høre på det. Jeg har nå hatt tv hele tida, siden det var TV her..

Jeg spurte videre om det ble radio i stedet da kanskje, og han svarte: *Ja, jeg har radio, ja. Som jeg slår på imellom sånn. Jeg ser ikke så kan ikke benytte mulighetene radioen har. Så det blir bare på ett punkt.* Sik jeg tolket dette, hadde han noen utfordringer med å benytte seg av mulighetene til radioen. Det kan være komplisert å bytte kanaler, og det kan kanskje være vanskelig å stille lyden.

Intervjuet med informant 5 skjedde inne på hennes rom, og etter hun har fortalt om bilder, møbler og interiør hun hadde på rommet, kommenterte jeg at hun hadde et fint møblement, og hun sa at det var sønnen hennes som hadde byttet det ut og kjøpt ny TV: *Sånn at jeg har det nå greit. Og så har jeg en liten radio på nattbordet, så den er nå litt i bruk om kvelden, da, når jeg har lagt meg, hvis det er noe spesielt. Jeg sitter oppe til nattevakta kommer.* Ellers føyde hun til:

Du, jeg får ikke til å lese så godt. Synet mitt er veldig dårlig. Sånn at når jeg sitter med et kryssord, så må jeg ha det helt opp sånn, og så skriver jeg. Men det går bra. Og jeg prøver å oppføre meg så bra som det går an her.

Informant 4 hadde fått tilrettelagt sin telefon med store taster, likevel hadde hun fortsatt noen utfordringer med å benytte telefonen. Intervjuet av henne skjedde på hennes rom og om telefonen sa hun:

Ja, den er grei den. Men det begynner liksom - hvis det er mange tall, det blir snart vanskelig med telefon. Men andre på huset ringer jo for meg. Jeg kan jo bare ta av røret jeg, og så snakke. Det er greit med telefon.

Det kunne også være utfordringer med selve teknologien. Eksempelvis hadde informant 4 også noen utfordringer med at radioen hennes ikke fungerte helt: *Jeg har en liten radio, men det begynner å bli dårlig å høre den nå. Jeg sitter og hører værmelding og sånne ting iblant.*

Informantene skisserte med andre ord flere ulike utfordringer. Det kunne være fysiske utfordringer som gjorde det vanskelig å være med på fellesaktiviteter, men også utfordringer med selve teknologien. Eksempelvis kunne det være at den ikke kunne brukes slik den var tiltenkt, at den kunne oppleves vanskelig å benytte, eller det at selve teknologien i seg selv var ødelagt/ikke fungerte optimalt. Livsglede for eldre kan synes å være bevisst noen slike potensielle utfordringer med teknologi på sykehjem og på mesonivået. TV er nevnt av mine informanter og blir spesielt trukket frem av LFE.

I veilederen til livsgledesykehjem skrives det at eldre med dårlig syn og hørsel vil kunne ha utfordringer med å ta til seg det som foregår på skjermen. Det anbefales videre at det eksempelvis ved nyheter er et personalet som ser sammen med de eldre, og som samtaler om det som skjer (LFE 2011). Når det gjelder utfordringer med teknologien, kan dette ses opp mot menneskerettigheter - der det heter at retten til deltagelse også dekker samfunnets utvikling og mulighet til å ta del i de godene som utvikles gjennom vitenskapen (Høstmælingen 2010). Således vil det kunne argumenteres for at det skal legges til rette med store TV-skjermer og lignende. LFE (2011) nevner og storskjerm som et tiltak i forbindelse med hobbyer og fritidsinteresser og foreslår at skjermen kan inngå i målrettet aktivitet på sykehjemmene. En anskaffelse av storskjerm vil slik jeg tolker det, kunne være et godt eksempel på realisering

menneskerettigheter, derunder artikkel 15 i ØSK (FN 2013) og delen som omhandler å nyte fordel av vitenskapens fremskritt.

Artikkel 15 i ØSK (FN 2013) presiserer også at det er en rett å delta i det kulturelle liv. Det er nevnt kino og teater, og slike aktiviteter utenfor sykehjemmet blir viktig for å fremme reell deltagelse. Det blir også viktig å være oppmerksom på at kultur slik det defineres i ØSK, har en bred tolkning (Høstmølingen 2010). I forbindelse med dette kan det nevnes at flere av mine informanter trakk frem bussturer de hadde vært på, både med gode og dårlige opplevelser.

Informant 7 hadde vært på busstur, men syntes ikke det var noe særlig:

Jeg er så redd for å dra, for at selve bussturen kan gjøre knert på meg. Og så blir jeg sittende sammen med de som ikke er mine da. Jeg synes det er så ekkelt. Da går jeg heller ut her. Er det vær så går jeg ut her sammen med noen, rundt omkring.

Informant 8 sa han kunne tenkt seg flere bussturer. Jeg spurte han om hvor han ville bussen skulle kjørt, og fikk til svar: *Det var nå i den nærmeste omegn, ja.* Informant 4 fortalte om ulike turer hun hadde vært på, og vi snakket litt om lokale steder hun hadde vært, i denne sammenheng sa hun: *Ja der har jeg vært. På busstur. Det var veldig greit. Det var fint utpå der ja.* Informant 3 hadde hatt konen sin på et annet sykehjem enn der han selv var nå. Han besøkte henne ofte og sa:

Der var det høstfest og sammenkomster rett som det var! Blant annet så hadde de bilturer. Det er det jeg merket meg best på det. Vi var med hurtigruta, og så stod bussen og tok imot oss på hjemturen da. Det var en fin tur. (Jeg spør: Det var sykehjemmet som arrangerte?) Ja. Det va det. Ja vi måtte betale en egenandel, selvfølgelig. Men det var ikke stort. Så hadde de en busstur rundt fjorden. [...] Det var jo på sommeren vi foretok de de turene. Men det jeg la merke til va at det friska opp hele besetninga! Det frisket opp både meg og kona og samme med en kollega som hadde kona si der og. Så vi levde lenge på det! De minnene der!

Igjen kan det synes som det som er ulike meninger om hva de enkelte synes er gode aktiviteter. Eksempelvis bor informant 7 og 8 på samme livsgledesykehjem, men de hadde helt forskjellige opplevelser av bussturene. Fra informant 7 kan det og synes som det å ta bussen ikke hadde vært en god opplevelse - fordi hun hadde opplevd å sitte sammen med mange hun ikke kjent fra før. På den ene siden var dette var en dame som ellers satt pris på fellesskapet sykehjemmet kunne tilby, og fortalte i forbindelse med hverdagen at hun ikke likte å tilbringe så mye tid på rommet alene.

På den andre siden fortalte hun også om en del fysiske utfordringer hun hadde i hverdagen. Slik kan det synes at det kunne det vært en fordel som skissert i kapittelet om selvbestemmelse på mikronivå, at personalet fulgte henne tettere opp på turer som dette.

Med bakgrunn i empatiseringsbegrepet fra Cooley og Addams (jf. kap 3.1) kan man tenkes seg at en situasjon med busstur som skissert her, kanskje vil gjøre at personalet er mindre tilgjengelig. Muligens er personalet spredt på flere busser, eller kanskje sitter de bare fremst i bussen.

Felleslokalene på sykehjemmet vil derimot være mer kjente åpne og kjente omgivelser, og muligens kan personalet i denne konteksten være mer tilgjengelige. Det er i alle fall slik jeg ser det, tydelig at personalet er særdeles viktig for de eldre på sykehjem. Kanskje er personalet i særlig grad viktig for de som har mest nedsatt funksjonsevne, og det vil være i denne utsatte gruppen menneskerettigheter ofte er viktigst (Ekeløve-Syldal 2009).

Når det gjelder informant 3 og turen han forteller om med hurtigruta, vil det slik jeg ser det, være et godt eksempel på realisering av artikkel 15 i ØSK (FN 2013) og kulturell deltagelse.

Kulturbegrepet forstås som nevnt bredt i menneskerettighetene (jf. kap 2.4), og hurtigrutetur med mat, fjell, fjorder, musikk og dans vil slik jeg tolker det, falle inn under dette begrepet.

Flere av de eldre skisserte en veldig aktiv oppvekst, med alt fra hundekjøring, til turn og fiskeing. Informant 1 hadde fisket mye i sitt liv, han fortalte om dette og jeg spurte: Tror du at du hadde kunne kommet deg på en fisketur nå, hvis du hadde fått sjansen? Det trodde han ikke: *Nei. Nei, det tror jeg ikke.* Og på spørsmål om det ville blitt for vanskelig, sa han:

Ja. Jeg måtte ha hatt en god stol og ei brygge å sitte på da. [...] Men nå – det har vel kanskje noe med alderen å gjøre, jeg vet ikke jeg. Jeg føler meg ikke gammel, nei! Men det er nå sånn det er. Jeg er jo over 70, så det holder. Jeg synes jeg er sprek tross alt, jeg! Selv om jeg bruker rullator. Jeg har prøvd å gå uten, men jeg greier det ikke. Jeg greier å gå et lite stykke og så knekker jeg. Så jeg er nødt til å ha den. Jeg prøvde så seint som i går, inne her, og så gå uten den. Så den må jeg ha ja. Det er rart det der. Jeg blir ikke vant med det. [...] Jeg skjemtes i begynnelsen. Litt uvant å gå med den derre der. Jeg holdt meg inne da. Men så glemte jeg det. Det ble som vanlig igjen da. Men nå sitter jeg inne. Nå er jeg sliten for tiden.

Sitatet over er nok et god eksempel på at det ikke er så mye som skal til, hvis det legges til rette for individuell tilpasning. På den ene siden sier informanten at han ikke vil ha mulighet til å dra

på tur, på den andre siden forteller han at det han hadde trengt var en god stol og ei brygge å sitte på. Dette var for øvrig en aktiv mann som i samtalen fortalte at han ofte var ute med pårørende på handleturer, og at han deltok på trim flere dager i uken. Her kommer det til syne et slikt dilemma Kirkevold m.fl (2013) beskriver (jf. kap 2.3) Det kan synes som det ikke er så mye tilrettelegging som skal til for at den eldre informanten skal få seg en fisketur, men samtidig kan det også synes som om han tror dette blir noe vanskelig. Ser man til menneskerettighetene, er som nevnt GC 14 klar på at alle har friheten til kontroll over egen helse og kropp. Med denne tankegangen blir det viktig at hvis fisketuren skal gjennomføres, blir det fordi han selv ønsker det.

Oppsummert vil Livsglede for eldre i stor grad kunne ha betydning for å fremme kulturell deltagelse på mesonivå. Derunder vil særlig deres satsning på kultur i livsgledesykehjem kunne se ut til å ha stor betydning for de eldres hverdag. Arbeidet på livsgledesykehjem når ut til utsatte grupper som menneskerettigheter ofte er viktigst for (Ekeløve –Syldal 2009), og utsatte grupper blir også nøkkelbegrepet fra kulturell deltagelse på mesonivå.

4.2.3 Makronivå – om å legge til rette for inkludering

En salutogen tilnærming (jf. kap 2.1) kan være viktig for å unngå utelukkende fokus på fysiologiske behov i eldreomsorgen. GC 6 (CESCR 1995) sier relatert til ØSK artikkel 15 (FN 2013) at eldre personer skal ha tilgang til samfunnets kulturelle ressurser og fritidsaktiviteter. Informant 6 trekker frem ungdommer som en del av sin hverdag. Hun fortalte: *Så har vi de frivillige, de flotte jentene som går på skole som tar meg med ut [...] Nå nettopp hadde vi kino om han Fleksnes. Da hadde studentene laget godteripose som man har på kino. Mange pasienter vet jo ikke hva som foregår, men de er med.*

Slik jeg forstår GC 6 (CESCR 1995), skal eldre også inkluderes til kulturelle ressurser og fritidsaktiviteter der ungdom er en naturlig del av miljøet. Dette kan eksempelvis være kino eller teater. Kunne det vært mulig å la de eldre og ungdommen utforske det kulturelle liv og realisere denne rettigheten sammen? Det synes i alle fall klart for meg at flere av informantene setter pris på å dele kulturelle opplevelser med studentene fra skolene. LFE (2011 s. 27) skriver følgende relatert til kriteriet om kultur i hverdagen på livsgledesykehjem: ”Møte mellom generasjoner kan skapes i aktiviteter som inkluderer så vel fysisk aktivitet som kultur – og naturopplevelser.” Ungdom kan med andre ord ses på som en viktig ressurs for å realisere kulturell deltagelse.

LFE ønsker med sin fokus på videregående skoler å la elvene bli inspirert og få et innblikk i at det nytter å gjøre endringer i arbeidet for de eldre. Elevene skal videre få oppleve at personer som bor på sykehjem er likeverdige mennesker uavhengig av funksjonsnivå. LFE sier (jf. kap 2.4) også at elever beskriver tiden brukt på temaet Livsglede for eldre - til å ha stor faglig betydning og være viktig for dem som medmennesker. Berg (2012) skriver at det i fremtiden vil bli flere eldre med helseproblemer, men det vil også bli flere eldre med god helse.

Som nevnt fortalte en av de eldre meg i en feltsamtale fra middagen at flere i eldreforeningen hadde vurdert å starte opp en gruppe som skulle dra på sykehjem og hjelpe til. NOU (2011:11, s 13) peker på mellomrommet mellom offentlig virksomhet og sivilsamfunn. ”Morgendagens omsorg” (HOD 2013) sier at der det er etablert livsgledepsykehjem, er relasjonene mellom sykehjem, lokale skoler, barnehager, organisasjoner og andre ressurser i lokalsamfunnet, styrket. Kanskje en slik satsing som Livsglede for eldre har på helse- og oppvekstfag, også kan videreutvikles for andre fagområder, eksempelvis Restaurant og matfag? GC 6 (CESCR 1995) og eldres tilgang til deltagelse i samfunnet er nevnt, et nøkkelbegrep på makronivå blir her inkludering, en inkludering der de eldre får ta del i samfunnets kulturelle ressurser.

Oppsummerende på makronivå vil LFE kunne ha stor betydning for å fremme eldres kulturelle deltagelse, da de som med selvbestemmelse på makronivå gjennom utdanning av fremtidig helsepersonell vil kunne være med å påvirke hvordan mange eldre vil ha det i hverdagen.

5 Oppsummering og konklusjon

Det er i drøftingen identifisert ulike nøkkelbegreper. Disse er bredde, fleksibilitet, medmenneskelighet, samarbeid, utsatte grupper og inkludering. Nøkkelbegrepene og menneskerettigheter, i denne oppgaven – selvbestemmelse og kulturell deltakelse, vil kunne ses i relasjon til hverandre. Eksempelvis vil det kunne skape rom for realisering av selvbestemmelse når det er skapt en god bredde i aktivitetstilbudet, når sykehjemsbeboere opplever fleksibilitet i tilbudet og når de som jobber med de eldre viser medmenneskelighet og ser den enkeltes individuelle behov. Det vil eksempelvis også skape rom for kulturell deltakelse når ulike aktører i lokalsamfunnet samarbeider, når det tilrettelegges for utsatte grupper og når de eldre inkluderes i den kulturelle aktiviteten som allerede eksisterer i samfunnet.

Spørsmålet oppgaven stilte innledningsvis var: ”Hvilken betydning kan Livsglede for eldre (LFE) ha for å fremme Eldres menneskerettigheter?” Med menneskerettigheter refereres det her som nevnt, til to tema - selvbestemmelse og kulturell deltakelse. Disse temaene er blitt sett opp mot mikro-, meso- og makroperspektivet.

Konklusjonen min er at Livsglede for eldre (LFE) vil kunne ha stor betydning for å fremme Eldres menneskerettigheter. Særlig må deres arbeid på meso- og makronivå trekkes frem, da dette arbeidet vil kunne ha stor innvirkning på hverdagen til utsatte grupper.

Når det gjelder denne studiens videre betydning, er det undertegnede håp at den vil kunne bidra til å sette større fokus på eldre og menneskerettigheter i et helsefremmende perspektiv. For videre forskning på dette tema hadde det vært interessant å utført lengre tids deltagende observasjon ved et livsgledesykehjem og/eller andre sykehjem. Eksempelvis hadde det her vært mulig å tatt utgangspunkt i andre menneskerettigheter enn det som er gjort i denne oppgaven.

Som fagperson og privatperson har oppgaven gitt meg en ny innsikt i de Eldres hverdag og mulighetene for hva man kan få til gjennom samarbeid i lokalsamfunnet.

Litteraturliste

- Aase, T. H og E. Fossåskaret (2007). *Skapte virkeligheter*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Aadland, E. (2010). *Og eg ser på deg*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Addams, J. (1905/2009). *Democracy and Social Ethics*. New York: Macmillan company/
Charleston: BiblioLife.
- Aftenbladet (2006). *Stoltenberg vil ha mer rock'n'roll i eldreomsorgen* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.aftenbladet.no/nyheter/politikk/Stoltenberg-vil-ha-mer-rock8217n8217roll-i-eldreomsorgen-2155876.html#.Uq2E8WTuIXI> [Lest 15.oktober 2013].
- Amnesty International (2013). *Amnestys metode* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.amnesty.no/om-amnesty/amnestys-metode> [Lest 10.oktober 2013].
- Andersen, T. H. (2011). Det er slik livet er. Perspektiver fra et forskningsprosjekt om menn som primære omsorgspersoner for partner/ektefelle med betydelig omsorgsbehov. *Senter for omsorgsforskning, rapportserie nr. 1*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste [Internett] Tilgjengelig fra: http://brage.bibsys.no/hig/bitstream/URN:NBN:no-bibsys_brage_21680/1/sammensatt_sfo_rapport012011.pdf [Lest 20.oktober 2013].
- Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Baklien, B. og Y. Carlsson, Y. (2000). Helse og kultur. *Norsk institutt for by og regionsforskning (NIBR) prosjektrapport nr. 11* Tilgjengelig fra: <http://www.nibr.no/filer/2000-11.pdf> [Lest 08.august 2013].
- Berg, G. V. (2012). Eldre sykehuspasienter – helsefremmende tenkning i sykehuset en utfordring for sykepleien. I Gammelsvik, Å. og T. Larsen, (red.): *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget, s. 121-138.
- Bergem, K.V og G. M. Ekeløve-Syldal (2009). Menneskerettighetenes historie. I Bergem, K. V., B. Ekeløve-Syldal og G. M. Ekeløve-Syldal (red.). *Menneskerettigheter – en innføring*. Oslo: Humanist forlag, s. 35-65.
- Beyer, C. og H. F. Pizer (2007). *Public health & human rights* Baltimore USA: The Johns Hopkins University Press.

Brodtkorb, E. og Rugkåsa (2009) *Mellom mennesker og samfunn*. Oslo: Gyldendal akademisk

Bronfenbrenner, U. (1979) *The ecology of human development* Cambridge, Massachusetts, and London England: Harvard university press.

CESCR (1995). Comitee on economic, social and cultural rights *The economic, social and cultural rights of older persons* General Comment No. 6 1995 [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/482a0aced8049067c12563ed005acf9e?Opendocument> [Lest 08.oktober 2013].

CESCR (2000). Commitee on economic, social and cultural rights *The right to the highest attainable standard of health* General Comment No.14 2000 [Internett] Tilgjengelig fra: [http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/E.C.12.2000.4.En](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/E.C.12.2000.4.En) [Lest 23.november 2013].

Croos, C. O. (2001). *Forholdet mellom eldreomsorg og menneskerettigheter: En litteraturgjennomgang*. Oslo: Prosjektoppgave i medisin, Universitetet i Oslo.

Cuypers, K., S. Krogstad, T. L. Holmen, M. Skjei Knudtsen, K. O. Bygren og J. Holmen (2012). Patterns of receptive and creative cultural activities and their association with perceived health, anxiety, depression and satisfaction with life among adults: the HUNT study, Norway. *Journal of epidemiology and Community health* Aug; 66(8):698-703.

Ekeløve-Slydal, G (2009). "Hva er menneskerettigheter". I Bergem, K. V., B. Ekeløve-Syldal og G. M. Ekeløve-Syldal (red.). *Menneskerettigheter – en innføring*. Oslo: Humanist forlag, s. 13-35.

Fangen, K. (2008). *Deltagende observasjon*. Bergen: Fagbokforlaget.

Farmer, P. og Gastineau, N (2005). Rethinking health and human rights. I Gruskin, S., M. A. Grodin, G. Annas og S. P. Marks. *Perspectives on health and human rights*. New York, USA: Taylor & Francis group LLC, s. 73-94.

Fermann, T. og G. Næss (2013). Eldreomsorg i hjemmesykepleien. I Kirkevold, M. K. Brodtkorb, A. H. Ranhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 196-218.

FN (2013) Internasjonal konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter [Internett] Tilgjengelig fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-oekonomiske-sosiale-og-kulturelle-rettigheter> [Lest 19.november 2013].

- Fossland, T. og K. Thorsen (2010). *Livshistorier i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Garsjø, O. (2003). *Institusjon som hjem og arbeidsplass* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Garsjø, O (2008). *Institusjonssosiologi* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Goffman, E. (1959/1990). *The presentation of self in everyday life*. London, England: Penguin Books.
- Green, J. og K. Tones (2010). *Health promotion* London, Sage Publications Ltd.
- Gruskin, S. og D. Tarantola (2005). Health and Human Rights. I Gruskin, S., M. A. Grodin, G. Annas og S. P. Marks. *Perspectives on health and human rights*. New York, USA: Taylor & Francis group LLC, s. 3-57.
- Gruskin, S., M. A. Grodin, G. Annas og S. P. Marks (2005). *Perspectives on health and human rights*. New York, USA: Taylor & Francis group LLC.
- Gullestad, M. (1987). *Kitchen-table society* Oslo: Universitetsforlaget.
- Hammersley, M. og P. Atkinson (2010). *Feltmetodikk. Grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hauge, S. (2004). *Jo mere vi er sammen jo gladere vi blir? – ein feltmetodisk studie av sjukeheim som heim*. Doktorgradsavhandling. Oslo: Ins. For sykepleievitenskap og helsefag UiO.
- Hauge, S. (2013). Sykepleie i sykehjem. I Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006). *Mestring, muligheter og mening*. St.meld. nr. 25 (2006). Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> [Lest 10. november 2013].
- Helse- og omsorgsdepartementet (2008). *Omsorgsplan 2015*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/helse-og_omsorgstjenester_i_kommunene/omsorgsmeldingen.html?id=115224 [Lest 10. november 2013].

Helse- og omsorgsdepartementet (2010). *Forskrift om en verdig omsorg (verdighetsgarantien)*
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet [Internett] Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/lover_regler/forskrifter/2010/Forskrift-om-en-verdig-eldreomsorg-verdighetsgarantien.html?id=624655 [Lest 10. november 2013].

Helse- og omsorgsdepartementet (2012-2013). *Morgendagens omsorg*. St. meld. nr. 29 (2013).
Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013.html?id=723252> [Lest 27. Oktober 2013].

HIST (2013). Høyskolen i Sør-Trøndelag. *Livsglede i lange baner*. [Internett] Tilgjengelig fra:
<https://hist.no/content/55876/Livsglede-i-lange-baner> [Lest 27. oktober 2013].

HRW (2013) Human rights watch - *Our experts* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.hrw.org/our-work/experts> [Lest 04. april 2013].

Høstmælingen, N. (2004). *Internasjonale menneskerettigheter*. Oslo: Universitetsforlaget.

Høstmælingen, N. (2010). *Hva er menneskerettigheter?* Oslo: Universitetsforlaget.

Høstmælingen, N. og G. Ekeløve-Slydal (2009). Rettigheter i samfunnsdebatten. I Bergem, K. V., B. Ekeløve-Syldal og G. M. Ekeløve-Syldal. *Menneskerettigheter – en innføring*. Oslo: Humanist forlag.

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

Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Kirkvold, M. (2013a). Gammel og syk. I Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 23-28.

Kirkvold, M. (2013b). Hjerneslag. I Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk. s. 406-417

Järvinen, M. og Mik-Meyer, N. (2005). Observationer i en interaktionistisk begrepsramme. I Mik-Meyer, N. og M. Järvinen. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag, s. 97-129.

- Kvale, S. og S. Brinkmann (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Levin, I. (2006). *Hva er sosialt arbeid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Levin, I. og J. Trost (2005). *Hverdagsliv og samhandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- LFE (2011) *Veileder - Hvordan bli et Livsgledesykehjem* Trondheim, Fagtrykk.no.
- LFE (2013a) Livsglede for eldre – *Om stiftelsen Livsglede for eldre* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/om-oss.html> [Lest 04. april 2013].
- LFE (2013b) *Erna Solberg så ut til å kose seg på besøket i Lyngdal* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.livsgledeforeldre.no/lyngdal/1894-erna-solberg-sa-ut-til-a-kose-seg-pa-besoket-i-lyngdal.html> [Lest 27.oktober 2013].
- LFE (2013c) Livsglede for eldre – *Akershus* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.livsgledeforeldre.no/akershus.html> [Lest 19.november 2013].
- LFE (2013d) Livsglede for eldre – *Aust-agder* [Internett] Tilgjengelig fra: <https://www.livsgledeforeldre.no/aust-agder.html> [Lest 19.november 2013].
- LFE (2013e) Livsglede for eldre – *Buskerud* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/buskerud.html> [Lest 19.november 2013].
- LFE (2013f) Livsglede for eldre – *Finnmark* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/finnmark.html> [Lest 19.november 2013].
- LFE (2013g) Livsglede for eldre – *Hedmark* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/hedmark.html> [Lest 19.november 2013].
- LFE (2013h) Livsglede for eldre – *Hordaland* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/hordaland.html> [Lest 19.november 2013].
- LFE (2013i) Livsglede for eldre – *Møre og Romsdal* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/more-og-romsdal.html> [Lest 19.november 2013].
- LFE (2013j) Livsglede for eldre – *Nord- Trøndelag* [Internett] Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/nord-trondelag.html> [Lest 19.november 2013].

LFE 2(013k) Livsglede for eldre – *Nordland* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/nordland.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013l) Livsglede for eldre – *Oppland* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/oppland.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013m) Livsglede for eldre – *Oslo* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/oslo-fylke.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013n) Livsglede for eldre – *Rogaland* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/rogaland.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013o) Livsglede for eldre - *Sogn og fjordane* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/sogn-og-fjordane.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013p) Livsglede for eldre - *Sør-Trøndelag* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/sor-trondelag.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013q) Livsglede for eldre – *Telemark* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/telemark.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013r) Livsglede for eldre - *Troms* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/troms.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013s) Livsglede for eldre – *Vest-Agder* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/vest-agder.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013t) Livsglede for eldre – *Vestfold* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/vestfold.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013u) Livsglede for eldre - *Østfold* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/ostfold.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013v) Livsglede for eldre – *Skoler* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/skoler.html> [Lest 19.november 2013].

LFE (2013w) Livsglede for eldre – *Livsgledesykehjem* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.livsgledeforeldre.no/sykehjem.html> [Lest 22.november 2013].

LFE (2013x) Livsglede for eldre – lokalforeninger [Internett] Tilgjengelig fra:
<https://www.livsgledeforeldre.no/lokalforeninger.html> [Lest 15.desember 2013].

Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Mik-Meyer N. og M. Järvinen, M. (2005). Indledning: Kvalitative metoder i et interaksjonistisk

Mokhiber, C. G (2005). Toward a Measure of Dignity. I Gruskin, S., M. A. Grodin, G. Annas og S. P. Marks. *Perspectives on health and human rights*. New York, USA: Taylor & Francis group LLC, s. 379-383.

Mæland, J. G. (2009). *Forebyggende Helsearbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.

Nordhus, I. H, A. Skjerve og H. S Aasen (2006). Demens, samtykkekompetanse og rett til selvbestemmelse – utfordringer ved behandling og forskning. I *Nordisk tidsskrift for menneskerettigheter* vol. 24, nr 4 Universitetsforlaget 2006, s. 362-371.

NOU 2011:11 *Innovasjon i omsorg* [Internett] Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/2011/nou-2011-11.html?id=646812>

[Lest 03.april 2013].

Romøren, T. I. (2013). Pasient- og omsorgsforløp. I Kirkevold, M., K. Brodtkorb og A. H. Ranhoff (red.). *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal akademisk, s. 69-74.

Silverman, D. (2000). *Doing qualitative research*. London: SAGE Publications.

Storbråten, O. M. (2013). *Livsglede-sprederne feiret jubileum*. Odalsnytt 18.09.2013, [Internett] Tilgjengelig fra: http://www.odalsportalen.no/artikler/2013/september/livsglede_2013-09-18.asp [Lest 22.november 2013].

Svensson, R. (2009). *Samfunn, medisin, sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.

Thagaard, T. (2004). *Systematikk og innlevelse*. Bergen: Fagbokforlaget.

Thune, G. og A. Stavrum (2012). *Menneskerettighetene i helse- og omsorgssektoren og NAV*. Oslo: Abstrat forlag as.

Tjora, A. og Willis, E. (2006) *På sosiologisk spor – en innføring i sosiologisk forståelse*
Trondheim: Tapir akademisk forlag.

Tvedestrand og Åmli videregående skole (2013). Livsglede for eldre [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.austagderfk.no/Vare-virksomheter/Videregaende-skoler/Tvedestrand-og-Aamli-videregaende-skole/Nyheter-til-forsiden/Livsglede-for-eldre1/> [Lest 22.november 2013].

UNHRC (2013) Background information on the Human Rights Council [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/HRC/Pages/AboutCouncil.aspx> [Lest 10.oktober 2013]

Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK A/S.

Warming, H. (2005). *Erkendelse gennem oplevelse: Når indlevelse ikke er mulig*. I Mik-Meyer, N. og M. Järvinen. *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. København: Hans Reitzels Forlag, s.145-168.

WHO- World Health Organization. (2011a) *The right to health, fact sheet no 31* [Internett] Tilgjengelig fra:
http://www.who.int/hhr/activities/Right_to_Health_factsheet31.pdf [Lest 08.oktober 2013]

WHO – World Health Organization. (2011b) *Linkages between health and human rights*. Tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/hhr/HHR%20linkages.pdf> [Lest 08.oktober 2013]

WHO - World Health Organization.(2011c) *Definition of an older or elderly person* [Internett] Tilgjengelig fra:
<http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/index.html>

[Lest 08.oktober 2013]

Vedlegg

Vedlegg 1: Fremleggingsvurdering til Regional etisk komité (REK)

Vedlegg 2: Tilbakemelding fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

Vedlegg 3: Informasjonsskriv i forbindelse med observasjon

Vedlegg 4: Forespørsel om å delta i intervju - samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Intervjuguide

Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK midt	Øystein Lundestad	73597507	02.07.2013	2013/1177/REK midt
			Deres dato:	Deres referanse:
			23.06.2013	

Vår referanse må oppgis ved alle henvendelser

Geir Kristiansen

2013/1177 Helse, eldre og menneskerettigheter - Livsglede, en menneskerett?

Prosjektleder: Geir Kristiansen

Vi viser til innsendt fremleggingsvurderingsskjema datert 23.06.2013. Søknaden ble behandlet av komiteens leder på fullmakt med hjemmel i helseforskningsloven § 10, jf. forskningsetikkloven § 4.

Bakgrunn og formål:

Prosjektet er del av en masteroppgave i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid ved Høgskolen i Gjøvik. Det ønskes å foreta intervju av eldre om livsglede i sammenheng med aktiviteter de deltar i i regi av stiftelsen Livsglede for eldre og hvordan disse arrangementene bidrar til økt livsglede. Dette skal igjen diskuteres i lys av hvilken betydning livsglede har for å fremme eldres menneskerettigheter.

Forskningsetisk vurdering

Vurderingen er gjort på grunnlag av de innsendte dokumenter. Vi gjør oppmerksom på at dersom det gjøres vesentlige endringer i prosjektplanen, må du sende inn en ny fremleggingsvurdering.

Prosjektet fremstår som forskning, men ikke som medisinsk eller helsefaglig forskning omfattet av helseforskningslovens saklige virkeområde, jf. helseforskningslovens § 2. Studien kan derfor gjennomføres uten nærmere etisk vurdering av REK. Vi minner imidlertid om at dersom det skal registreres personopplysninger, må prosjektet meldes til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD).

Vedtak

Prosjektet er ikke fremleggingspliktig for Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

Klageadgang

Du kan klage på komiteens vedtak, jf. forvaltningslovens § 28 flg. Klagen sendes til REK midt. Klagefristen er tre uker fra du mottar dette brevet. Dersom vedtaket opprettholdes av REK midt, sendes klagen videre til Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag for endelig vurdering.

Vi ber om at alle henvendelser sendes inn via vår saksportal: <http://helseforskning.etikkom.no> eller på e-post til: post@helseforskning.etikkom.no.

Vennligst oppgi vårt referansenummer i korrespondansen.

Med vennlig hilsen

Sven Erik Gisvold
Dr.med.



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

Cathinka Lerstad
Seksjon for helse, teknologi og samfunn
Høgskolen i Gjøvik
Postboks 191
2802 GJØVIK

Vår dato: 03.07.2013

Vår ref:34838 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.06.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

34838	<i>Helse, eldre og menneskerettigheter - Livsglede, en menneskerett?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Gjøvik, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Cathinka Lerstad</i>
Student	<i>Geir Kristiansen</i>

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

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

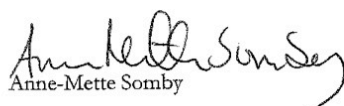
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.04.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Geir Kristiansen, Øvre Tvereggen 54A, 7037 TRONDHEIM

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.svarve@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uio.no

Informasjonsskriv i forbindelse med masteroppgave og deltagende observasjon ved Livsglede for Eldres arrangement

Jeg er masterstudent i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid ved Høyskolen i Gjøvik og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er Helse, eldre og menneskerettigheter - og jeg skal undersøke hvilken betydning Livsglede for eldre (LFE) kan ha for å fremme eldres menneskerettigheter. Oppgaven gjennomføres i dialog og samtykke med Stiftelsen Livsglede for Eldre.

Formålet med masteroppgaven er som nevnt over å sette fokus på helse, eldre og menneskerettigheter. Mer spesifikt, å komme med gode eksempler på hvordan menneskerettigheter kan realiseres - og hvilken betydning menneskerettigheter har for eldre mennesker.

Som en del av masteroppgaven vil jeg bruke deltagende observasjon på noen av arrangementene til LFE. Jeg vil samtale med deltagerne, men jeg vil ikke bruke sitater fra samtalen i oppgaven dersom sitatene kan føres direkte tilbake til deltagerne. Anonymisering er her viktig. Dette fordi det ikke vil være mulig å få samtykkeerklæring i forkant av disse samtalen. Jeg vil med andre ord bruke observasjonene for å fortelle hva som skjer på LFEs aktiviteter, og for å danne meg et bilde av deres virksomhet.

Alle opplysninger fra observasjonen vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og slettes når oppgaven er ferdig, senest 01.04.2014.

I ettertid vil jeg komme tilbake til sykehjemmene for å spørre om noen av beboerne vil kunne tenke seg å være informanter, og fortelle om hvordan de opplever LFEs virksomhet. Jeg vil da sende samtykkeerklæring på vanlig måte før samtalen.

Hvis det er noe dere lurer på kan dere ringe meg, Geir Kristiansen, på telefonnummer: **90618497**, eller sende en e-post til geir.kristiansen@hig.no. Dere kan også kontakte min veileder Cathinka Lerstad på Høyskolen i Gjøvik, telefonnummer: 61135386 eller mail: cathinka.lerstad@hig.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen,
Geir Kristiansen,
Øvre Tvereggen 54A,
7037 Trondheim

Masterstudent i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid - Høyskolen i Gjøvik.

Forespørsel om å delta i intervju i forbindelse med en masteroppgave

Jeg er masterstudent i helsefremmende lokalsamfunnsarbeid ved Høyskolen i Gjøvik, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er helse, eldre og menneskerettigheter - og jeg skal undersøke hvilken betydning Livsglede for eldre (LFE) kan ha for å fremme eldres menneskerettigheter. Oppgaven gjennomføres i dialog og samtykke med Stiftelsen Livsglede for Eldre.

Formålet med masteroppgaven er å sette fokus på helse, eldre og menneskerettigheter. Mer spesifikt, å komme med gode eksempler på hvordan menneskerettigheter kan realiseres - og hvilken betydning menneskerettigheter har for eldre mennesker.

Jeg er interessert i eldres forhold til LFEs aktiviteter og ønsker derfor å gjennomføre livshistorieintervju med 4-6 eldre. Samtalen vil dreie seg om betydningen av LFEs aktiviteter og hvordan eldre opplever dette aktivitetstilbudet.

Jeg vil bruke 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 jeg ikke bruke noe av det du sier i oppgaven min.

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 01.04.2014.

Hvis det er noe du lurer på kan du ringe meg Geir Kristiansen på telefonnummer: **90618497**, eller sende en e-post til geir.kristiansen@hig.no Du kan også kontakte min veileder Cathinka Lerstad på Høyskolen i Gjøvik telefonnummer: 61135386 eller mail: cathinka.lerstad@hig.no

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen,
Geir Kristiansen, Øvre Tvereggen 54A, 7037 Trondheim,
masterstudent helsefremmende lokalsamfunnsarbeid - Høyskolen i Gjøvik.

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien.

Signatur

Telefonnummer.....

Intervjuguide

Jeg er student ved Høyskolen i Gjøvik og jobber med en masteroppgave om Livsglede for eldre, særlig er jeg interessert i eldre, menneskerettigheter og helse. Jeg ønsker i denne sammenhengen å få bedre innsikt i de eldres situasjon i dagens samfunn. Oppgaven gjennomføres i dialog og med samtykke fra Siftelsen Livsglede for eldre.

Spørsmål:

1. Kan du fortelle meg hvordan det har vært for deg fra du kom i kontakt med Livsglede for eldre og frem til i dag?

Jeg vil helst at informantene skal snakke fritt og jeg vil sitte og høre på. Jeg noterer underveis dersom det er ting jeg vil komme tilbake til. I utgangspunktet snakker informantene så lenge de vil.