

HVOR ØNSKER PLEIEAVHENGIGE ELDRE Å BO?

En undersøkelse om hvilken sammenheng det kan være mellom boønsker og boforhold, fysisk funksjonsevne, psykisk velvære, sosiale forhold og mestringsevne



Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag

Sykepleievitenskap

Høsten -2001

Arne Leland

Det medisinske fakultet og Det psykologiske fakultet
Senter for etter- og videreutdanning
Universitetet i Bergen

Sammendrag

Denne undersøkelsen tar utgangspunkt i et større doktorgradsprosjekt med tittelen: ”Mestringsressurser og mestringsevne hos pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste. I undersøkelsen har 242 respondenter blitt spurt om ulike forhold angående sin hjemmesituasjon.

Denne undersøkelsen setter fokus på den Eldres bosituasjon. En har spesielt vært opptatt med hvor de eldre ønsker å bo både ut fra den situasjon de var i, og med utgangspunkt i et eventuelt framtidig økt hjelpebehov. Bakgrunnen for undersøkelsen er at en ved økt alder ofte vil få redusert funksjonsevne. Mange vil bli alene og det kan være vanskelig å klare seg i egen bolig. Undersøkelsen setter fokus på eldreomsorg og boligpolitikk. I ulike stortingsmeldinger tar en til orde for at eldre må få bo der de ønsker. Tidligere undersøkelser har vist at bolig, det å bo sammen med noen og det å kunne få kommunal helsetjeneste er viktige faktorer for å kunne klare seg i eget hjem.

Undersøkelsen viser at de fleste ønsker å bo der de bor uansett bolig. På spørsmål om framtidige boønsker ved økt hjelpebehov fremkommer det ulike boønsker. De fleste ønsker også å bo i sine hjem ved et framtidig stort hjelpebehov, men det er kun ¼ som sier de vil bo hjemme uansett. Nesten ¼ av de eldre ønsker å bo i institusjon hvis de får et stort hjelpebehov. En har i denne undersøkelsen sett på om det er sammenheng med bestemte faktorer og boligønskene.

Boligtype, dette å bo i tungvinte boliger, opplevelse av at bolig gir frihet og styring, og dette at institusjonstilværelse virker skremmende gir statistisk signifikant korrelasjon med framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. Når det gjelder de sosiale forhold som er undersøkt, er det spesielt nabolag som påvirker framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. Det er en statistisk signifikant korrelasjon mellom psykisk velvære, mestringsevne og framtidig boønsker ved stort hjelpebehov når en ser på de som ønsker å bo hjemme uansett og de som ønsker å bo i institusjon.

Forord

I forberedelsen til å velge tema og problemstilling til hovedfagsoppgave var jeg opptatt med ulike sider av sykepleiefaget. Jeg har arbeidet innen den kommunale helsetjeneste, spesialisthelsetjenesten, og de siste årene i sykepleierutdanningen. På alle disse områdene har jeg møtt problemstillinger som jeg har ønsket å fordype meg i.

Hans Inge Sævareid ønsket i sitt doktorgradsprosjekt å forske på mestringssevne og mestringsressurser hos pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste. Dette var et stort prosjekt der det var behov for flere personer som kunne være med å samle data. Fem hovedfagsstudenter ble spurt om å være med på prosjektet, og vi fikk da anledning til å bruke deler av denne undersøkelsen til eget hovedfagsarbeid.

Det har vært svært lærerrikt å være med på en slik undersøkelse, og jeg har fått anledning til å møte mange interessante eldre mennesker som opplever alderdommen på forskjellig måte. Det var i utgangspunktet ikke lett å velge hva en skulle fokusere på i egen hovedfagsoppgave. I møte med eldre pasienter opplevde jeg at betingelsene og forutsetningene for å klare seg i eget hjem var svært forskjellig, men det så ikke ut til å være noen sikker sammenheng mellom funksjonsevne, sosial støtte, bosituasjon og ønske om å bo i eget hjem. Det ble derfor interessant å finne ut om hvordan eldre ønsket å bo og se om det var bestemte faktorer som påvirket boønskene og bomulighetene.

Når en går i gang med et hovedfagsarbeid er det viktig å ha ressurspersoner som en kan rådføre seg med. Det har vært nyttig og interessant å samarbeide med prosjektgruppen som har bestått av Marthe, Magnhild, Arild, Elsebeth (en kort periode) og Hans Inge. En spesiell takk til Hans Inge som har stått for prosjektet, stilt nyttige spørsmål og vist vei.

En spesiell takk rettes også til min veileder Margareth Bondevik som har gitt nødvendig veiledning og kommentarer. Når arbeidet ble vanskelig ga hun viktig støtte og hjelp. Jeg vil også rette en takk til SEVU ved Eva Gjengedal, Hedis Alvsvåg og Bjørg Hildeskaar. En takk må også rettes til HIA ved Avdeling for helse og idrett som har gjort det mulig å ta dette studiet ved siden av arbeidet på høgsolen.

Arne Leland 28.10.01

Innholdsfortegnelse

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn	1
1.2 Hensikt med undersøkelsen.....	5
1.3 Oppbygging av oppgaven	6
2.0 VITENSKAPSTEORETISK OG SYKEPLEIEFAGLIG STÅSTED	7
2.1 Vitenskapelig kunnskap.....	7
2.2. Sykepleieforskning	9
2.3 Helhetperspektiv og systemteoretisk utgangspunkt	10
2.4 Implikasjoner for sykepleien	12
3.0 BOØNSKER OG BOMULIGHET	14
3.1 Egen bolig – eget hjem.....	14
3.1.1 Verdien ved å ha eget hjem – egen bolig.....	14
3.1.2 Boforhold og bosituasjon sett i historisk perspektiv.....	16
3.2 Egnen bolig	17
3.2.1 Egen bolig	18
3.2.2 Tilrettelagt bolig.....	19
3.2.3 Institusjonsbolig.....	20
3.3 Er egen bolig alltid best?	22
4.0 TEORETISK REFERANSERAMME	23
4.1. Aldring	23
4.1.1 Daglig gjøremål (ADL- funksjoner).....	24
4.1.2 Biologiske endringer	25
4.1.3. Psykososiale endringer.....	27
4.1.4 Sosiale aldringsteorier	30
4.2. Antonovskys` teori om salutogenese og mestring.....	32
4.2.1 Salutogenese.....	33
4.2.2. Antonovskys mestringsteori	33
4.3 Det sosiale nettverk	37
4.3.1 Behov for sosial kontakt.....	38
4.3.2 Ensomhet.....	39
4.3.3. Det uformelle sosiale nettverk.....	40
4.3.4 Det formelle nettverk.....	42
4.3.5 Sosial støtte	44

5.0 TIDLIGERE RELEVANT FORSKNING.....	47
5.1 Aktuell forskning om eldres bønnsker.....	47
5.2 Forskning om sammenheng mellom bønnsker/bomulighet og funksjonsevne, psykisk velvære, boforhold, sosiale forhold og mestringsevne.....	49
6.0 FORSKNINGSSPØRSMÅL OG HYPOTESER.....	54
6.1. Bakgrunnsvariabler	54
6.2 Bønnsker	54
6.3 Boforhold	55
6.4 Sosiale forhold	55
6.4.1 Uformelt sosialt nettverk	55
6.4.2 Formelt sosialt nettverk.....	56
6.4.3 Opplevelse av sosial støtte	56
6.5 Fysisk funksjonsnivå og psykisk velvære.....	56
6.6 Mestringsevne.....	57
7.0 METODE	58
7.1 Surveydesign.....	58
7.2 Utvalg	59
7.3 Instrument	60
7.3.1 Variabler og indekser som inngår i analysen.....	60
7.4 Validitet og reliabilitet	65
7.5 Etske overveielser.....	67
7.6 Praktisk gjennomføring av undersøkelsen.....	68
7.7 Databehandling og statistiske analyser	69
7.7.1 Databehandling.....	69
7.7.2 Statistiske analyser	70
8.0 PRESENTASJON AV DATA	74
8.1 Beskrivelse av utvalget.....	74
8.1.1 Alder, kjønn , sivilstand og familieforhold:	74
8.1.2. Utdanning, yrke, økonomi og bolig.....	75
8.2 Bønnsker	76
8.3 Boforhold	77
8.3.1 Univariate analyser	77
8.3.2 Bivariat analyse	80

8.4 Sosiale forhold	81
8.4.1 Det uformelle nettverk.....	81
8.4.2 Det formelle nettverk.....	83
8.4.3 Sosial støtte	84
8.5 Fysisk funksjonsnivå og psykisk velvære.....	86
8.5.1 Fysisk funksjonsnivå	86
8.5.2 Psykisk velvære.....	87
8.6 Mestringsevne	88
9.0 DRØFTING	91
9.1. Metodekritikk.....	91
9.2 Drøfting av forskningsspørsmål og hypoteser.	94
9.2.1 Hvor ønsker eldre pleieavhengige å bo?.....	94
9.2.2 Boforhold	98
9.2.3 Sosiale forhold.....	100
9.2.4 Fysisk funksjonsevne og psykisk vevære.....	106
9.2.5 Mestringsevne	109
9.3 Konsekvenser for sykepleien	111
10.0 KONKLUSJON	114
10.1 Oppsummering	114
10.2 Videre forskning.....	116
LITTERATURLISTE	117

1.0 INNLEDNING

En vil i dette kapittelet gi en bakgrunn for valgt tema og problemstilling i denne hovedfagsoppgaven. Hensikten er først og fremst å vinne ny kunnskap om eldre pleieavhengiges bosituasjon. Dette utdypes i et eget punkt i innledningen. Det gis videre en begrunnelse for hvordan oppgaven er oppbygd.

1.1 Bakgrunn

Aldersgruppen eldre over 67 år utgjør ca. 14% (ca. 620 000) , mens andelen eldre over 80 år utgjør ca. 4,2 % (188 000) (Statistisk sentralbyrå, 1999). Befolkningssammensetningen vil sannsynligvis endre seg noe i årene fremover, og et typisk trekk er at andelen eldre øker. Beregninger som Statistisk sentralbyrå har utført går ut på at det ved år 2050 vil være mellom 875 000 og 1249 000 eldre over 67 år (NOS, C 414, 1996). Selv om de fleste eldre er friske og klarer seg selv, er det en sammenheng mellom alder, helse og funksjonssvikt. Gulmann (1992) beskriver et paradoks når følgende uttales: ”De fleste gamle er ikke syke, men de fleste syke er gamle”. Ved nedsatt funksjonsevne vil muligheten til å klare seg selv bli redusert og det kan bli vanskelig å bo i egen bolig. Et sentralt spørsmål i dagens eldrepolitikken er : Hvordan kan vi sørge for at eldre pleieavhengige har gode og trygge boforhold tilpasset den enkeltes behov?

I 1999 var det ca. 43.250 plasser i institusjon for eldre og funksjonshemma, av disse var det ca. 35.700 plasser i sykehjem. Antall sykehjemsplasser hadde økt med ca. 900 fra 1998, mens tallet på aldershjemsplasser hadde gått ned, og ved utgangen av 1999 var det ca. 6 800 plasser i aldershjem (Statistisk sentralbyrå, 2000). Av de ca 37 700 rommene i institusjoner var ca 85% enerom. I overkant av 74% av beboerne var over 80 år, og ca 87% var innskrevne på langtidsopphold (over 3 måneder). I handlingsplanen for eldreomsorg er det lagt opp til en dekningsgrad i sykehjem på 25 plasser per 100 personer over 80 år (St. meld. nr. 50 1996 – 1997). På slutten av – 90 tallet har det vært en markert økning på pleie- og omsorgsboliger, og i 1999 var det registrert ca. 44 400 omsorgsboliger i Norge (Statistisk sentralbyrå, 2000), ca. 41,5% av de som bodde i slike boliger var over 80 år. De aller fleste eldre bor i egne boliger og klarer seg selv, men det er en generell økning i personer som mottar hjelp fra den

kommunale helsetjeneste, og i 1999 var det registrert i overkant av 157 000 personer som mottok slik hjelp, ca 70% av disse var over 74 år (Statistisk sentralbyrå,2000).

Det å få bo hjemme vil være en livskvalitetsfaktor (Daatland, 1988, Ojala 1989). Det må derfor være et mål at den eldre pleietrengende kan bo hjemme så lenge som mulig , og at den kommunale helsetjeneste har dette som en målsetting. I Lov om helsetjenesten i kommunen § 1-1 står det: ”Landets kommuner skal sørge for nødvendig helsetjeneste for alle som bor eller midlertidig oppholder seg i kommunen.” Mange eldre har et hjelpebehov og har problemer med å klare seg selv i egen bolig (Karoliussen og Smebye,1997). På begynnelsen av 1980 – tallet ble det hevdet at det var behov for en ny ideologi i eldreomsorgen (NOU nr. 10,1982). En skulle i størst mulig grad unngå permanent innleggelse i sykehjem, og sykehjemmene ble mer innrettet på korttidsopphold, dagtilbud og rehabilitering. I den offentlige utredningen kom det fram ulike målformuleringer. Odelstingsproposisjon nr. 48 (1985 –86) understreker at hovedmålsettingen i eldreomsorgen må være at eldre gis mulighet til å bo i sine egne hjem så lenge som mulig. Dette kommer også fram i regjeringen Brundtland’s fireårig handlingsplan for eldreomsorg når det skrives: ”Et hovedmål er at eldre skal kunne bo i sine egne hjem så lenge som mulig” (St. meld. nr. 50 1993-1994 s 5). I Stortingsmelding nr. 68 (1984-85 s 43) formuleres målet noe annerledes når det skrives: ”I dag har vi som mål i eldreomsorgen at de eldre skal kunne leve i eget hjem så lenge det er ønsket, og så lenge det er mulig med rimelig innsats av offentlig tjeneste til hjemmene.” I formuleringen, ”så lenge det er ønsket”, fokuseres det på den Eldres ønske, mens i den andre formuleringen settes det fokus på mulighetene til å bo i egen bolig. Disse målene kan være sammenfallende, men det kan oppstå problemer når den Eldres boønsker er forskjellig i forhold til hjelpeapparatets muligheter. Disse målformuleringene er opptatt med hvilke boønsker den eldre har og hvilke muligheter som finnes for den eldre til å bo i egen bolig.

Fløistad (2000, s 61) understreker hjemmet og boligens betydning når han skriver:” Det er særlig nødvendig å ta i betraktning to ting, huset man bor i som sentrum og utgangspunkt for hele ens stedsopplevelse, og ikke minst, ens egen og stedets historie. Det gjør begge ens bolig til en del av en større sammenheng ”. Daatland viser i sin rapport (Daatland, 1987) at det betyr svært mye for mange å bli boende i boligen og i det strøket de kjenner. Det som betyr mest er at en kan bo for seg selv . Dette blir understreket både av de som var selvhjulpne og av de som var avhengige av hjelp i dagliglivet. Bosted og boforhold vil være sentrale velferdskomponenter i alle aldre, og antakelig øker dets betydning med alderen som et resultat

av at eldre normalt tilbringer mer av tiden sin hjemme (Daatland, 1988, Ojala, 1989). Hjemmebasert omsorg vil også i større grad gi den pleietrengende større grad av kontroll og selvbestemmelse (Aas, 1999).

Mange vil hevde at det offentlige tar det som en forutsetning at eldre pleietrengende ønsker å bo i egen bolig selv om de har sviktende helse (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1999). Disse forfatterne stiller spørsmål om den eldre pleieavhengige virkelig ønsker å bo i egen bolig når helsa blir dårlig. I følge Alvsvåg (1989) vil mange eldre ha "et bedre liv" på sykehjem/aldershjem framfor å bo hjemme med store hjelpebehov. Det blir understreket at "institusjonsomsorgen" kan i større grad gi pleiemessig og sosial trygghet enn hjemmebasert omsorg. En del eldre opplever ensomhet, sosial isolasjon og utrygghet i eget hjem, og ønsker institusjonsplass fordi hjemmetilværelsen er vond og vanskelig. I en undersøkelse blant personer over 60 år svarte 44% "Ja, absolutt" på spørsmål om de kunne tenke seg å flytte til sitt lokale sykehjem når de blir gamle, 35% svarte "Ja, men helst ikke", mens bare 19% svarte "Nei" (Daatland, 1994). En kan stille seg spørsmålet: Er det slik at eldre sterkt pleietrengende egentlig ønsker å bo på institusjon fordi institusjonsomsorgen i større grad enn den hjemmebaserte omsorg kan gi trygghet og sosialt fellesskap?

Ved at sykehjemmene i større grad blir innrettet på å gi kortidsopphold, vil den eldre pleieavhengige få mulighet til både å bo i egen bolig og på sykehjem. Kortidsopphold på sykehjem har en tosidig målsetting. Det ene vil være å gi den eldre et større pleie- og omsorgstilbud for en kortere periode, det andre vil være å gi pårørende en form for avlastning. Det er gjort få undersøkelser på om dette er en ønsket bosituasjon for den eldre, og mange vil mene at dette er en botilværelse som vil føre til at den eldre stadig er på flytting. Pasienter som får tilbud om slike ordninger, har ofte et redusert fysisk og psykisk funksjonsnivå, og slike endringer i bosituasjonen kan medføre økt forvirringstilstand (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1999).

Det kan være ulike årsaker til at den eldre pleieavhengige ønsker å bo i egen bolig. Hovedgrunnen vil ofte være at det å bo i egen bolig og det å ha et eget hjem gir trivsel og velvære, og det å flytte til institusjon kan virke skremmende. Utgangspunktet for å satse på hjemmebasert omsorg har først og fremst sin bakgrunn i den eldre eget ønske om å bo hjemme. Men også ut fra et samfunnsøkonomisk utgangspunkt vil en satsing på hjemmebasert omsorg være riktig. LEON –prinsippet som ble introdusert i St. meld. nr. 9

(1974-75) er blitt et velkjent prinsipp i helsevesenet og betyr at pasienten skal behandles på laveste effektive omsorgsnivå. Det betyr at hvis en pasient får samme kvalitet over omsorgen på to forskjellige omsorgsnivåer, skal pasienten behandles på det nivået som kan gi omsorg til lavest kostnader. Det vil ofte være lettere å vurdere de økonomiske kostnader enn de kvalitetsmessige sider ved omsorgen. I følge Alvsvåg og Tanche-Nilssen (1999) vil det ofte være slik at når motsetningen mellom pasientens ønsker og det økonomisk mulige ikke er åpenbar, vil det økonomisk ha en tendens til å prege eldrepolitikken og ikke pasientens behov og ønsker. For pleie- og omsorgssektoren har det vært en utvikling bort fra institusjonene og over mot enklere løsninger. En av grunnene er blant annet at institusjonsomsorgen som regel vil være mer kostbar enn hjemmebasert omsorg (Aas, 1999, Nygård og Hansvik, 1986, Hestnes og Otterstad, 1998).

Et typisk trekk ved dagens eldrepolitikk er at det satses på utbygging av omsorgsboliger, og nedbygging av aldershjemsplasser (Ergo, 1999). En mener at omsorgsboliger i større grad enn aldershjem kan gi preg av å være et eget hjem for den eldre (Bølstad, 1999). Det kan se ut til at en tar det som en selvfølge at dette er en ønsket situasjon blant de eldre. Bølstad (1999) skriver :

Omsorgsboligen er større, bedre og ikke minst mer verdig enn ”boligdelen” på sykehjemmet. Muligheten til å benytte tekniske hjelpemidler er minst like god. Opplevelsen av privatliv er vesentlig bedre. For pårørende er det hyggeligere å være på besøk. Og for ektepar er det fortsatt mulig å bli boende sammen (Dagbladet 7. sept.).

Men mange hevder at de krav og forventninger som har vært stilt til omsorgsboliger, ikke er blitt oppfylt. Brodtkorp og Wahlstrøm (1999) hevder at beboere i omsorgsboliger lider av mangel på omsorg og mulighet til fellesskap, og at mange blir sittende alene uten at noen tar ansvar.

Når en tar utgangspunkt i at den eldre pleieavhengige ønsker å bo i egen bolig, er en opptatt av at mulighetene skal legges til rette for dette. En er opptatt av de faktorer og forhold som gjør det mulig å bo hjemme på tross av stor funksjonssvikt. Daatland (1990) påpeker at det å bo sammen med noen, å ha en egnet bolig i forhold til funksjonssvikt og det å kunne få hjemmetjenester er viktige ressurser i forhold til dette å greie seg i eget hjem. I følge Måseide (1983) snakker en gjerne om fire generelle vilkår eller forutsetninger for god mestring:

Materielle ressurser, forebyggende institusjoner, tjenlige kvalifikasjoner og sosial støtte. I relasjon til dette å mestre bosituasjonen vil dette bety at boligstandard, økonomi, mulighet til å få hjemmesykepleie, kontakt med formelt og uformelt nettverk og sosial støtte vil være vesentlig faktorer i det å kunne bo hjemme når en er eldre og pleieavhengig. Med begrepet, ”*tjenlige kvalifikasjoner*”, menes blant annet de forutsetninger den enkelte har for å forstå egen situasjon og den mulighet den enkelte har til å takle situasjonen.

1.2 Hensikt med undersøkelsen

Innenfor den hjemmebaserte omsorgstjenesten har en i liten grad arbeidet med systematisk kartlegging av faktorer som medfører omsorgsbehov for hjemmeboende, og det er i liten utstrekning dokumentert hvordan omsorgsbehovene medfører behov for institusjonsinnlegging. Det er lite statistikk tilgjengelig som forteller om funksjonsevne og livskvalitet i den norske befolkning (Laake, 1997). Ettersom så lite av den faglige virksomheten i norsk eldreomsorg er forskningsmessig begrunnet, står en i fare for å utvikle tjenestetilbud som kommer den enkelte bruker lite til nytte. Romøren sier i en kronikk: ”Norsk eldreomsorg er overbelastet med meninger, men lider av fatal mangel på dokumentasjon. Satt på spissen kan man si at myndighetene fører en politikk i blinde” (Aftenposten, 14.05.1997).

Boønsker og boforhold vil sannsynligvis endre seg med samfunsmessige endringer og muligheter. Det blir derfor viktig stadig å foreta undersøkelser for å kartlegge boønsker og bobehov blant eldre pleieavhengige. Denne informasjonen vil kunne gi føringer i forhold til hva som bør prioriteres innenfor botiltak særlig overfor eldre, hvis en skal ta utgangspunkt i eldres boønsker og bobehov. Jeg ønsker i denne undersøkelsen å kartlegge de boønsker eldre pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år har ut fra sin nåværende situasjon og ut fra et eventuelt framtidig økt hjelpebehov.

Et sentralt mål i hjemmesykepleien vil være at forholdene legges til rette for at den eldre pleieavhengige skal kunne bo i egen bolig når dette er ønskelig. Det er derfor av betydning at den kommunale helsetjeneste som offentlig organ og den enkelte sykepleier kjenner til faktorer som er av betydning for å kunne bo i egen bolig når en er eldre og pleieavhengig. Med slike kunnskaper vil en i større grad være i stand til å gi den enkelte et riktig tilbud som

er i samsvar med den enkeltes ønsker og behov. En ønsker derfor også i denne undersøkelsen å se på hvilke sammenhenger det kan være mellom boønsker og boforhold, fysisk funksjonsevne, psykisk velvære, sosiale forhold og mestringsevne.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Dette er en hovedfagsoppgave i sykepleie innen helsefag hovedfag. En ønsker derfor i kapittel to å sette hovedfagsoppgaven inn i en vitenskapsteoretisk og sykepleiefaglig sammenheng. Utgangspunktet for undersøkelsen er de eldre pleieavhengiges boønsker. Det blir derfor sentralt i kapittel tre å se på verdien ved det å ha et eget hjem og se på de bomuligheter som eldre med redusert funksjonsevne har. I kapittel fire ønsker en å se på bestemte faktorer som påvirker bosituasjonen. Målgruppen i denne undersøkelsen er eldre pleieavhengige. En har derfor vektlagt å utdype aldring og konsekvenser av det å bli eldre og få redusert funksjonsevne. I redegjørelsen av aldring vil en komme inn på fysiske og psykiske endringer som kan skje ved økt alder. En har til hensikt å se på om fysisk funksjonsevne og psykisk velvære kan påvirke den eldres boønsker. De andre faktorene som en vil undersøke og som kan influere på den eldres boønsker er boforhold, sosiale faktorer og mestringsevne. Boforholdenes betydning belyses i kapittel to, mens det blir redegjort for mestringsevne og sosiale faktorer i kapittel fire. I kapittel fem vises det til tidligere aktuell forskning omkring problemstillingen. Forskningsspørsmål og hypoteser presenteres i kapittel seks, og i kapittel syv redegjøres det for den metodiske tilnærming som har vært brukt. Data fra undersøkelsen presenteres i kapittel åtte. I drøftingen av resultatene vil en ta utgangspunkt i de ulike forskningsspørsmål og hypoteser. En vil også se på de konsekvenser resultatene kan ha for sykepleie og den kommunale helsetjeneste. Oppgaven avsluttes med en konklusjon der en gjør en generell oppsummering og peker på annen fremtidig forskning som kan belyse tema og problemstilling.

2.0 VITENSKAPSTEORETISK OG SYKEPLEIEFAGLIG STÅSTED

I dette kapitlet vil problemstillingen settes inn i en vitenskapsteoretisk og sykepleiefaglig sammenheng. En kan velge ulike perspektiver i forskningen, og disse vil prege de valg en gjør. Sentrale begreper i forskningen er forskningstradisjon, tilnærming og metode (Ellefsen, 1998). Forskningstradisjon er det mest generelle og omfattende begrepet og omhandler synet på kunnskap, vitenskap og samfunn. Begrepet vil bli klargjort og det gjøres begrunnelser for de valg som gjøres. Det vektlegges et helhetlig perspektiv, systemteoretisk tenkning og det settes fokus på mestring.

2.1 Vitenskapelig kunnskap

Barbosa da Silva og Andersson (1993 s 46) definerer vitenskap som et generelt fenomen på følgende måte: ”Generelt kan vitenskapen defineres som menneskets systematiske undersøkelse av ulike deler eller aspekter av virkeligheten, med den hensikt å vinne kunnskaper som kan nyttes til å kontrollere og forandre menneskets eksistensielle vilkår”. Forskning kan sees på som en systematisk søking etter kunnskaper ved hjelp av vitenskapelig metoder, og vitenskapelig kunnskap er kunnskap som er framskaffet gjennom forskning. Det stilles generelle bestemte krav til all forskning og spesifikke krav til enkeltvitenskapene. (Thurén, 1993).

Kuhn (1977) tar utgangspunkt i at vitenskap er en virksomhet, og at den skjer normalt innenfor det som han kaller et vitenskapelig paradigme. Et paradigme kjennetegnes av hva som gjelder som fakta, hvilken betydning forskjellig fakta skal ha, og hvilke regler som skal gjelde for vitenskapelig arbeid. I følge Kuhn er den vitenskapelige utviklingen diskontinuerlig og sprangvis og ikke en jevn tilnærming til sannheten. Innen humanvitenskapen er det mange som er opptatt av at vi må ha flere paradigmer, ulike tilnærminger, modeller og epistemologier til kliniske problemer (Dean, 1995, Kuhn,1970).

Det å velge perspektiv i forskningen er å ta valg i forhold til paradigmer (Eriksson, 1992). Bugge (1996) understreker betydningen av paradigme når han sier: ” Valg av teori og valg av perspektiv er helt avgjørende for hva man ser og ikke ser.”

Denzin og Lincoln (1994) omtaler fire ulike vitenskapsteoretiske retninger: Positivism, postpositivism, kritisk teori og konstruktivism. Inndelingen gjøres med bakgrunn i ontologi, epistemologi og metodologi. Det kan være vanskelig å gjøre klare vitenskapsteoretiske valg med bakgrunn i denne gruppeinndelingen, da en ofte vil ha en mer sammensatt tilnærming enn det denne inndelingen gir. Dette studiet tar utgangspunkt i den postpositivistiske tradisjon. I den postpositivistiske tradisjon bemerkes følgende i forhold til det ontologiske aspekt: Kritisk realisme, virkeligheten er reell, men kan ikke kjennes direkte, kun delvis og tilnærmelsesvis. En er innforstått med at en ikke kan ha en naiv realisme som i den positivistiske tradisjon. Med naiv realisme menes at virkeligheten er reell og kan kjennes som den er (Cuba og Lincoln 1994).

Det har vært vanlig å skille mellom kvantitativ og kvalitativ tilnærming i forskningen, og da som to motstridende tilnærminger. Tilnærmingen viser til ulike data som har hovedfokus, tall eller tekst, harde data eller ”bløte” data. Den metodiske tilnærming er ofte knyttet til vitenskapstradisjon. Men det er her viktig å skille mellom vitenskapelig metode og vitenskapstradisjon. Kirkevold (1998) mener det nødvendigvis ikke er en klar sammenheng mellom vitenskapsteoretisk ståsted og vitenskapelig metode. Det vitenskapsteoretiske ståsted og metode er på forskjellig abstraksjonsnivå. Hun sier at antakelsen om at kvantitativ metode generelt og statistikk spesielt hører til et positivistisk vitenskapsteoretisk ståsted er en overforenkling.

Barbosa da Silva og Andersson (1993) skiller mellom ”ontologisk reduksjonisme” og ”metodologisk” reduksjonisme. En ontologisk reduksjonisme kan ikke forenes med systemteori og helhetsforståelse som denne studien vektlegger, men metodologisk reduksjonisme begrenser seg til en vitenskapelig metode som anvendes for å forklare en del av helheten. Hypotetisk deduktiv metode kjennetegnes av veksling mellom analyse og syntese, del(induksjon) og helhet (deduksjon), framsetting av hypoteser og testing av hypotesene. I følge Barbosa da Silva og Andersson (1993) er den hypotetisk deduktive tenkning også til stede i hermeneutikken. I følge Dean (1995) trenger en mange modeller, epistemologier og tilnærminger til kliniske problemer. Meleis (1997) hevder at sykepleien er så kompleks at en ikke bare kan ha et paradigme.

I problemstillingen tar en utgangspunkt i at boønskene til den eldre hjemmeboende pleieavhengig er betinget av ulike faktorer. En ønsker å finne ut om det er sammenheng mellom boønskene og de ulike faktorene. Utgangspunktet bygger på at det kan være en sammenheng, men at det bare delvis og tilnærmedesvis kan klargjøres. "Valg av metode trenger ikke å være noe enten eller valg, men bør skje ut fra problemstillingen som en ønsker å belyse" (Holme og Solvang, 1996 s 15).

2.2. Sykepleieforskning

Forskning på sykepleiens områder er av relativ ny dato, og sykepleiefaget er blitt kritisert for ikke å være et vitenskapelig fag med en klar teori (Lerheim, 1998). Men det er i dag stor enighet om at sykepleie både er en praksisdisiplin og et vitenskapelig fag. Florence Nightingale kan betraktes som den første sykepleieforsker. Hun så på sykepleie både som kunst og vitenskap og skrev flere rapporter som hadde bakgrunn i registrerte empiriske data. (Nightingale, 1859/1992). Men det skulle gå mange år før det kom i gang systematisk sykepleieforskning, og i tiden fram til dagens situasjon har det vært reist ulike spørsmål rundt sykepleieforskning, bl.a. hva forskningsfeltet for sykepleieforskning skal være. WHO's ekspertkomite om sykepleie i 1967, mente at sykepleieforskningen kunne klassifiseres i tre kategorier:

- forskning knyttet til sykepleiepraksis
- forskning knyttet til sykepleieservice
- forskning knyttet til sykepleierutdanning

Forskningsens overordnede mål skulle være forbedring av sykepleien. (WHO, 1967). Facwett (1989) sier at sykepleien studerer helheten, eller helsen til mennesker, ut fra erkjennelsen av at mennesket er i et kontinuerlig samspill med sine omgivelser. Både modeller og teorier brukes for å forklare fenomener innen et fag. European Health Committee understreket i 1996 det som WHO's ekspertkomite hadde uttalt, i tillegg ble en enige om at sykepleiere er ansvarlig for at deres tjeneste bygger på forskningsbasert kunnskap. Kim (1989) deler sykepleiens kunnskapsområde inn i fire domener: Klientområde, klient/sykepleierområde, praksisområde og omgivelsesområde. Facwett omtaler dette som sykepleierens

metaparadigmer. Både Kim og Facwett mener det er behov for kunnskapsutvikling innen alle disse områdene. Ved et slikt mangfold av forskningsfelt kan det være behov for et mangfold av vitenskapelige tilnærminger. Ved å utelukke vitenskapelige metoder vil en avvise retninger som kan være med å belyse viktige sider ved et forskningsfelt.

I forhold til klientområdet er en opptatt med mottakeren av sykepleie. En søker kunnskap om menneskelige fenomener i en sykepleiesammenheng. Kim understreker behovet for å utvikle kunnskap om eksistensialistiske fenomener som helse, mestring, håp, velvære, opplevelse av mening, personlig kontroll og autonomi (Kim, 1989). I dette studiet er en opptatt med faktorer som gjør det mulig å bo i eget hjem når en er eldre og pleieavhengige. Sentralt i mestringsstrategi står både ”indre og ytre” ressurser.

Et annet forskningsområde som Kim viser til er omgivelsesområdet. Kunnskap om hvordan fysiske, psykososiale og kulturelle forhold ved omgivelsene virker på pasienten har alltid stått sentralt i sykepleiesammenheng. Studiet har som hensikt å utvikle kunnskaper om hvordan faktorer i omgivelsene virker på dette å mestre å bo i eget hjem. Studiet vil være opptatt med å utvikle kunnskap spesielt på det som Kim kaller klientområde og omgivelsesområde, men kunnskap innen disse felt vil også få konsekvenser for klient/sykepleierområde og praksisområde.

2.3 Helhetsperspektiv og systemteoretisk utgangspunkt

Det er flere sykepleieteorier som vektlegger de tanker som er fremherskende i systemmodelltenkning. Både Parse og Rogers sykepleieteorier har sin bakgrunn i generell systemteori (George, 1985). Studiet er ikke forankret i en spesiell sykepleieteori, men her er vektlagt helhetsperspektiv og systemmodelltenkning. Det å kunne bo i egen bolig når en er pleieavhengig og eldre, er avhengig av mange faktorer der de enkelte faktorer påvirker helheten. De enkelte faktorer vil påvirke mestringsmuligheter ved å bo i eget hjem, derfor vil også dette med mestring stå sentralt i hovedfagsoppgaven.

Sentralt i sykepleien står et helhetlig menneskesyn. Dette perspektiv er gjennomgående i sykepleieforskningen (Meleis, 1997 og Fawcett, 1993). Virkeligheten blir sett på som

multidimensjonal og kontekstavhengig. Det er nødvendig å se delene i sammenheng med helheten, og interaksjonen mellom menneske og miljø er av betydning. En holistisk virkelighetsoppfatning ser på et system som en udelelig helhet. Med dette menes at mennesket betraktes som en enhet av kropp, sjel og ånd. Kirkegaard har sagt det slik sitert i Lauritzen og Schnack (1984, s 112): ”Mennesket er en syntese af det sjælelige og det legemlige, men en syntese er utænkelig, naar de tvende ikke enes i et Tredje. Dette tredje er Aanden”. Monsen (1992, s 10) sier at menneskeånden er ”den samlende, artikulerende vilje og personlighet i et hvert menneske”. Med utgangspunkt i dette perspektiv er mestring betinget av fysiske, psykiske, sosiale og åndelige komponenter. På samme måte vil en funksjonshemming påvirke menneske som helhet der dette kan gi ulike utslag i de dimensjoner som helheten består av. For å undersøke helheten kan en altså undersøke deler av helheten. For å undersøke ønske om å bo i egen bolig kan en likeledes undersøke hvordan boligen, fysisk funksjonsevne, psykisk velvære, sosiale faktorer og mestringsevne påvirker dette ønske.

Det er utviklet ulike teoretiske modeller som prøver å forklare viktige sider ved virkeligheten. (Riehl og Roy, 1980, Meleis, 1997, Facwett, 1989). Modeller deles ofte i følgende hovedgrupper: Utviklingsmodell, interaksjonsmodell, systemmodeller, behovsmodeller og omsorgsmodeller. Innenfor systemmodelltenkning tar en utgangspunkt i systemteori der menneske blir sett på som et system som står i nær relasjon til omgivelsene. Mennesket selv er sammensatt av subsystemer og inngår selv i større suprasystemer. En ser på mennesket som et åpent system som er i kontinuerlig samspill med omgivelsene og der en påvirker og påvirkes av miljøet. I generell systemteori blir det understreket at helheten er mer enn summen av delene (Bertalanffy, 1968). I systemteori er en også opptatt med det som binder delene sammen til en helhet. Dette benevnes ofte som ”the bridges” – bruene. Systemteori bygger på en sammenstillende tankegang, men studier som innbefatter analyse, utelukkes likevel ikke. Det blir vektlagt å sette analysen inn i en større sammenheng. Systemteori utelukker ikke kausalitet, men den bygger først og fremst på et teleologisk syn (i forhold til hensiktsmessighet). Innenfor systemteoretisk tenkning er en opptatt med det homeostatiske prinsipp, at en skal oppnå likevekt. Innenfor en homeostatisk tenkning er en opptatt av at det finnes mekanismer som trer i kraft for å oppnå indre stabilitet eller sørge for at organismene tilpasser seg forandringer. Disse mekanismer fungerer ikke bare på det fysiologiske plan, men også på det psykiske plan (Vesterdal, 1989). Ved redusert funksjonsevne vil det kunne bli vanskelig å klare seg i egen bolig, og en kan oppleve en uro i forhold til bosituasjon. Indre og

ytre faktorer vil avgjøre om det fortsatt blir mulig å bo der en bor eller om en bør flytte til annen bolig for å oppnå stabilitet i sin tilværelse.

Mennesket er omgitt av ytre og indre stressorer og ressurser. Det er ulike belastninger som påvirker mennesket som system. Målet blir å mestre livssituasjonen, og her vil både indre og ytre ressurser kunne skape likevekt. Den pleieavhengige har redusert funksjonsevne og trenger hjemmesykepleie. I tillegg har pasienten indre ressurser i form av mestringsevne og ytre ressurser i form av bolig og sosialt nettverk. I denne oppgaven er en opptatt av dette som et system der det er ulike stressorer og ressurser. Mestring vil være et sentralt begrep og kan i denne sammenheng knyttes til "likevekt". Dette å oppnå likevekt ble tidligere betraktet som en passiv prosess. I senere modeller er tilpasning eller mestring betraktet som en aktiv prosess (Roy, 1984).

2.4 Implikasjoner for sykepleien

Sentralt i sykepleieforståelse står dette å hjelpe pasienten slik at han/hun får dekket sine grunnleggende behov (Orem, 1995). Både Henderson (1966) og Orem (1995) ser på mennesket som aktivt handlende og at en "normalt" vil være opptatt med å utføre handlinger som bidrar til å bevare liv og fremme helse og velvære. Henderson sier i sin sykepleiedefinisjon (i norsk oversettelse):

Sykepleierens særegne funksjon er å hjelpe individet, sykt eller friskt, i utførelse av de gjøremål som bidrar til god helse eller helbredelse(eller en fredfull død), noe det ville ha gjort uten hjelp dersom det hadde hatt tilstrekkelig krefter, kunnskaper og vilje, og å gjøre dette på en slik måte at pasienten gjenvinner uavhengighet så fort som mulig (Henderson, 1961).

De fleste mennesker vil være opptatt med å kunne bo i egen bolig så lenge som mulig (Daatland, 1987). Selv om den pleieavhengige ønsker å bo i eget hjem, vil han eller hun kunne mangle både krefter, kunnskaper og vilje til å mestre en bosituasjon i egen bolig. Travelbee (1971) understreker at sykepleien også retter seg mot familie og samfunn. Mange eldre som har redusert funksjonsevne vil være avhengig av familien for å kunne bo i eget hjem. Derfor vil den sykepleie som utøves i hjemmet også være en hjelp og en bistand til familien slik at de kan ta på seg omsorgsoppgaver. Ved å være opptatt med organisering og

utvikling av den kommunale helsetjeneste kan sykepleieren hjelpe samfunnet til en best mulig helsetjeneste for flest mulig. Den kommunale hjemmesykepleie vil være opptatt med at pasienten skal kunne bo hjemme så lenge som det er ønsket av pasienten. Utgangspunktet for hjemmesykepleien vil vanligvis være at den eldre har helsesvikt eller funksjonssvikt som gjør det vanskelig å dekke grunnleggende behov. Boforhold, sosialt nettverk og mestringsevne vil forsterke eller redusere hjelpebehovet. Ved å være klar over disse faktorenes betydning vil sykepleieren i større grad være opptatt med å kartlegge disse, og vurdere og prioritere hjelpebehovet på en mer riktig måte samt å sette inn de rette ressursene for pasient og pårørende.

Denne undersøkelsen vil kunne gi større faktakunnskaper om den eldre hjemmeboende pasienten slik at en i større grad kan være opptatt med faktorer som er av betydning for å kunne bo i eget hjem. I sykepleien er en opptatt med å gi individuell omsorg preget av et humanistisk menneskesyn. Mennesket er unikt og uerstattelig, lik, men samtidig ulik alle andre mennesker. I eldreomsorgen er en derimot mer opptatt med å se på den eldre pleietrengende som en ensartet gruppe som har like behov når det gjelder boforhold og sosialt nettverk. I studiet vil en kunne kartlegge hvor homogen gruppen er i forhold til de nevnte faktorer og betydningen av disse faktorene.

3.0 BOØNSKER OG BOMULIGHET

De fleste eldre pleieavhengige, hjemmeboende over 75 år som er tilknyttet den kommunale helsetjeneste, vil ha redusert funksjonsevne, noe som ofte vil gjøre bosituasjonen vanskelig. En er opptatt med hvilke bomuligheter og boønsker som disse eldre har. For de fleste vil boligen være en viktig verdifaktor, men betydningen ved dette å ha egen bolig kan variere. Mange vil oppleve at ”vanlig bolig” ikke tilfredstiller de krav en setter til boligstandard når en har funksjonssvikt og redusert helse. Det vil altså være behov for en form for tilrettelagt bolig eller institusjonsplass. I det følgende redegjøres det for disse bomulighetene.

3.1 Egen bolig – eget hjem

Egen bolig er ikke noe ensartet begrep, men innbefatter mange ulike boligtyper som blant annet egen frittliggende bolig, rekkehus, blokkleilighet, omsorgsboliger, trygdeleiligheter og serviceleiligheter. De som ønsker å bo i egen bolig, har det til felles at boligen og hjemmet fremstår som en verdifaktor (Thorsen, 1988 b).

3.1.1 Verdien ved å ha eget hjem – egen bolig

Begrepet hjem rommer ulike aspekter. Som symbol står hjemmet for positive verdier. Thorsen sier (1989) at det å komme hjem ”til seg selv” er å komme til et sted hvor en kan ”være seg selv”. Det å ha kontroll over livet og tilværelsen har stor betydning for de fleste av oss. I den vestlige kulturen er det et viktig ideal å være selvstendig og uavhengig. Det å greie seg selv og ikke være til bry for andre er en høyt verdsatt verdi i vår kultur, og de fleste har et sterkt ønske om å være selvhjulpen også når en blir gammel. Ifølge Gullestad (1989) er hjemmet noe langt mer enn bare et sted hvor vi bor. Hun mener at den sterke tilknytningen til eget hjem er et typisk trekk ved norsk kultur. Innenfor andre kulturer er betydningen av gruppetilhørighet, familiefølelse og familiemedlemmers ansvar for hverandre langt større enn i vår kultur (Jahren Kristoffersen, 1996). Hjemmet innebærer verdier som integrasjon, identitet og mening. Hjemmet er et fortettet symbol for svært mye av det som er viktig for oss. (Gullestad, 1989). Det er symbol på trygghet og nærhet og et fast holdepunkt i tilværelsen. Utformingen av hjemmet, møblement, stil, bilder, alt forteller oss noe om de som bor der. Et hjem er også et fysisk objekt som består av vegger, dører og rom. Dørene markerer

overganger, og nøkkelen er det magiske redskap som bringer oss fra den ene sfæren til den andre. Tingene er midler som markerer vår identitet, gjenstandene viser valg og prioriteringer. Tingene har en praktisk, estetisk verdi og er symboler for oss. (Nørve, 1985). Hjemmet er et sted der en presenterer seg. En av grunntankene ved HVPU reformen var at eget hus og eget hjem skulle være normaliseringsfremmende, selvstendighetsfremmende og identitetsskapende (Solheim, 1996). Grunntanken i NOU nr. 1, 1992(s 19), er at alle skal ha et hjem uansett hvor mye hjelp en trenger: ”Uansett alder, livssituasjon og livsfase er hjemmet en forutsetning for de grunnleggende behov, for privatliv, for personlig liv og intimitet.”. Den som er pleietrengende vil normalt oppholde seg mer hjemme, og mange av pasientene i hjemmesykepleien er hjemme det meste av tida. Rowles og Reinharz (1988) hevder at hjemmet gir kontroll og trygghet, og dette er viktig for mestring hos eldre. Ordtakene :”Borte bra, men hjemme best, og ”mitt hjem er mi borg ”, vitner også om den plass og verdi hjemmet har hatt og fortsatt har. Flittig (1995) understreker at en av de viktigste verdier ved det å bo i eget hjem er selvstendighet og opprettholdelse av kontroll over eget liv. Dette å ha privatliv, å kunne følge egne vaner og døgnrytme uten å måtte innrette seg etter et varierende antall andre personer, blir sett på som helt grunnleggende for bevaring av integritet. Hulsman og Chubon (1989) undersøkte livskvalitet blant pasienter i hjemmesykepleien. Noe av det som betydde mest for pasientene var mulighet for privatliv og forutsigbarhet.

Også bomiljø og naboforhold kan spille en avgjørende rolle i forhold til boønsker og bomuligheter. Hydle (1991 s 276) sier i sin undersøkelse om eldres forhold til egen bolig:

De gamles forhold til egen bolig var langt fra entydig. Det var store forskjeller i vurdering av hva som betydde mest, både i negativ og positiv retning. Likeledes hadde de et differensiert syn på hva de kunne leve med og hva som var umulig å leve med. Boligens standard vurdert fra et bygningsteknisk synspunkt, ble satt opp mot røtter i strøket, hjemstavnsfølelsen, venner, naboer, hygge med katten, osv.

Bolig og boligstrøk har betydning for dette å gi opplevelse av tilhørighet. Det tar tid å utvikle felles kulturtrekk og følelse av å høre til (Slagsvold, 2000). Samhandling legger grunnlag for at felles koder og verdier kan utvikle seg. På den måten utvikler folk sine følelser av samhold (Gullestad, 1979). Thorsen (1988 b) viser til boligens betydning når det gjelder selvoppfatning og identitetsfølelse. Et hjem er ikke bare fysiske omgivelser, men representerer fysisk og sosial tilhørighet, historie og kontinuitet . Boligen symboliserer og bekrefter selvoppfatningen og tilhørighet i sosialgruppe og lokalmiljø. Flytting kan derfor innebære et brudd i eldres identitetsopplevelse (Daatland, 1988). Lang botid kan utvikle et

nabonettverk med gjensidig utveksling av små tjenester. Dette øker tryggheten, ved at en ser til hverandre, stikker innom med avisen og lignende. Kontakten kan være overfladisk, men kan være viktig for trivsel og tilhørighet.

3.1.2 Boforhold og bosituasjon sett i historisk perspektiv

Sett i et historisk perspektiv har eldreomsorg først og fremst vært et familieanliggende. Kårordningen på landsbygda skulle sikre at de eldre kunne bo på sitt hjemsted, bli inkludert i familien og få hjelp og omsorg (Tau og Olsen, 1960). Men det ble også tidlig erkjent at fellesskapet hadde et ansvar for de som falt utenfor det private sikkerhetsnettet, og vi fikk blant annet legdsordninger som skulle sørge for de som var hjelpetrengende og ikke hadde slektninger (Kuhle, 1994). Eldre og fattige fikk midlertidige bosted, og mange hadde en svært nedverdiggende bosituasjon. Townsend (1979) viser imidlertid til at de eldre vanligvis var godt integrert i familielivet fram til mellomkrigsårene. Fra århundreskiftet og fram til 2. verdenskrig økte det kommunale engasjement i eldreomsorgen. Dette engasjement ble først og fremst konsentrert om å gi støtte til menighetenes gamle hjem for senere å opprette egne kommunale institusjoner for eldre (St.meld nr. 22 ,1975-76). Økonomiske vansker begrenset standarden på innredning og forpleining. Den daglige omsorgen var også preget av autoritære holdninger og strengt reglement (Lislerud Smebye, 1997). Etter andre verdenskrig var det stor politisk enighet om å bygg ut velferdsstaten. Hovedmålet med velferdsstaten var å gi økonomisk og sosial trygghet ved sykdom eller manglende inntekt og å fordele velferdsgodene. Bosituasjon og boforhold utgjør et sentralt velferdsgode.

St. meld. Nr 22 (1975 –1976):”Om de eldre i samfunnet”, har hatt stor betydning for utviklingen av eldreomsorgen i de senere tiår. Et overordnet mål var at de eldre skulle få bo i sitt hjem og miljø så lenge som mulig, også etter at de var blitt syke. Det ble videre pekt på at eldreomsorgsinstitusjonene i større grad skulle legge til rette for opptrening og aktivisering, og at miljøet skulle være hjemlig og trivelig. Omtrent samtidig ble LEON – prinsippet introdusert (St. meld, nr 9 (1974 –1975). Intensjonene i disse meldingene medførte klare endringer i eldreomsorgspolitikken. Vi fikk en sterk satsing på utbygging av helsetjenesten utenfor institusjon og det ble fokusert på desentralisering og avinstitusjonalisering (Lislerud Smebye,1997). I ”Nasjonal helseplan”, (St. meld. Nr. 41 (1987 –1988) ble det understreket at kommunehelsetjeneste skulle være hovedsatsningsområde framover, med særlig vekt på

forebyggende og variert og samordnet omsorgstilbud til eldre. Sykehjemmet skulle være et hjem for de med sterkt redusert helse og som ikke klarte å bo hjemme. Sykehjemmet skulle i størst mulig grad tilby korttidsopphold i forbindelse med avlastning og rehabilitering. Disse intensjonene ble i stor grad lagt til grunn for den kommunale eldreomsorgen. Det ble satset på hjemmehjelpstjenester slik at den eldre pleietrengende kunne fortsette å bo hjemme (St. meld. nr. 36 1989 –1990). Men med kommuneøkonomien som en viktig rammefaktor, har de kommunale eldreomsorgstilbudene blitt ulike i kommunene (Lislerud Smebye, 1997).

3.2 Egnen bolig

Når det gjelder dette å ha egnen bolig, så er det avhengig av flere forhold: Funksjonsgrad, den eldres krav og forventninger til egen bolig, de pårørendes krav og forventninger, og krav og forventninger som det kommunale hjelpeapparat setter. Det kan være vanskelig å liste opp klare krav til boligen, og disse kravene vil variere med utgangspunkt i de nevnte forhold. Det at de fleste over 67 år er aleneboende (St. meld. 50 1996-1997), forsterker vanskene med å velge bosituasjon. Familiestrukturen har endret seg. Det er mindre vanlig at flere generasjoner bor sammen i samme hus eller geografiske område, og i de tilfeller at generasjonene bor sammen, er det vanlig at begge ektefeller i den yrkesaktive generasjon er ute i arbeid. Det er færre uformelle omsorgsarbeidere (særlig døtre /svigerdøtre) som er hjemme, og som kan yte omsorgstjenester i hjemmet(Daatland, 1994, Otterstad, 1996). Det er en utfordring for kommunene å hjelpe eldre pleietrengende med å få oppfylt sitt boønske. Utgangspunktet for mange eldre er at de ønsker å bo i sin opprinnelige bolig, og de ønsker å oppleve trygghet og vil slippe å være til byrde for familie og venner (Daatland, 1990).

Det at en har funksjonssvikt gjør at en stiller krav om at boligen må være lettstelt, og at det må være enkelt å komme seg fram. Mange vil dessuten ha behov for letthåndterlige hjelpemidler som kan gjøre en mest mulig selvstendig. I en undersøkelse utført av Hovde (1998 s 66) uttalte en mann på 70 år følgende:

Jeg kunne godt tenkt meg en omsorgsbolig. Etter at jeg ble alene er huset blitt for stort. Det er dårlig vedlikeholdt de senere årene, og jeg orker ikke å begynne med oppussing av det. Samtidig har jeg en stor hage som trenger jevnlig stell. Det må være deilig å ha en ny leilighet hvor en kan tilkalle hjelp hvis man trenger det. En får mer tid til andre ting en ønsker å bruke tiden på.

Uttalelsen understreker det mange eldre opplever etter hvert, at boligen ikke lenger er tilpasset de ønsker og behov en har.

Boligen vil kunne representere et sett av verdier, og den kan bli betegnet som egnet til tross for at den er upraktisk. En kan få egnet bolig ved å endre eller gjøre eksisterende bolig mer praktisk eller flytte til en mer tilrettelagt bolig. Utgangspunktet for mange eldre er at de ønsker å bo i sin opprinnelige bolig, de ønsker å oppleve trygghet, og de vil slippe å være til byrde for familie og venner (Daatland, 1990).

3.2.1 Egen bolig

Boligens beskaffenhet kan være en medvirkende årsak til at eldre må flytte på institusjon (Lyng og Mikaelsson, 1986). Daatland skriver i sin rapport (1/1987, s 14): ”Det er velkjent at eldre jevnt over har en dårligere boligstandard enn yngre først og fremst fordi de bebor de eldste og minst moderne boligene”. Daatland viste til at i 1980 var det f.eks 100 000 personer over 70 år som var bosatt i boliger uten innlagt bad og eller WC, og mer enn 36 000 av disse var over 80 år. Som et tiltak for at eldre skulle bo hjemme så lenge som mulig, har en vært opptatt med å bedre boligstandard i den vanlige boligmassen. Husbanken har låne- og tilskudsordninger til utbedring av boliger. I tillegg har lokale boligkontorer og Husbankens distriktsarkitekter spilt en sentral rolle i motivering til utbedring av eldre boliger. De fleste forbedringer har gått på å installere bad og WC samt bedre atkomst til bolig og fjerne terskler inne i boligen (Lauvli, 1999). I følge Sosialt Utsyn (1993) bor de aller fleste eldre i boliger av god og stadig bedre kvalitet. Det er bare noen få prosent som mangler enten bad/dusj eller WC. Det konkluderes med at forbedringen i boligstandard har vært størst i gruppen med lavest standard, og at forbedringen har vært særlig stor blant eldre og middelaldrende enslige. Den positive tendensen i forhold til boligstandard understrekes i Sosialt utsyn (1998). Det som kan bemerkes som negativt i forhold til bolig og boligmiljø, er tilgjengelighet på basistjenester. Særlig i spredtbebygde strøk har andelen med lang vei til dagligvarebutikk økt. I 1995 hadde over halvparten av husholdningene i spredtbygde strøk minst to kilometer til nærmeste dagligvarebutikk.

Levekårsundersøkelsen i 1997 (Statistisk Sentralbyrå, 1999) viser at de fleste eldre over 67 år (som ikke har tilpasset boliger) bor i eneboliger, vertikaldelt og horisontaldelt småhus og

boligblokk. Samme undersøkelse viser at andelen som ønsker å bo i enebolig synker med økende alder. Blant de eldste aldersgruppene øker andelen som ønsker å bo i en liten bolig (Statistisk sentralbyrå, 1998).

I Ojalas undersøkelse (1989) viste det seg at de forhold som en var minst fornøyd med når det gjaldt boligstandard, var slike som mangel på innlagt vann (varmt), toalett, bad/dusj, dårlig oppvarmingsmuligheter, at boligen hadde flere etasjer og var gammel og i dårlig forfatning. Daatland refererer til at i hans undersøkelse om boforhold i Oslo viste det seg at bare halvparten av de intervjuede i gamlebydelen og 40 prosent i drabantbyen kjente seg trygge på at boligen ville være hensiktsmessig når de ble enda eldre og kanskje skrøpeligere (Daatland, 1987). Til tross for gode låne- og støtteordninger har mange kviet seg for å gjøre ombygginger (Bull 1981, Engelstad 1980), og mange har også valgt å flytte fra sin opprinnelige bolig. Dahl og Vogt (1996) påviser i sin undersøkelse at kommunikasjonsmuligheter, lang vei til butikk og trapper innvendig og utvendig i huset er noe av det som kan gjøre boligen uegnet når en har redusert funksjonsevne.

3.2.2 Tilrettelagt bolig

Gulbrandsen og Langsether (1998) har studert flyttemønsteret i befolkningen og funnet at det har vært en økning i flytting i 1990 årene. De har funnet at 20 % av pensjonistene har flyttet. I stedet for å foreta utbedring på eldre boliger har mange foretrukket å flytte til det som kan kalles tilrettelagte boliger. Tilrettelagte boliger ble lansert som et alternativ til institusjoner i Norge midt på 1980 tallet. Disse ble først lansert som "serviceboliger". Ideen om slike boliger ble for en stor del hentet fra Sverige og Danmark der en hadde kommet i gang med et slikt botilbud tidligere (Daatland, 1997). Det brukes ulike betegnelser på tilrettelagte boliger.

Trygdeboliger var en type boliger som en startet med å bygge ut etter andre verdenskrig og var et tilbud til eldre og uføre som hadde dårlig boforhold og som ikke hadde anledning til å skaffe seg bolig på det åpne markedet. Disse boligene var ofte små og lettstelte og betydde en heving av boligstandard, men disse boligene var i liten grad tilrettelagt for personer med redusert funksjonsevne. Utbyggingen trygdeboligene foregikk samtidig som den generelle hjemmetjenesten ble utbygd i kommunene (Lauvli, 1999). På 1980 tallet fikk vi det som ble kalt serviceboliger. Dette var boliganlegg som hadde tilknyttet servicetilbud. Andre

betegnelser som ble brukt var: bo- og servicesenter, aldersboliger, alderspensjonat og lignende. Fra politisk hold ble det oppfordret til å satse på utbygging av alternative boformer (St.meld. nr. 68, 1984-1985). Serviceboliger var først og fremst tilrettelagt for eldre som kunne benytte service- og tjenestetilbudet etter behov. Det var vanligvis ikke tilknyttet fast personell til boligene, men personell var tilgjengelig i større eller mindre deler av døgnet. En vanlig servicebolig hadde to rom kjøkken og bad.

Omsorgsboliger som boligbetegnelse ble innført i første halvdel av 1990 tallet. En så på omsorgsboliger som en mellomløsning mellom brukerens egen opprinnelige bolig og en institusjonsplass (St. meld. nr. 35 1994-1995). Staten ga kommunene oppstartingsstilskudd til å bygge slike boliger. Boligene skulle ha en viss størrelse (55 m²), og ha en utforming som var egnet for funksjonshemmede. Kommunen måtte videre ha tilbud om døgnkontinuerlig hjemmetjeneste. Svært ofte er slike boliger lagt i nærheten av institusjoner eller sentre for hjemmetjenester. Hovedbegrunnelsen for å bygge omsorgsboliger har vært økonomiske og ideologiske (St. meld. nr. 50 1996- 1997). Begrepene trygdebolig, servicebolig og omsorgsbolig brukes noe forskjellig og er ikke ensbetydende selv om en i utgangspunktet har vært opptatt med å skille på disse boligene.

3.2 3 Institusjonsbolig.

I sin bok :”The Last Refuge: a survey of residential institutions and homes for old people”, påpeker Townsend (Townsend, 1962) at institusjoner for gamle har samme kjennetegn som Goffman og Barton hadde funnet i psykiatriske sykehus. Der er et minimum av privatliv, isolasjon er utbredt og kontakten med omverdenen er minimal. Townsend mente blant annet at institusjoner fremmet resignasjon, manglende initiativ, mangel på privatliv og tap av relasjoner til andre. Selvbestemmelsen er sterkt innskrenket og en mister sin identitet. I en tidligere bok (Townsend, 1957) beskriver han hvor godt og naturlig det er for eldre å bo hjemme, i nærheten eller aller helst sammen med familien. Familien bør støttes til å ta vare på sine gamle, og gamle bør hjelpes til å bo i egne hjem. Townsend setter institusjoner opp mot dette å bo hjemme og karakteriserer det siste som godt og det første som dårlig. Den satsingen som en i dag ser på åpen omsorg, har sin bakgrunn i mye av den forskningen som ble gjort i forhold til institusjoner på slutten av 1950 tallet. Sammen med Townsend viste også Goffman, Foucault, Szasz, Barton og flere at institusjonene ikke innfridde de faglige

forventningene, de kunne være sykdomsfremkallende i stedet for sykdomshelbredende. Det ble skapt en antiinstitusjonaliseringsbevegelse som fortsatt er gjeldende i vårt samfunn (Jones og Fowles, 1984). En annen side som det ble pekt på var at institusjonsbehandlingen ble langt mer ressurskrevende enn hjemmeomsorg. Det er blitt vist til at en pasient kan få svært mye hjelp i hjemmet for de kostnadene det vil være å få pleie og behandling på en institusjon. Hestnes og Otterstad (1998) sier i sin artikkel at ved å satse på hjemmebasert omsorg har en i Våle kommune i Vestfold spart to millioner kroner i driftsutgifter.

Selv om Goffmann med flere stiller store spørsmål ved institusjonsomsorgen, vil de fleste mene at vi fortsatt har bruk for institusjoner som sykehjem og aldershjem, og at de merkelapper som ble satt på totalinstitusjonen (Goffman, 1967) er langt mindre synlige i dagens institusjoner. Alvsvåg (1989) stiller et kritisk spørsmål ved nedbyggingen av institusjonsomsorgen. I sin undersøkelse konkluderer hun med at noen finner en trygghet og et sosialt fellesskap nettopp i institusjonen, og at flere pasienter sannsynligvis vil ha et bedre liv i institusjon enn ved å bo hjemme. Hun hevder også at den nye behandlingssideologien (sykehjem blir rehabiliterings- og avlastningsinstitusjon) fører med seg at sterkt funksjonshemmede blir stadig på "reisefot," og dette kan bidra til forvirringstilstander og trivselsreduksjon.

En har i den senere tid arbeidet med å få institusjonene til å bli mer preget av å være et hjem. (Sosial- og helsedepartementet, 1999). På 1990-tallet ble en opptatt med "boliggjøring" av institusjonene (NOU 1992 nr.1). Denne boliggjøringen vektla en omforming av institusjonen med større vekt på boligstandard, enerom og mulighet for privatliv. Målsettingen er at alle skal få tilbud om enerom fra år 2003, og i størst mulig grad også eget bad slik at det kan bli en boenhet i institusjonen (Lauvli, 1999, St. meld. nr. 50, 1996–1997). Det fins kommuner som har "avviklet" sykehjem som institusjoner og innført ordninger med husleie, brukerbetaling og folketrygdfinansiering for helsetjenester som i private hjem.

Sykehjemmet har i dag to sentrale oppgaver:

- et medisinsk behandlingssted
- varig (og kollektiv) bolig for de mest syke og mest pleietrengende eldre

Sosial- og helsedepartementet gir følgende anbefalinger når det gjelder å velge sykehjemmet som permanent boform for mennesker med store pleie- og omsorgsbehov:

- Pasienten må selv ønske å komme på sykehjem og det må foreligge søknad eventuelt fra pårørende eller bemyndiget person.
 - Pasienten skal være medisinsk utredet/behandlet før tildeling av plass.
 - Relevant alternative tiltak og botilbud bør være vurdert eller forsøkt.
- (SHD, juli 1999).

3.3 Er egen bolig alltid best?

Selv om hjemmet for de fleste vil være forbundet med mange positive verdier skal en ikke underslå at hjemmet kan gi negative opplevelse. Hjemmet kan oppleves som et fengsel der en opplever stor utrygghet og ensomhet. Alvsvåg (1989) mener der fins grenser for hvor lenge en kan bo hjemme når en er syk og bor alene. Hun ser klart at hjemmet kan bli å ligne med en institusjon når pasienten er sterkt hjelpetrengende. Et stort hjelpebehov vil kreve mange pleiere, pasienten vil kunne oppleve stort tap av kontroll og selvbestemmelse, og tilværelsen vil for en stor del være styrt av andre. Det er videre kjent at hjemmet kan være arena for mishandling og misbruk av eldre (Iversen, 1986, Ascheim, 1990, Juklestad og Johns, 1997). Det er en stor utfordring for pasient, familie og hjemmesykepleien å motvirke tendensen til at hjemmet blir en ”institusjon og et fengsel”. Uansett pleiebehov bør hjemmet bli et reelt hjem for den pleietrengende. Målet må være at den eldre, selv om han eller hun blir helt avhengig av hjelp, fortsatt skal oppleve trygghet i sitt hjem, uten å være til byrde for venner og familie.

4.0 TEORETISK REFERANSERAMM

Da denne undersøkelsen setter eldre over 75 år i fokus, er det sentralt å redegjøre for aldring som fenomen. Aldring vil påvirke funksjonsevne som igjen er et viktig element i mestring. Mestring er kanskje den faktoren som er mest avgjørende for om den eldre kan bo i egen bolig. Funksjonsevne vil bli utdypet i relasjon til begrepet aldring. Boforhold og sosiale faktorer vil være sentrale mestringsfaktorer som påvirker muligheten til å bo i egen bolig. Boforhold og bomuligheter er utdypet i kapittel 3. I utdypingen av sosiale faktorer vektlegges begrepene sosialt nettverk og sosial støtte.

4.1. Aldring

Aldring er ikke noe entydig begrep og det er mange aldersforskere som har ulike perspektiver på aldring. Aldring og utvikling er begreper som brukes for å betegne prosesser eller endringer over tid. Aldring brukes gjerne i tilknytning til et liv som er levd, mens utvikling er knyttet til et liv i bevegelse – utvikling (Nordhus, 1998). Definisjoner på aldring kan gjenspeile holdninger og forventninger til hva aldring og alderdom innebærer. Laake (1997) definerer aldring som den generelle funksjonssvikt som gradvis utvikles, og som innebærer tap av evne til adaptasjon til stress og økning i risikoen for aldersassosiert sykdom og død. Aldringen vil svekke organismen i slik grad at den til slutt er uforenlig med liv. Huyck og Hoyer (1982) er opptatt med at normal aldring viser til tidsrelaterte endringer som finner sted i genetisk representative organismer under normale miljøbetingelser. De prosesser som kjennetegner aldringen vil prege enhver organisme, men den vil være avhengig av arvelige og miljømessige faktorer og være individuell. (Engedal, 1991, Solem, 1990 og Laake 1997). Huyck og Hoyer (1982) viser spesielt til den biologiske aldringen, og det er først og fremst i forhold til disse forhold at en merker og ser aldringsprosessen. De biologiske endringene medfører generelle sviktende funksjoner som gir fysiske, psykiske og sosiale konsekvenser. Innenfor geriatrien er en blant annet opptatt med å se på de sosiale og psykologiske endringer som skjer med økt alder.

Beauvoir (1970) har et helhetlig perspektiv når følgende definisjon brukes:

Aldring er et biologisk fenomen som forandrer organismen og derved bringer med seg psykologiske konsekvenser. Lik alle menneskelige situasjoner har aldring en eksistensiell dimensjon fordi den forandrer personens forhold til tiden og sin historie – og derved hele hans forhold til samhandling med verden omkring seg (Karoliussen, Smedbye, 1997 s 139)

Whall (1990) er også opptatt med å se på aldringsprosessen i et helhetlig perspektiv, og understreker den psykososiale utvikling og den biologiske prosess som verdifull og ser også positive sider ved alderdommen. Rogers (1970) beskriver alderdommen som det mest komplekse menneskelige utviklingsstadiet hvor tidligere erfaringer kuliminerer i nåtiden. Alderdommen kan med holistiske briller bli sett på som en berikende og styrkende erfaring, og ikke som en tilstand som en trenger å frykte.

4.1.1 Daglig gjøremål (ADL- funksjoner)

I levekårsundersøkelsen av 1995 har en spurt hjemmeboende over 16 år om de uten hjelp av andre kan greie daglige gjøremål. Undersøkelsen viser at andelen som ikke klarer daglig gjøremål uten hjelp av andre stiger betydelig med alderen (NOS, C516, 1995). I følge Daatland og Solem (2000) vil det være ca. en av tre av de som er over 67 år som trenger hjelp til daglig gjøremål (i dette tallet er også de som bor på institusjon inkludert). Aktivitetene i dagliglivet (ADL- funksjoner) kan defineres som de gjøremål som er nødvendige for at en person skal opprettholde liv, helse og velvære (Aske, 1990). Det å ikke kunne utføre dagliglivets aktiviteter vil som regel være den utløsende årsak til en vanskeliggjort bosituasjon i eget hjem. Det er flere såkalte ADL – instrumenter som er i bruk. I denne undersøkelsen har en tatt i bruk Barthels ADL –indeks for å måle ADL –funksjoner til de eldre (s 63).

4.1.2 Biologiske endringer

Det er utviklet mer eller mindre gode teorier som prøver å forklare den biologiske aldringen. Sletvold (1999) og Laake (1997) mener at ingen teori kan gi noe klart svar på de biologiske endringene. Det er enklere å beskrive hvordan vi eldes, selv om det av og til kan være vanskelig også å skille aldersforandringer fra symptomer på sykdom (Sletvold, 1999). Aldringen viser seg ved at det skjer forandringer i den overordnede styringen av livsprosessen. På makromolekylnivået ytrer dette seg gjennom forandringer i lipid- og proteinsyntesen. Endringer skjer også i celler, vev, organer og organsystemer og i samspillet mellom dem (Schneider og Rowe, 1996). Det er påvist at celler, vev og organsystemer eldes på forskjellig måte og i forskjellig grad og hastighet. Resultatet blir likevel at aldringen medfører reduksjon i organsystemets kapasitet (Sletvold, 1999). I praksis kan det være vanskelig å skille mellom endogene og eksogene årsaker til de biologiske endringene, men de biologiske aldringsteoriene er opptatt med de "ekte" eller endogene aldringsprosesser. De biologiske mekanismer som ligger bak aldringen er omspunnet med mange teorier. Yates (1996) lister opp 23 ulike teorier, mens Cristofalo (1988) nevner 6 hovedkategorier. En vanlig inndeling av nyere biologiske aldringsteorier er:

- Programmert aldring: Alders gener? Defekt geneprogram?
- Uprogrammert aldring: Genetisk instabilitet? Akkumulerende ikke-genetisk betinget skade?
- Supplerende teorier: Kjemiske forandringer i DNA, sviktende DNA reparasjon, Orgels feilteori (defekte proteiner), autoimmun teori (Karoliussen, 1997 s 147).

Disse teoriene omtales ikke nærmere her.

4.1.2.1 Biofysiologiske konsekvenser

De biologiske aldringsteoriene er opptatt med å forklare årsaker til de endringer som skjer i kroppen. Men den eldre selv og samfunnet som helhet vil først og fremst være opptatt med de konsekvenser disse aldringsprosessen gir. Gjennomsnittsberegninger av biologisk funksjonstap viser at det er et årlig tap på ca 0,5% fra 30 års alder til 80 år, fra 80 år øker funksjonstapet til 1% pr år (Yates, 1996). Det er viktig å bemerke at dette er gjennomsnittsberegninger og at det vil være store individuelle forskjeller og også store

endringer i de ulike funksjoner, men det viser at funksjonsreduksjon er generell og aldersrelatert (Daatland og Solem, 2000). Mennesket har stor reservekapasitet i sin organfunksjon, og en ser vanligvis ikke svikt før det har skjedd et betydelig tap .

I følge Klocke (1977) og West (1995) skjer det en endring både i struktur og funksjon i respirasjons og sirkulasjonsorganene. Evnen til å ta opp og nyttiggjøre seg oksygen reduseres (Smith og Thier, 1985). Dette medfører et redusert energinivå, og evne til å tåle fysiske utfordringer avtar. Bensubstansen endrer seg hele livet, og en ser en nedgang i bensubstans fra 40 års alderen (Rud m. fl., 1993, Ali og Twibell, 1994). Vanskeliggjorte bevegelser kan problematisere ADL- funksjoner. Det vil også med årene skje en endring i muskelmasse og muskelstyrke. Klinisk ses ofte en redusert mulighet til å utøve fysisk aktivitet nettopp på grunn av nedsatt muskelstyrke (Thompson, 1995). Hos eldre er det i første rekke svekkelse i bevegelsesapparatet som skaper behov for hjelp (St. meld. nr. 50, 1996 -1997). Den reduserte muskelstyrke og muskelmasse kan også ha noe sammenheng med redusert aktivitet i alderdommen (Buchner m. fl., 1992). I følge Solem (1990) vil det med alderen oppstå en generell "treghet" i impulsoverføringen. Det blir mindre mengder av de stoffene som overfører impulser. Noen av aldersforandringene vil først gi seg utslag når eldre utsettes for belastninger (Sletvold, 1999). Det å klare seg i eget hjem ved redusert funksjonsevne kan være en slik belastning.

Den generelle svekkelse av organfunksjoner er kanskje ikke det største problemet ved økt alder. For mange eldre vil det største problemet være at en blir rammet av en eller flere sykdommer som en må leve med, og at dette gjør livssituasjonen i eget hjem vanskelig. Det er en klar økning i sykkelighet ved økt alder, hvorav noe skyldes redusert motstandskraft (Daatland og Solem, 2000 , Laake, 1997). I følge Daatland og Solem (2000) har mer enn åtte av ti i alderen 67 –79 år og ni av ti i alderen over 80 år en varig sykdom (Tallene bygger på Helseundersøkelsen 1995. En har korrigert for pasienter innlagt på institusjon og personer som ikke har vært tilgjengelig for intervju). De sykdommer en spesielt ser, er de som rammer øye, øre, hjerte- kar , muskel og skjelettsystemet. Det er også en økning i sykdommene hjerneslag, hjertesvikt, kroniske lungesykdommer og enkelte kreftformer (St. meld. nr. 50, 1997). Sykdomsbildet blir ofte mer komplekst hos eldre da sykdommen blir sammenvevd med aldersforandringer og livssituasjon. Eldre er også mer utsatt for ulykker, og konsekvensene av ulykker er mer dramatisk for eldre enn for yngre (NOS, C 490,1995, Daatland og Solheim,

2000). En norsk undersøkelse viste at 51% av søknadene til sykehjemsplasser skyldtes somatiske sykdommer (Rytter Evensen et. al, 1988).

4.1.3. Psykososiale endringer

Samspeilet mellom den eldre og omverden påvirkes både av aldersforandringer hos den enkelte og miljøets reaksjon på forandringene. Det har derfor vært vanlig å inndele den psykososiale aldersforskningen i to retninger:

- Konsekvenser av den biologiske aldringsprosessen.
- Miljøets innflytelse (Birren og Schaie, 1985).

De psykososiale endringer vil også medføre konsekvenser som kan gjøre en bosituasjon i eget hjem vanskelig.

4.1.3.1 Mentale og psykiske endringer

Psykologisk atferdsforskning viser ikke til noen spesiell atferd knyttet til det å være eldre. Selv om det er observert endringer som mindre aktivitet, langsommere reaksjon og lavere prestasjon som blant annet kan gi større avhengighet, kan dette mer være forskerens teoretiske rammer og holdninger til eldre enn reelle aldersforandringer. Det kan mer være forhold som nærhet til død, livshistorier og kriser som påvirker atferden, enn en naturlig aldring. Undersøkelser har vist at nylæring, aktivitet, kreativitet og selvstendighet kan foregå også i 80–90 års alderen (Seim og Moksnes, 1994). Den svenske psykologen Berg (1996) understreker de store individuelle forskjellene en ser ved aldring både biologisk og psykologisk. Han sier: *”Vi blir mer lika oss själva ju äldre vi blir”*. Samspeilet mellom biologi, sosiale rammer og personlig beredskap blir sentral i forståelse av psykologisk aldring.

Sansning og persepsjon er sentrale prosesser i forhold til den kognitive funksjon. I følge Daatland og Solem (2000) vil en med økt alder kreve sterkere stimulering for å overstige den absolutte terskel, og det må være større forskjell i stimuleringen for å oppleve forskjell. Det vil med økt alder skje en generell sviktende funksjon i sanseapparatet, og hukommelse og læring vil ha sitt utspring i sansning. Oppmerksomhets- og konsentrasjonsevnen svekkes ved alderen (Schroll og Maagøe, 1992, Engedal og Haugen, 1991), og resultatet er at viktige komponenter i hukommelsesprosessen svekkes. Men alderens betydning er forskjellig for ulike typer hukommelse og i ulike type situasjoner (Smith, 1996). Hukommelsen kan forstyrres av

varige aldersforandringer og ugunstige situasjoner, men den kan også forbedres under gunstige betingelser. Flere undersøkelser understreker den effekt egen tiltro og samfunnets holdninger kan ha på hukommelse (Ryan, 1992, Stigsdotter Neely, 1998, Levy og Langer, 1994). Ved normal aldring svekkes hukommelsen gradvis og i begrenset omfang, og dette er ofte ikke påtagelig før en har passert 75- 80 år. Det ser ut til at aldersbetinget svekkelse av hukommelsen først og fremst kan knyttes til aktiv bruk av arbeidshukommelse og hurtig bearbeiding av stoff (Park et al, 1999). Sykdommer og biologiske aldersforandringer som nedsetter allmenntilstanden, kan svekke hukommelsen. Vi vet videre at mange eldre bruker mange medikamenter og at noen av bivirkningene av enkelte medikamenter vil påvirke hukommelsen ved at oppmerksomheten blir svekket, de gir trøtthet, uklarhet eller forvirring (Laake, 1997). På samme måte vil også andre forhold som underernæring/feilernæring, redusert søvn, og understimulering påvirke grad av oppmerksomhet og hukommelse. Hukommelsessvikt ser ut til å opptre først og fremst når mennesket nærmer seg døden og fenomenet kalles ofte "terminal svekkelse" (Daatland og Solem 2000). I følge Berg (1996) vil en kunne se dramatiske kognitiv svikt noen dager, uker, måneder før døden inntreffer, eller en gradvis svikt de siste 5 - 10 årene av livet. Stor grad av sviktende hukommelse vil øke hjelpebehovet og gjøre bosituasjonen i eget hjem vanskelig. I en undersøkelse viste det seg at 23% av søknadene til sykehjemsplass skyldtes mentale sykdommer, 23% var forårsaket av en kombinasjon av somatiske og mentale sykdommer (Rytter Evensen et. Al, 1988). Tydelig svikt i hukommelsen ser en ved hjerneorganiske sykdommer som gir aldersdemens. Ved stor grad av aldersdemens vil den eldre være så hjelpetrengende at det å bo i eget hjem vil være lite relevant (Alvsvåg og Tanche- Nilssen, 1999).

Innenfor den psykologiske aldringsforskningen er det stor enighet om at det er høy grad av stabilitet i personligheten gjennom livet (Nordvik 1995, Costa et al., 1998, Daatland og Solem, 2000), og at de endringer som observeres synes å være lite påvirket av livskriser og sykdom. Laake (1997) hevder imidlertid at depresjon har høy prevalens hos gamle. Han hevder at dette kan ha sammenheng med aldersforandringer i hjernens katekolaminmetabolisme og somatiske og psykososiale problemer ved det å bli gammel. Men depresjon kan på ingen måte sies å være en naturlig del av alderdommen (Laake, 1997). Slike depressive tilstander oppstår ofte etter alvorlig sykdom eller som komplikasjon til en sorgreaksjon som blir patologisk dyp eller langvarig. Laake hevder videre at angst og depresjon ofte opptrer samtidig. Komplekset angst/depresjon betegnes ofte som en klinisk enhet. Sosial angst, agorafobi og annen situasjonsbetinget angst synes da også å være utbredt i

eldre år. Angsten kommer også ofte i relasjon til demens og akutt konfusjon. Selv om personligheten har stor grad av stabilitet gjennom livet, kan det se ut til at angst og depresjon er psykiske lidelser som en del eldre blir plaget av. Disse lidelsene vil på samme måte som mer kroppslige lidelser redusere funksjonsevne og gjøre muligheten og ønsket om å bo i eget hjem mindre.

4.1.3.2 Sosiale endringer

På samme måte som det skjer fysiske og psykiske endringer ved økt alder, vil det også skje endringer i det sosiale liv, endringer som kan påvirke ønske og muligheten til å bo i eget hjem. En taper ressurser ved at en rent psykisk mister troen på å påvirke sin egen situasjon og lar være å delta aktivt i situasjoner som en kunne ha gjort noe med. Reduksjon av ressurser kan føre til sosial tilbaketrekning. De rolleendringer som mange opplever ved økt alder er blant annet :

- å gå fra yrkesaktiv til pensjonist
- å gå fra det å bo sammen med noen til det å bo alene
- å gå fra det å være selvstendig/klare seg selv, til det å bli avhengig av andre - bli klient eller pasient

En del vil også oppleve rollereversering – dette at roller snus om. Et typiske eksempel på rollereversering er når en blir ”mamma til sin egen mamma” eller ”pappa til sin egen pappa”. Ved slike rollebytter til både ønske og mulighet for å bo i eget hjem problematiseres. Rosow (1985) er opptatt med de rolletapene som følger ved økt alder. Den eldre får en løsere tilknytning til samfunnet, og eldre har ikke lenger noen viktig rolle å fylle. Dette kan betraktes som et tap og være en kilde til krise. En krise som kan påvirke mestringen ved det å bo i eget hjem. Men denne løsere tilknytningen kan også føre til en frihet, en frihet til å gjøre det en vil og der mestringsevnen kan bli stimulert.

Daatland (1987) påpeker at det å bo alene og ikke ha tilgang på uformelt hjelpeapparat (familie, slekt, venner og frivillige) øker risikoen for institusjonsinnleggelse, og Rytter Evensen (1988) hevder at i deres undersøkelse var det ca. 3 % av søknadene til sykehjemsplass som skyldtes sosiale problemer. Det er derfor av betydning hvordan det sosiale nettverk er rundt den eldre.

Familiestrukturen har endret seg de siste to tre generasjoner. Høyere levealder og færre barn er kanskje de viktigste faktorene til at familiestrukturen er blitt det Hagestad (1991) kaller ”topp-tung” i forhold til tidligere ”bunn - tung”. De vertikale båndene er blitt flere og lengre og fire-fem generasjoners familier er ikke lengre uvanlig. Andelen barnefødsler kan ha sammenheng med flere forhold. Tidlig på 19-hundre tallet var andelen barnløse kvinner høyt ca. 25%, mens det normalt er på 10 –14% (Noack og Texmon, 1991). Dette betyr at en del kvinner i 80 –90 års alder vil mangle et nært familienettverk, og at dette kan påvirke muligheten til å bo i eget hjem. Et annet særtrekk ved de sosiale forhold er at det er blitt mindre vanlig med flergenerasjonshushold. De fleste eldre bor enten helt alene eller sammen med ektefelle. Mer enn halvparten av kvinnene over 70 år er aleneboende, mens flertallet av menn vil være gift til opp i 80 års alder. (NOS, C301, 1995). Med denne bakgrunn vil en kunne si at eldre kvinner og menns sosiale situasjon vil være forskjellig. Mange vil nok hevde at både den yngre og den eldre generasjon foretrekker å bo for seg selv, men at de eldre ønsker å ha barna i nærheten. En foretrekker å ha det en kan kalle intimitet på avstand (Rosenmayr og Köckeis, 1963), å være nær , men ikke for nær.

En generell oppfatning har vært at aldring forbindes med ensomhet. Ved tap av roller i arbeids- og familieliv samt tap av livspartner og venner, skulle det være gode grunner til å tro at mange eldre opplever ensomhet. Ensomhet vil være et betydelig problem for de som opplever dette, og denne opplevelsen vil kunne påvirke ønske og muligheten til å bo i eget hjem. Undersøkelser viser at gifte er sjeldnere plaget av ensomhet, utrygghet og psykiske plager, og at de trives bedre enn enslige. Det er selskap og trygghet i det å ha en partner. En partner kan også bety praktisk hjelp og større økonomisk trygghet. Gifte flytter sjeldnere til institusjon, og de har mindre hjelp av hjemmetjenesten (Lingsom, 1997).

4.1.4 Sosiale aldringsteorier

I følge Daatland og Solem (1995) har de sosiale aldringsteoriene som er blitt utviklet konsentrert seg om følgende:

- aldring og livsløpsprosesser
- hvordan samfunnet og subsystemer i samfunnet formelt og uformelt forvalter disse
- hva utfallet av samspillet mellom disse to prosessene blir for eldre menneskers liv

De klassiske aldringsteoriene er tilbaketrekningsteorien og aktivitetsteorien. Teorien om gerotransendens er nyere, men den er kanskje den mest betydningsfulle (Høgseth, 1999).

Cumming og Henry (1961) studerte eldre amerikanere i forhold til deres sosiale rolle i det amerikanske samfunn, og ut fra dette studiet lanserte de sin teori som ble kalt tilbaketrekningsteorien. De ønsket å se på generelle trekk ved aldring, gitt at helse og inntekt var tilfredstillende. Det var et generelt fenomen at de eldre deltok mindre i det sosiale liv, og deres konklusjon gikk på at tilbaketrekning er en naturlig del av aldringsprosessen, og at denne tilbaketrekningen er preget av gjensidighet. Den eldre trekker seg gradvis tilbake både psykisk og sosialt fra sine omgivelser. Denne tilbaketrekningen ses på som en frivillig forberedelse til døden, og tilbaketrekningen er ønsket og er trivselsbetinget. Samfunnet gir også "slipp" på den eldre ved at en ikke lenger forventer at den eldre i den grad bidrar i det sosiale liv. Med utgangspunkt i en slik teori skulle en tro at den eldre stiller seg "passiv" eller mer eller mindre likegyldig til sin bosituasjoner. Teorien blir kritisert rent metodisk og i forhold til de konklusjoner som gjøres. En stiller store spørsmål ved dette at tilbaketrekning er uunngåelig og en universell prosess.

Tilbaketrekningsteorien kom som et resultat av et større forskningsprosjekt tidlig på 1950 – tallet (Daatland og Solem, 2000). Flere forskere som deltok på undersøkelsen stilte seg kritiske til de slutninger som Cumming og Henry fremsatte i sin teori. Denne kritikken ble senere samlet i en egen teori som ble betegnet som aktivitetsteorien. I følge Havinghurst (1973) er tilbaketrekning verken naturlig eller trivselsbetinget. Innenfor denne tenkning er en opptatt med at den eldre egentlig ønsker å være aktiv. Grunnen til at de eldre er mindre aktive i det sosiale liv skyldes at samfunnet støter de eldre bort og hindrer de eldre i aktiv deltakelse. Teorien understreker at de eldre ønsker å være aktive og skal benekte alderdommen så lenge som mulig. Det er den engasjerte og aktive som blir representant for en "vellykket alderdom". Med dette utgangspunkt vil den eldre være opptatt med å bevare sin bosituasjon og "kjempe" mot sosiale endringer som blant annet boforhold kan indikere.

Sosiologen Tornstam (1998) ønsket å se på hvordan den eldre selv opplevde det å bli gammel. I arbeidet med å utvikle en generell teori om psykologisk og sosial aldring, ble begrepet gerotranscendens lansert i 1989. Utgangspunktet er at en som eldre vil oppleve virkeligheten annerledes enn i yngre år. Både perspektiver og verdier endres, en går fra et mer materialistisk til et mer rasjonelt perspektiv og blir mer opptatt av immaterielle og åndelige

verdier. Tornstam mener at det å leve medfører at graden av transcendens øker. Denne prosessen er innebygd i mennesker og den er generell og uavhengig av kultur og kjønn. Teorien har følgende kjennetegn:

- En økende følelse av fellesskap med ”universet”; for eksempel at man føler seg mer ” i ett” med naturen.
- Endret oppfatning av tid, rom og objekter; skillet mellom fortid, fremtid og nåtid blir mindre markant.
- Endret opplevelse av forholdet mellom liv og død, hvor døden blir mindre truende.
- Økende følelse av tilhørighet med kommende generasjoner
- Mindre opptatt av materielle ting.
- Mindre selvopptatt.
- Mer tid brukes til meditering (Tornstam , 1998).

Selv om teorien er blitt kritisert metodisk og i forhold til de konklusjoner som trekkes, har nyere forskningsresultater støttet opp om den positive måten å se endring av Eldres atferd på (Karoliussen, 1997) . Tornstams teori viser til at perspektiv endres med alder, og at vi må ha forståelse for at både bosituasjon, og aktivitet sees på med andre øyne enn når en er yngre. Teoriene generelt viser til ulik forståelse og holdning til det å bli eldre. De får også konsekvenser for hvordan en oppfatter den Eldres mestringsevne, og hvilke forventning vi har til hvordan eldre pleietrengende kan mestre en vanskelig bosituasjon.

4.2. Antonovskys` teori om salutogenese og mestring

I følge Antonovsky`s generelle teori bør vi være opptatt med hvilke faktorer som bidrar til overvinnelse eller mestring av de sykdomsfremkallende forhold. Vi må stille oss spørsmål som: ”Hva er det som gjør at vi holder oss frisk?” eller ”hva er det som gjør at folk greier seg i sitt eget hjem på tross av sykdom, funksjonssvikt og ensomhet?”

4.2.1 Salutogenese

Et patogenetisk utgangspunkt setter fokus på sykdom og sykdomfremkallende årsaker. På 1970 og 1980 tallet var det flere som arbeidet med å endre fokus fra sykdom til helse i den helseorienterte forskningen. En av de som arbeidet sterkest for dette, var sosiologen Antonovsky (1979, 1987). Han innførte begrepet salutogenese. Sentralt i det salutogenetiske perspektiv står begrepet helse. Den salutogenetisk forståelse av helse er sammenfallende med den definisjonen som WHO kom med i 1946 der helse defineres som fullstendig fysisk, psykisk og sosialt velvære (WHO, 1979). En holistisk helseteori tar utgangspunkt i at menneske er et sosialt vesen og opplever helse når en opplever velvære i sin sosiale kontekst. Antonovsky (1995) hadde stor forståelse for Nordenfelts (1987) utdyping av helsebegrepet, når han mente at helse også var forbundet med dette å nå sine mål. Helse blir i stor grad knyttet opp mot dette å mestre tilværelsen. Ved å ha et salutogenetisk utgangspunkt er en opptatt med de helsebevarende krefter. Antonovsky (1987) ser ikke på helse og sykdom som dikotomier, men at en beveger seg på et helsekontinuum mellom uhelse og optimalt velvære. Helse vil heller ikke være et fravær av stressorer da stressorer er en naturlig del av menneskelig tilværelse. Helse vil ha sammenheng med hvordan en takler stressorene. Sentralt i dette perspektiv er å se på motstandsressurser og hvordan en bruker motstandsressursene til å oppnå helse. Helse kan sees på som et mål der stressorer vil kunne redusere helse mens motstandsressurser vil virke helsefremmende. Antonovsky nevner ikke sykepleie som en motstandsressurs, men Sullivan mener at sykepleie vil være en del av de eksterne omgivelsene rundt pasienten og dermed utgjøre en del av de spesifikke og generelle motstandsressursene (Sullivan, 1989). Hjemmesykepleie vil være en del av det formelle nettverk og være en viktig ressurs i forhold til å kunne bo i egen bolig. Ved å ha et salutogenetisk perspektiv blir en opptatt med hva som gjør at eldre pleietrengende mestrer dette å bo i eget hjem. Videre vil en med dette utgangspunkt være opptatt av å mobilisere motstandsressursene. Antonovskys salutogenetiske perspektiv inneholder en helseteori og en mestringsteori, der mestring blir sett på som vesentlig i forhold til å oppnå helse.

4.2.2. Antonovskys mestringsteori

I følge Steptoe og Appels (1989) er opplevelse av å mestre livets utfordringer og ha en følelse av personlig kontroll muligens den enkeltfaktor som har størst betydning for velvære

og helse. Mestring og kontroll gir også innflytelse over egen livssituasjon. Mestringsevne, eller ønske om å klare seg selv, regnes for å være menneskelig, men motivasjon for og muligheten til å mestre vil være forskjellig. Mestring (coping) har vært definert på mange ulike måter. Mestring kan sees på som positiv responsforventning og det er utviklet ulike teorier innenfor denne kategorien. Ursin og Levine (1978) viser at innenfor denne kategoriene er en opptatt med å se på mestring som et læreresultat som er utviklet som en følge av at personen har opplevd å lykkes med å håndtere belastende situasjoner. Antonovskys mestringsteori er knyttet til denne måten å bruke mestring på (Antonovsky, 1979, 1987).

Mestring er for Antonovsky knyttet til hvordan vi håndterer de daglige spenninger som vi konfronteres med. Han blir opptatt med forhold som bestemmer hensiktsmessige reaksjoner på spenninger, og som benyttes for å fastholde helse slik at ikke sykdom/funksjonssvikt utvikler seg. Hans mestringsteori ble utviklet etter en fenomenologisk studie av 51 personer i Israel som hadde vært utsatt for alvorlige traumer med store konsekvenser for deres liv, men som fungerte bemerkelsesverdig bra. I følge Antonovsky er mestringsevne en disposisjon i personligheten og denne disposisjonen kalte han for "sense of coherence" (SOC) (Antonovsky, 1979, 1987). Dette er blitt oversatt til norsk med: Opplevelse av sammenheng. Videre i teksten brukes forkortelsen SOC. Begrepet brukes om en livsorientering eller om en holdning til miljøet, som påvirker hvordan vi oppfatter og tolker ytre hendelser. Livsorienteringen er generell og ikke situasjonsbestemt, og han mener at den i liten grad endrer seg etter 30-års alderen. Men SOC er likevel dynamisk og blir påvirket gjennom hele livet. Hendelser og påvirkninger kan svekke SOC. Det opprinnelige SOC nivået er av betydning for om en vil oppnå samme SOC nivå etter slike hendelser.

Kjernekomponentene i SOC er: Forståelighet (Comprehensibility), håndterbarhet (manageability) og meningsfullhet (meaningfulness). Med forståelighet menes den måten vi oppfatter indre- og ytre stimuli på. Stimuli oppfattes som kognitivt meningsfulle hvis de fremstår som ordnede, strukturerte og klare. En har også en forventning til fremtidige stimuli om at de skal oppleves som forutsigbare og forståelige. Håndterbarhet henspiller på i hvilken grad en opplever at indre og ytre ressurser er tilstrekkelig til å møte de forventninger som kommer fra ulike stimuli. Hvis en har høy grad av håndterbarhet, vil en ikke føle seg som offer for ulike omstendigheter, eller føle at livet behandler en urettferdig. En griper livet og "styrer" det. Meningsfullhet representerer den motivasjonelle dimensjonen, og bestemmer hvordan en vil bedømme situasjonen. Ved høy grad av meningsfullhet vil en føle at livet gir

mening. Utfordring er ønsket velkommen i stedet for at de blir sett på som problemer. Meningsfullhet blir sett på som avgjørende selv om vellykket mestring er avhengig av alle tre komponentene i SOC (Antonovsky , 1987). Kombinasjonen av kognitive, adferdsmessige og motiverende komponenter mener Antonovsky er unik i forhold til sammenlignbare mestringsbegrep.

En person som har utviklet høy SOC, er en som skårer høyt på alle de tre komponentene. Resultatet av en høy SOC er at personen er bedre i stand til å vedlikeholde helse/personlig balanse på tross av stressende opplevelser og trusler fra omgivelsene. Høy SOC medfører at en oppfatter omgivelsene mindre stressende og mindre kaotiske. Krav blir oppfattet mer som utfordringer enn som trusler (Antonovsky, 1987). Personer med høy SOC vil bevisst søke etter ressurser som kan bidra til mestring av situasjonen, mens uegnede ressurser vil bli oversett. Det er ikke alt som er like viktig for oss, og opplevelse av sammenheng er bare av relevans for områder i livet som er viktige for oss. Personer med lav SOC vil møte de ytre krav med en opplevelse av uvelfølelse blant annet fordi en er usikker på om en har tilgang på tilstrekkelig ressurser.

Sentrale begreper i Antonovskys teori er stressorer, stress, spenning og motstandsressurser. Han viser til at ulike faktorer påvirker oss, og disse faktorene kan være av både positiv og negativ karakter. Han har valgt å inndele stressorene i tre hovedgrupper. De kroniske stressorene er generelle, langvarige og primære og påvirker SOC- nivået. Eksempler på slike stressorer er: kultur, sosial rolle, gruppetilhørighet, temperament og personlighet. Disse faktorene kan også være motstandsressurser (kroniske ressurser). Store livshendelser blir betegnet som en annen hovedtype av stressorer. Dette kan være dødsfall, akutte sykdomstilfeller, skilsmisser og lignende. I forskningen har en nettopp vært opptatt med hvordan slike faktorer påvirker den enkelte og grupper av mennesker. Den siste gruppe betegnes som daglige problem. Dette er mindre dagligdagse hendelser som har en negativ innvirkning, men som ikke påvirker SOC eller påvirker helsa.

Respondentene i denne undersøkelsen vil være påvirket av ulike stressorer som i større eller mindre grad vil påvirke SOC. Årsaken til at de fleste er blitt pasienter i hjemmesykepleien, vil være sykdom og redusert funksjonsevne. Mange vil nok oppleve dette som de sterkeste stressorene i hjemmesituasjonen. Men det vil være store individuelle forskjeller på hva som oppleves som stressor.

I vårt møte med stressorene opplever vi spenning. Denne spenningen kan ha negative, nøytrale eller helsebringende effekter. Spenningen kan føre til stress, og stress blir av Antonovsky betegnet for å være negativt og kan føre til sykdom. I følge Ursin og Levine(1978) er stress organismens svar når den ikke klarer å mestre/overvinne stressorer. Hvilke konsekvenser spenningen får er avhengig av hvordan vi mestrer denne spenningen. I følge Antonovsky (1979,1987) er mestringssevnen avhengig av det som han kaller motstandsressurser, General Resistance Resources (GRR) og vår evne til å mobilisere disse ressursene. På denne måten vil helse være relatert til mestrings SOC er knyttet til vår evne til å mobilisere motstandsressurser. Motstandsressursene blir sett på som generelle og ikke spesifikke, og de knyttes både til enkeltpersoner, grupper og hele nasjoner. I følge Antonovsky er motstandsressurser:

A GRR by definition creates life experiences characterized by consistency, participation in shaping outcome and an underload- overload balance and thus gives rise to reinforces a strong SOC (Antonovsky, 1987 s 28).

Motstandsressursene blir tatt i bruk for å løse spenninger, spenninger som i utgangspunktet ikke er patogene. Motstandsressursene gir livserfaring og påvirker SOC samtidig som de er nødvendige når stressorer skal mestres. Antonovsky mener at GRR omfatter: Fysiologiske- og biokjemiske forhold, materielle forhold, kognitive- og emosjonelle forhold, verdi- og holdningsmessige forhold, interpersonelle forhold og makrostrukturelle forhold. Det er viktig å se på motstandsressursene i en helhet og hvordan disse virker sammen. SOC vil ha betydning for hvordan motstandsressursene mobiliseres og virker sammen i en belastningssituasjon.

I følge Antonovsky må en se på stressorer og motstandsressurser i et sammenhengende perspektiv. Faktorer som blir sett på som stressorer kan også være motstandsressurser. Ut fra denne forståelsen vil bolig og sosialt nettverk være motstandsressurser. Men de vil også kunne være stressorer i den grad disse forholdene er mangelfullt til stede eller i liten grad fungerer. Antonovsky fastslår at personens sosiale nettverk har stor betydning for om en har en sterk opplevelse av sammenheng (SOC) (Antonovsky 1979, 1988, 1995), og han understreker at sosial støtte og nettverk hører til de generelle motstandsressurser. Eldre pleietrengende har et hjelpebehov som den kommunale helsetjeneste forsøker å tilfredstille. Det sosiale nettverk vil av den grunn være av betydning i forhold til om det er mulig for den

hjelpetrengende å bo i egen bolig. Men samtidig vil det sosiale nettverk ha en generell betydning for helse og velvære.

4.3 Det sosiale nettverk

Det er tidligere vist til de sosiale endringer som skjer ved økt alder. Daatland (1987) understreker det sosiale nettverkets betydning for fortsatt å kunne bo i egen bolig når en er blitt eldre og pleietrengende, og Antonovsky (1979, 1987) fastslår at det sosiale nettverk er viktig for opplevelse av sammenheng. I dette kapittel utdypes begrepet sosialt nettverk og sosial støtte, og en ser på den betydningen det formelle og uformelle nettverket kan ha.

Sosialt nettverk og nettverksforskning er en forholdsvis ny tilnærming til studier av sosiale strukturer og samhandling (Bø, 1993). Det er i dag vanlig å knytte sosialt nettverk til å beskrive bånd mellom slektninger, naboer og venner. Båndene er dels arvet og dels resultat av egne valg (Fyrand 1994). Sosialt nettverk er avgjørende for opplevelse av sosial støtte, og det sosiale nettverk får spesiell betydning for den eldre (Cutrona et. al, 1987, Rennemark og Hageberg, 1999).

Wellman (1997) hevder at sosialt nettverk er et nøytralt begrep, men at sosialt nettverk gir innhold og mening i sosial støtte. I den personlige eller personsentrerte nettverkstilnærmingen er en opptatt med å kartlegge den enkeltes personlige relasjoner til andre mennesker, hvilke bånd den enkelte har og hvilket innhold det er i relasjonene (Fyrand, 1994). I beskrivelse av nettverk vil en være opptatt med både form og innhold. I følge Schifloe (1997) vil utseende, størrelse, tetthet og tilgjengelighet være sentrale faktorer å kartlegge når en er opptatt med formen på nettverket.

Det er vanlig å skille mellom det uformelle og det formelle nettverk. Familie, venner, bekjente og naboer, det vil si de vi omgås privat, utgjør det uformelle nettverk. Kjentegnet på dette nettverket er at vi har uformelle relasjoner til personene, og kontakten er basert på følelser, gjensidighet og høy grad av frivillighet. Dette nettverket er i stor grad valgt eller vi er født inn i det. Noen velger også å betegne dette som det "naturlige nettverk". Andre personer som har en mer profesjonell tilknytning til oss og der kontakten er av mer formell karakter, inngår i det formelle nettverket. Dette er personer som vi vanligvis ikke har valgt selv, og vi vil i liten

grad ha jevnbyrdige, gjensidige relasjoner. Den kommunale helsetjeneste vil være en del av det formelle nettverk til den eldre pleieavhengige.

Deltakelse i nettverk kjennetegnes av frivillighet, men enkeltpersoner kan oppleve deltakelsen som delvis tvangspreget, og at det stilles klare forventninger ved det å være knyttet inn i et nettverk. I forhold til ekteskapslovgivning og ansvar for barn er det juridiske bindinger, men ellers er det ansvar som den enkelte påtar seg i et nettverk et frivillig og ikke et pålagt ansvar. Ikke alle sosiale nettverk er positive. Et sosialt nettverk kan virke hemmende og kontrollerende på livsutfoldelse (Ascheim, 1990). Videre kan kombinasjon av opplevde forpliktelser og normative forventninger stille enkeltpersoner for urimelig og ubalanserte ytelseskrav som en av og til vil se i forhold til omsorg og pleie overfor eldre og pleietrengende. Når det oppstår konflikter og mishandling, vil nettverket virke ødeleggende og helsetruende.

4.3.1 Behov for sosial kontakt

Mennesket er født inn i relasjoner og er avhengig av andre for å fungere og utvikle seg (Maslow, 1954, Orem, 2001), og behovet for sosial kontakt med nærhet og fellesskap til andre er for de fleste en forutsetning for å kunne oppleve livet som meningsfylt. Orem uttrykker et av de grunnleggende behov på følgende måte: "The maintenance of a balance between solitude and social interaction." (Orem, 2001, s 225). Det å være knyttet til andre mennesker gjennom interesser, aktiviteter og verdier gir en følelse av å høre sammen med andre og at noen står en nær. I følge Allardt (1975) har alle mennesker behov for å ha, å være og å elske. Å elske refererer til dette at mennesket har behov for kjærlighet og kjærlighetsfulle forhold. Allardt knytter først og fremst dette opp mot behovet for solidaritet, selskap og føle seg som et verdifullt medlem av et eller flere fellesskap og at en har familie, venner og bekjente som en holder av, og som en viser omtanke for. Sterkest vil behovet for sosial kontakt komme til uttrykk når en er avhengig av andre slik det vil være når en har redusert egenomsorgsevne. Ved helsesvikt eller truende helsesvikt vil en persons kapasitet til å mestre kravene være utilstrekkelige og det er behov for hjelp for å kompensere for sviktende egenomsorg (Orem, 2001). Pasientene i denne undersøkelsen er tilknyttet den kommunale helsetjeneste og i større eller mindre grad avhengig av hjelp av det sosiale nettverk for å kunne bo i eget hjem. Mange undersøkelser dokumenterer at kontakt med andre mennesker

har stor betydning for helse og velvære. En har tidligere vært inne på de sosiale endringer som skjer ved økt alder (s 29).

4.3.2 Ensomhet

Undersøkelser viser at det er små forskjeller på opplevelse av ensomhet blant aldersgruppene, men den kan ha ulik karakter. I følge Tornstam (1988) og Thorsen (1990) kan den være mer kortvarig og intens hos yngre og mer vedvarende og stabil i eldre år. Norsk levekårsundersøkelse (Sosialt utsyn, 1998,) og andre undersøkelser viser at forekomst av ensomhetsfølelse stiger med økende alder (Næss,1991, Andersson, 1998). Men ensomhetsfølelsen synes å ha større sammenheng med sivilstand og kjønn da forekomsten av ensomhet er størst blant kvinner og aleneboende. Solheim (1996 s 98) skriver: ”Når ein arbeider i dei heimebaserte tenestene, er alle dei einsame og isolerte eldre kan hende noko av det som gjer mest inntrykk”. Ensomhet har sitt utgangspunkt i en sosial mangeltilstand der den enkelte savner former for sosial kontakt (Thorsen, 1990). Ensomhet er videre en subjektiv opplevelse, og Gaev (1976) definerer ensomhet som en tilstand av savn og tristhet i forbindelse med mangel på kontakt med nære andre. Det er mange forhold som kan bidra til at det blir færre i den Eldres sosiale nettverk, og at den sosiale kontakten blir mindre enn ønsket. Disse forhold kan bidra til opplevelse av ensomhet. Det understrekes at selv om økt alder kan medføre sosial isolasjon, er ikke sosial isolasjon synonymt med det å være ensom (Bondevik, 1997, Alvsvåg og Tanche- Nilssen, 1999). I følge Townsend (1973) kjennetegnes den isolerte eldre ved at vedkommende som oftest er: ugift, barnløs, uten nære slektninger, har få interesser og deltar i få sosiale aktiviteter. I tillegg er vedkommende pensjonist og har et dårlig funksjonsnivå. Han hevder videre at ensomhetsfølelsen ikke er samsvarende med antall sosiale kontakter, men mer med personlige egenskaper og evne til å møte ytre påkjenninger som det å miste nære andre. Weiss (1973) skiller mellom to typer av ensomhet ”emotionell loneliness” og ”social loneliness.” Emotionell loneliness oppstår ved tap av signifikante andre, som dette å miste en ektefelle, mens social loneliness oppstår når en mister kontakten med sitt sosiale nettverk. Personer som er sosialt isolert har få kontakter. Det vil som regel ikke være en valgt situasjon, men kan være det.

Opplevelse av ensomhet vil være avhengig av det sosiale nettverk og opplevelse av sosial støtte. Flere kontakter, impulser, aktivitet, og noen å prate med kan redusere denne følelsen.

Det kan være vanskelig å erstatte nære kontakter når de går tapt, og eldre vil ofte ha begrensede muligheter til å etablere nye. Et endret bomiljø kan medføre endringer i det sosiale nettverk. I følge Rosow (1967) ønsker eldre mennesker et bomiljø med andre i samme aldersgruppe. Et mer homogent bomiljø vil øke muligheten for sosial kontakt og redusere sosial isolasjon (Rosow, 1967, Thorsen, 1988 a). Men Weiss (1973) peker også på at det å skifte bolig er en stressende opplevelse, og på den måten kan også flytting medføre tap av sosial støtte.

4.3.3. Det uformelle sosiale nettverk

Vi skiller vanligvis mellom kjernefamilie, linjefamilie og den utvidede familie (slekta). Rossi og Rossi (1990) hevder at de vertikale bånd er sterkere i vår kultur enn de horisontale bånd. Det vil være sterkere bindinger mellom foreldre og barn enn mellom søsken. Men der den vertikale linje mangler, kan horisontale linjer komme til å erstatte de vertikale. Derfor ser en ofte at barnløse får en binding til nevøer og nieser som foreldre har til sine barn.

Familiesolidaritet kan komme til uttrykk på forskjellig måte. Bengtson og Roberts (1991) mener at familier som har høy grad av solidaritet vil blant annet omgås ofte, ha sterke følelser for hverandre, yte hjelp og føle seg forpliktet overfor hverandre. Dette å ta ansvar når eldre blir hjelpetrequende, oppleves av de fleste ektefeller, barn og barnebarn som en selvfølge. Solheim (1996) hevder at omsorgen for eldre pårørende faller i to kategorier. En liten gruppe som yter stor innsats i forhold til omfattende pleie- og omsorgsoppgaver, og en større gruppe som gir mindre hjelp. I følge Thorsen (1998) er det en sterk ansvarsfølelse å se blant den nære familie til eldre. Mange har kontakt flere ganger i uka og telefonkontakt daglig. Daatland og Solem (2000) konkluderer også med at kontakten mellom eldre foreldre og voksne barn er hyppig og utbredt. Flere undersøkelser viser at når ektefellen mangler, er det døtrene som oftest som går inn som hovedomsorgsgiver (Thorsen, 1998). Samhold mellom foreldre og barn er basert på en følelsesmessig tilknytning. Selv om de fleste undersøkelser kan tyde på at forholdet mellom generasjonene er nært og tett, kan det se ut til at dette oppleves forskjellig i de to generasjoner. Foreldre er tilbøyelig til å rapportere om sterkere følelser, mer kontakt og større grad av samhold enn hva barna gjør (Daatland og Solem, 2000).

Ektefellen vil være den nærmeste omsorgsansvarlige. Gjennom ektepakten er ektefeller forpliktet til å ta vare på hverandre (Nordhus et al, 1986), og de fleste tar denne forpliktelsen om forholdet er godt eller dårlig. Mange vil oppleve seg betydningsfull og at de har en viktig oppgave i forhold til sin pleieavhengige partner, selv om dette også kan være en belastning (Daatland, 1983). Det er mer vanlig at kvinner tar omsorg for sine pleieavhengige menn enn omvendt. Dette kan ha sammenheng med at menn ofte er eldre enn kvinnene i et parforhold. I følge Lingsom (1997) og Szebehely et. al (1997) får menn som tar omsorg for sine pleieavhengige koner, mer støtte og hjelp fra familie og det offentlige hjelpeapparatet enn kvinner får i samme situasjon. Jerrome (1990) mener at blant annet menn på grunn av dette kan dra mer nytte av et parforhold enn kvinner.

Det vil være store forskjeller i den hjelp og støtte eldre får av familien. Noe skyldes størrelsen på nettverket, men også geografisk og følelsesmessig avstand mellom den eldre og øvrige familie samt ansvarsfølelse vil variere stort. Flere forskere hevder imidlertid at selv om den kommunale helsetjeneste er blitt sterkt utbygget, har det vært stor stabilitet i familieomsorgen gjennom de siste 20 –30 år (Daatland og Solem, 2000, Lingsom, 1997) . Hjelpeomfanget er opprettholdt, men oppgavene og innsatsen er fordelt på flere, og familiene har fått en ny rolle i omsorgen. Den nære familie er fortsatt den sentrale omsorgsinstitusjon. Familien føler et særlig ansvar i forhold til den emosjonelle og sosiale støtten, mens det offentlige i større grad overtar praktiske omsorgsoppgaver. Den emosjonelle og sosiale støtten vil også være av betydning for å kunne bo i egen bolig.

Det uformelle nettverk vil også bestå av venner, naboer, slekt, foreninger og organisasjoner. Men i følge Daatland (1990) er det få som vil vende seg til venner dersom en har behov for vedvarende hjelp eller omsorg. Naboer kan få en særlig betydning i eldre år, og i en del situasjoner der nabo også er venn, vil disse personene være en viktig ressurs for den pleietrengende. Foreninger og organisasjoner vil ofte være viktige faktorer i det sosiale nettverk, og mange eldre kan ha fått gode venner gjennom slike sosiale aktiviteter. I den sammenheng vil enkeltmedlemmer i slike foreninger og organisasjoner fortsatt spille en viktig rolle selv om den eldre pleieavhengige ikke lenger er aktiv medlem i foreningen.

I følge Schieflo (1997) kan det synes som de fleste ønsker et nabolag preget av trygghet og trivsel, og der en kjenner de fleste beboerne, men der en ikke ønsker å gå inn i forpliktende

omsorgsoppgaver overfor naboer. Dette, hevder han, kan være grunnen til at eldre i bomiljø med mange eldre er redd for å ta kontakt og etablere nye bekjentskaper.

Kompensasjons- og substitusjonsteorien er opptatt med å se på vennskap i forhold til kontaktformer (Townsend, 1968). I følge denne teoriene vil den som mister sin ektefelle eller mister kontakt med sin nære familie, søke kompensasjon for dette blant annet ved å opprette kontakt med venner eller annen familie. Venner vil være en kompensasjon hvis familie faller fra eller flytter. Jerrome (1990) viser til fire ulike strategier ved tap av ektefelle eller annen nær slektning:

- en kan utvide og utdype eksisterende sosiale kontakter
- en kan knytte seg nærmere til søsken
- en kan finne nye venner
- en kan utvikle rollen som den ”gode” nabo

Med bagrunn i denne teorien kan en anta at eldre vil kompensere for tap av ektefelle eller redusert kontakt med familie ved å etablere nye kontakter eller utdype kontakt med venner og naboer. I følge Rosow (1967) vil antall venner som den eldre har, variere med antall eldre som bor i boligområdet, for de fleste vennene vil være eldre. For at den eldre skal kunne etablere nye vennerelasjoner, blir det viktig at det er andre eldre mennesker i det nære sosiale miljø. Følgelig kan en forvente at eldre søker boligområder der det bor andre i samme alder. Tap av sosialt nettverk i et boligområde, kan medføre et ønske om å flytte til et område der en kan kompensere for den reduserte sosiale kontakten. Eldre som bor i tilrettelagte boliger, og på aldersinstitusjoner, vil ha mange eldre i sitt nærmiljø og ha mulighet til å opprette nye kontakter.

4.3.4 Det formelle nettverk

De fleste eldre pleieavhengige mottar hjelp både fra familie og det offentlige. Fusadommen av 25.sept. 1990 slår fast at hjemmesykepleie og hjemmehjelp er rettigheter, og at en i stor grad må kunne forvente å få den hjelp en trenger for å kunne bo hjemme (Boe, 1991, Kjønstad, 1991). Utfordringen er å bygge opp et helsetjenestetilbud i tråd med befolkningens behov for helsehjelp. I denne undersøkelsen har en tatt utgangspunkt i eldre som har svært forskjellig funksjonsevne og hjelpebehov.

Det er foretatt ulike undersøkelser når det gjelder oppgaver og ansvarsområder tillagt hjemmesykepleien (Iversen, 1986, Solheim, 1996). Etter hvert som hjemmehjelpstjenestene er utbygd, har oppgavene blitt endret. Det er blitt flere pasienter med ulike pleie- og omsorgsbehov, og mange har store og komplekse behov. Samtidig har hjemmehjelpere i større grad overtatt ”letterere” pleieoppgaver. Omfanget kan variere sterkt fra de som trenger hjelp en gang per uke/annenhver uke til de som har behov for flere timer flere ganger daglig (Solheim, 1996). Som et ledd i endringer i psykiatriomsorgen har også pasientgruppen som har psykiske problemer økt, i hjemmesykepleien (Cappelen, Hellerød og Lorentzen, 1995). Men også de endringer som har skjedd i bomønster og familiestruktur, har ført til at flere er blitt enslige, og mange savner et større sosialt nettverk (Solheim, 1996). En del av hjemmesykepleietiltakene vil være konsentrert om tilsyn og det å ha sosial kontakt med den hjemmeboende. Mennesker uten gjenlevende venner eller familie har ofte ansatte i det offentlige hjelpeapparatet som eneste kontaktkilde (Alvsvåg og Tanche-Nilssen, 1999). Alvsvåg viser til at av og til kan denne kontakten være så viktig at det er en av hovedgrunnene til at en ønsker å bo i eget hjem (Alvsvåg, 1989). Som et resultat av utbygd hjemmetjenester, er muligheten til å dø i eget hjem blitt større. Gruppen alvorlig syke og døende har vokst i hjemmesykepleien (Cappelen, Hellerød og Lorentsen, 1995). Brenden og Sørbye (2000) peker på at sterkt pleietrengende hjemmeboende kan bli værende hjemme ved økt innsats av den kommunale helsetjeneste.

Det er viktig at både pasient, pårørende og den kommunale helsetjeneste har klare kontrakter på ansvars- og funksjonsfordeling, avtaler som alle parter opplever hensiktsmessig. Hjemmesykepleien spiller en viktig rolle i forhold til å kartlegge hjelpebehov og hjelpe den eldre til en bedre bosituasjon. Dette gjelder fysiske/materielle endringer eller å hjelpe til med å opprette nettverk for den eldre eller formidle kontakt. I de fleste tilfeller er den eldre pleietrengende avhengig av både uformell og formell omsorg for å kunne klare seg i eget hjem. Det er viktig å få til et nært og godt samarbeid mellom den pleieavhengiges ulike nettverk.

I komplementeringshypotesen ser en på familien og det offentlige som to systemer som utfyller hverandre. En er opptatt med at disse ”systemene” har ulike oppgaver. Familien har først og fremst en emosjonell og støttende funksjon mens det offentlige er mer opptatt med praktiske omsorgsoppgaver (Daatland og Solem, 2000). Thorsen og Dyp (1993) avdekker at de fleste pårørende er fornøyd med den hjelp som det offentlige gir, og i mange situasjoner

vil denne hjelpen være avgjørende for at familie og venner kan fortsette med sine omsorgsoppgaver.

Flere forskere har pekt på at et godt offentlig omsorgsapparat vil kunne fortrenge uformelle spontane relasjoner. Dette er ofte framstilt som substitusjonshypotesen. Et sterkt formelt nettverk vil, i følge denne hypotesen, føre til at det uformelle nettverk ikke lenger føler ansvar og forpliktelse. En er derfor opptatt med at det offentlige ikke må overta eller frata familiens naturlige ansvar (Dalgard og Sørensen, 1988, Daatland, 1990, 1997, Lingsom, 1997).

Alvsvåg og Tanche-Nilssen (1999) peker på flere faktorer som kan hindre et godt hjelpetilbud fra det offentlige. Ved omfattende hjelpebehov vil både familie og den hjelpeavhengige måtte forholde seg til mange hjelpepersoner selv om en forsøker å organisere dette etter primærsykepleieprinsipper. Dette kan virke frustrerende og slitsom både for pasient og familie. Et annet moment som det pekes på er at en ofte vil ha for liten tid til den enkelte og derfor ikke får gitt tilstrekkelig pleie og omsorg (Næss og Wærness, 1995). Disse faktorer kan medføre at omsorgen rundt den pleieavhengige ikke blir tilfredstillende, og at en ikke lenger ønsker å bo i eget hjem. Alvsvåg og Tanche-Nilssen(1999) hevder også at det er pasientgrupper som ikke klarer å bo hjemme til tross for stort hjelpetilbud. Hun nevner spesielt pasienter med utpreget senil demens, pasienter som har en utpreget tristhet, depresjon eller angst og sterkt hjelpetrengende som i liten grad kan bruke hjelpeapparater. Mange av disse vil oppleve hjemmesituasjonen så traumatisk at det vil bli et sterkt ønske om å få institusjonsplass.

4.3.5 Sosial støtte

Sosial støtte omfatter instrumentell støtte og emosjonell støtte. Begrepet instrumentell støtte innbefatter blant annet en følelse av tilgjengelig støtte og hjelp, mens emosjonell støtte omfatter tilknytning, informasjon og rådgivning (Weiss, 1973). Begrepet "Perceived Social Support", opplevd sosial støtte, innbefatter en vurdering av om i hvilken utstrekning en interaksjon et interaksjonsmønster eller en relasjon oppleves som hensiktsmessig (Scafer et al., 1981). Opplevelsen av sosial støtte har sammenheng med hvordan den enkelte oppfatter de støttende handlinger som igjen er avhengig av personlige egenskaper og holdninger. Langeland (1994) fant i sin undersøkelse blant annet sammenheng mellom mestring og opplevelse av sosial støtte, og understøtter Antonovsky som omtaler sosial støtte som en

mestringsressurs. Sosial støtte kan deles inn i "Cognitive support" – forventning om støtte og "Perceived Social Support" – konstantering om at støttehandlingen er utført (Scharzer og Leppin,1989). Opplevelse av sosial støtte gjør det lettere å klare seg gjennom kriser i livet fordi en har noen å dele dem med og noen å søke hjelp hos. I denne undersøkelsen har en tatt i bruk instrumentet Social Provisions Scale. Dette instrumentet har til hensikt å måle de kvalitative sidene ved det sosiale nettverk.

Social Provisions Scale er utviklet av Cutrona og Russel (1987) og bygger på Weiss's teori om "social provision", en teori som først og fremst var opptatt med ensomhet (Cutrona, 1986). Weiss (1973) oppfatter sosial støtte som en interaksjonistisk prosess som oppnås gjennom ulike former for samhandling mellom mennesker, og han bygger sin teori på to retninger innen nettverksforskning. Den første retningen er opptatt med at menneske har et behov for å inngå relasjoner med andre mennesker. Den andre retningen er opptatt med sosiale kontakter innenfor et arbeidsfellesskap. I denne retningen er en opptatt med å skille mellom relasjonene i "primary relationships" og relasjoner i "secondary relationships". "Primary relationships" kjennetegnes av varme, hengivenhet og nære relasjoner, mens det andre, "secondary relationships", er opptatt med instrumentell hjelp og rådgiving og har liten emosjonell betydning.

Weiss omtaler seks provisjoner som sentrale i forhold til sosial støtte. Med "Attachement" menes dette å oppleve nær tilknytning til en annen person. Ved mangel på "attachement" vil en oppleve følelsesmessig ensomhet. Med "social integrasjon" menes opplevelse av å høre til i en sosial gruppe. Mangel på "social integrasjon" gir "social loneliness". Den tredje provisjonen er betegnet "opportunity of nurturance", og omfatter det å være til nytte og bety noe for andre. For mange vil dette å ha nær familie være viktig for å oppleve det som betegnes "opportunity of nurturance". "Reassurance of worth" setter fokus på opplevelse av egenverdi. Mangel på denne provisjonen vil bekrefte følelse av å ha lavt selvbilde. Med provisjonen "a sense of reliable alliance" setter Weiss fokus på det å ha noen å stole på for å oppleve sosial støtte, og i den siste provisjonen "the obtaining of guidance" settes det fokus på dette å ha noen som en kan stole på som kan gi råd i stressende situasjoner. Fravær av dette kan gi angst og usikkerhet.

I denne undersøkelsen brukes de fire første provisjonene som mål på opplevelse av sosial støtte. Weiss er først og fremst opptatt med de to første provisjonene, attachement og social

integration som viktige for opplevelse av sosial støtte. Det er nærliggende å mene at stor grad av opplevd sosial støtte gir psykisk velvære og vil virke positivt inn på ønske om å bo i den bolig en har, og at dette vil forsterke ønske om å bo i boligen også ved stort hjelpebehov.

5.0 Tidligere relevant forskning

En viser til tidligere forskning som har sett på Eldres boønsker og sammenhenger mellom boønsker og aktuelle forhold som belyses i denne undersøkelsen. En har spesielt tatt utgangspunkt i to rapporter fra de siste årene, men også andre studier vil bli trukket inn, særlig forskning i norsk og nordisk sammenheng, noe som jeg tror styrker den kulturelle relevans og validiteten av resultatene de gjengir.

5.1 Aktuell forskning om Eldres boønsker

Boll Hansen og Platz (1995) utførte en dansk undersøkelse om 80 –100 åringers levekår (n = 1845). De fleste eldre (75 –80%) bodde i vanlige hus/leiligheter, 12-15% bodde i det som kan betegnes som tilrettelagte boliger og 5-10% bodde på sykehjem. (Variasjonen i prosentandel skyldtes forskjeller mellom de ulike kommunene). I rapporten fremgår det at de aller fleste eldre (90%) ikke ønsket å flytte fra sine boliger. Blant dem som helst vil ha en annen bolig (5% av hele utvalget), var det eldre som ikke hadde behov for fysisk pleie og omsorg. Grunnen til at de ønsker en annen bolig var et behov for å være sammen med andre eldre og føle seg trygg. Det var først og fremst utrygghet som lå til grunn for et ønske om å flytte. Ved et eventuelt økt hjelpebehov i framtiden var det mellom 12- 18% som ønsket en endret bolig. Mellom 75- 80 % kunne ikke tenke seg å skifte bolig i det hele tatt selv med økt hjelpebehov.

Dale (1998) konkluderer i sin undersøkelse (57 pasienter i hjemmesykepleien over 65 år) med at eldre ønsker fortsatt å bo i egne hjem selv om helsa og funksjonsevnen blir dårlig. I en undersøkelse blant eldre hjemmeboende i to bydeler i Oslo fant Daatland (1988) at ca. 75% av de spurte ønsket å bli boende i sine opprinnelige hjem, 35% ønsket å flytte til en annen form for bolig. Daatland (1994) var i en annen undersøkelse opptatt med hvordan de eldre stilte seg til dette å komme på sykehjem. Det var 44% av personene over 60 år som svarte ”Ja, absolutt” på spørsmål om de kunne tenke seg å flytte til det lokale sykehjem når de ble gamle, 35% svarte ”Ja, men helst ikke” og 19% svare ”Nei”.

Hovde (1998) har utført en undersøkelse om eldres boforhold i en bydel i Oslo. Undersøkelsen omfattet et tilfeldig utvalg på 120 respondenter i alderen 69 til 88 år. Hovde konkluderer med at de aller fleste ønsket å bli boende der de bodde. Hvis de måtte flytte, var tilrettelagte eldreboliger et bedre alternativ enn sykehjem og generasjonsbolig. Det var ingen i undersøkelsen som uttrykte ønske om å komme på aldershjem. I undersøkelsen til Danielsen og Langsether (1987) fant en at 23% under ingen omstendigheter ønsket å flytte til aldershjem, og 20% ønsket ikke å flytte til sykehjem.

I Slagsvolds undersøkelse (2000) (n = 1692) har en blant annet kartlagt ulike sider ved boforholdene til hjelpeavhengige eldre over 70 år. Respondentene i undersøkelsen hadde følgende bosituasjon: 37,6% -sykehjem, 4,0 % - aldershjem, 22,3% - tilrettelagte boliger 36,1% - hjemmeboende. I dette utvalget var det 70 – 80% som svarte at boligen passet deres behov, ca. 15% svarte både og. 84% av de som bodde i vanlige boliger ønsket å bo slik de bodde, mens 88% av de som bodde i tilrettelagte boliger, hadde et slikt ønske. Av de ca. 15 % som ønsket en annen boform, var det ca. 5% som ønsket seg til institusjon mens 10% ønsket en annen selvstendig boform. I samme undersøkelse ble det spurt aldershjemsbeboere, sykehjemsbeboere og beboere i tilrettelagte boliger om hvor fornøyd de var med å bo slik de bodde. Undersøkelsen viste at grad av fornøydhet (svært godt fornøyd eller fornøyd) var ganske lik for de tre boformene: Sykehjem (77,3%), aldershjem (79,5%) og tilrettelagt bolig (80,2%). Slagsvold understreker at botid influerer på om en bolig oppleves som et hjem. I undersøkelsen viste det seg at bare 25% av de som hadde bodd i boligen ett år eller mindre følte boligen ubetinget som sitt hjem, mens 75% av de som hadde bodd i sin bolig i 10 år eller mer opplevde boligen ubetinget som sitt hjem.

Omsorgsarbeidere ble i samme undersøkelse spurt om hvilket botilbud de eldre burde hatt. De mente at mange eldre burde flyttet til institusjon eller hjemmefra til en tilrettelagt bolig fordi de ikke fikk dekket personlige behov. En mente at i overkant av halvparten burde flytte til institusjon eller tilrettelagt bolig. Av de som bodde i tilrettelagte boliger mente omsorgsarbeiderne at én av fire burde i institusjon, mens noen få burde flytte til eget hjem (Slagsvold, 1999).

Eldre mennesker har tradisjonelt vært tilbakeholdne med å flytte (Daatland og Solem, 2000), og for de fleste eldre representerer dette en stor belastning både følelsesmessig, sosialt og praktisk (Dahl og Vogt, 1996). I følge Boligundersøkelsen (Gulbrandsen, 1998) har ca. hver

femte flyttet etter at de pensjonerte seg (her er ikke flytting til institusjon medregnet), men det har vært en generell økning i flyttingen i 1990 årene. I Danmark har en hatt en flytterate på 70% for de over 60 år. Ca. 50% har vært innenfor kategoriene alminnelige boliger.

5.2 Forskning om sammenheng mellom bønnsker/bomulighet og funksjonsevne, psykisk velvære, boforhold, sosiale forhold og mestringsevne

Daatland (1988) hevder at det å bo selvstendig vurderes som klart viktigere enn å kunne bli boende i nettopp den boligen eller det nærmiljøet en for tiden bor i. I følge de Jong og Fawcett (1981), som har forsket på motiver for flytting, er det komfort, autonomi og tilhørighet som er sentrale motiver for eldre når de flytter. En ønsker å unngå anstrengelser, grad av autonomi avtar, og det betyr noe å være nær jevngamle med tanke på sosial kontakt. Dette understrekes også av Platz (1992).

Undersøkelser i Skandinavia viser at forekomst av aldersdemens hos eldre innlagt i sykehjem kan være helt oppe i 60-70% (Engedal et.al., 1988). Kårikstad (1996) hevder ut fra sin undersøkelse at hovedårsaken til innleggelse i sykehjem er kognitiv svikt og at dette medfører svikt i ADL- funksjoner. I følge Dellasega et. al. (1994) er det en klar sammenheng mellom nivå av kognitiv svikt og kontakt med helsepersonell. Personer med MMS- skåre (Mini-Mental- Status test) mindre enn 24 ble signifikant oftest reinnlagt i institusjon og ønsket mer hjelp fra hjemmebasert omsorg enn de med høyere MMS skåre. Holmen et.al. (1992) viser også til signifikant sammenheng mellom kognitiv svikt og opplevd ensomhet .

Boll Hansen og Platz (1995) påpeker i sin undersøkelse at andelen ”fysisk svake”(de med redusert evne til å utføre ADL funksjoner) hadde klar sammenheng med bosted. I deres undersøkelse var det ca. 20% med ”dårlig førlighet” som bodde i vanlige boliger, mens prosentandelen i boliger for eldre med personell var ca. 50%. I sykehjem var det mellom 75 og 100% som hadde ”dårlig førlighet”. De konkluderer med at det først og fremst er den fysiske funksjonsevne som er kriterium for tildeling av bolig. Undersøkelsen viste imidlertid at fysisk svake ikke var mindre tilfredse med sin opprinnelig bolig enn de som var mer fysisk sterke.

Slagsvold (2000) fant også at det var langt flere beboere i sykehjem som var avhengig av hjelp enn i de andre boformene. Men forskjellen i funksjonsevne var relativt små mellom de øvrige boformene: Aldershjem, tilrettelagt bolig og ”vanlig bolig”. Det konkluderes med at eldre mennesker fungerer godt i egne boliger og som oftest ikke trenger spesielt tilrettelagte boliger for å klare seg. Målinger med Barthel skåre viste følgende gjennomsnittsmål: Sykehjemsbeboere (7,7), aldershjemsbeboere (12,9), hjemmeboende (13,2) og beboere i tilrettelagte boliger (14,7). (Slagsvold, 2000). Romøren (1999) fant omtrent de samme Barthel skåre for syke- og aldershjems beboere i sin undersøkelse i Nord Trøndelag.

Boll Hansen og Platz (1995) fant ingen klar sammenheng mellom psykososiale forhold og boligtype, men det konkluderes med at det var de psykisk svake og ensomme som var minst tilfreds med sin bolig. Slagsvold (2000) fant i sin undersøkelse få personer som hadde nevroser eller psykoser i betydelig grad, og det var små forskjeller på forekomsten av slike lidelser mellom de ulike boformene (det understrekes at spørsmål var lite besvart i undersøkelsen).

Daatland (1988) viser til at sammenhengen mellom nedsatt funksjonsevne og søknad til trygdebolig eller institusjon ikke var så entydig sterk som en kunne vente. Eldre med sterkt redusert helse søker ikke nødvendigvis trygdebolig eller institusjonsbolig. I følge Daatland kan det synes som om det største problemet er at den hjelpetrengende ikke får den mengde og type hjelp, som gjør at de ikke bare klarer seg, men også har det godt i eget hjem.

Slagsvold (2000) fant i sin undersøkelse at 3% av sykehjemsbeboere, 1% av de som hadde tilrettelagte boliger og 10% blant hjemmeboende mente at boligen passet dårlig. Hun understreker videre at boligstandard (i betydningen: tilgang på ulike fasiliteter, i hvilken grad boligen/rommet er personlig utformet, eller det å ha eget rom), er langt dårligere for de som bor i aldersinstitusjon, enn for de som bor i egen bolig. Forskjellen er også stor når det gjelder tilgang på kjøkken, bad og toalett. I undersøkelsen var det 47% av sykehjemsbeboerne som hadde eget toalett og 26% som hadde eget bad. Blant de som hadde eget hjem, hadde nesten alle dette. Undersøkelsen viste at 50% blant beboerne i tilrettelagte boliger hadde fått større boutgifter etter flytting. Det understrekes at det har skjedd store forbedringer de siste ti år ved ”boliggjøring” av aldersinstitusjoner (Slagsvold, 2000, Ytrehus, 1999).

I Sosialt Utsyn (1993) hevdes det at de aller fleste eldre bor i boliger av god og stadig bedre kvalitet. Men Hovde (1998) konkluderer med at de fleste i hennes undersøkelse hadde problemer i forhold til sin bolig. De største problemene var relatert til trapper og vedlikehold, og få boliger var tilrettelagt for gåstol eller rullestol. I undersøkelsen til Boll Hansen og Platz (1995) fant en at det var ca. 6-7 % av den eldre befolkning som ikke hadde det som ble betegnet som gode boliger. Når en har vært opptatt med boligbetegnelse, har en sett på faktorer som wc, bad, forekomst av trapper til bolig og i bolig, samt innretning og hjelpemidler. Forekomsten av boliger i stueplan og som da ikke hadde trapper, varierte mellom 38 – 57% i de ulike kommuner som var med i undersøkelsen. Når det gjelder annen forskning relatert til boligforholdenes betydning, henvises det til kapittel 3.2.1 og 3.2.2.

I følge Kårikstad (1996) vil eldre mestre å bo hjemme selv med kognitiv svikt og svikt i aktivitetene i dagliglivet (ADL), men en vil da være avhengig av støtte fra det uformelle sosiale nettverk og /eller den kommunale helsetjeneste. Flere undersøkelser understreker at det å bo sammen med noen er den beste kilde for trygghet og omsorg (Daatland, 1987, Boll Hansen og Platz, 1995), men andelen eldre aleneboende har vært jevnt stigende, og i 1990 var det ca. 55% av de over 80 år som bodde alene. Lingsom (1997) viser videre til at kun ca. 10% av de mellom 67 –79 år bor sammen med ett av barna mens på 1970 - tallet var antallet ca. 30%. I en undersøkelse var det 48% som oppga at det var sosiale årsaker som var den primære årsaken til at de søkte innleggelse i institusjon (Lowenthal, ref i Peterson, 1985), sosial isolasjon og fravær av personlige relasjoner var det som var avgjørende. Boll Hansen og Platz (1995) fant også i sin undersøkelse at det var de psykisk svake og ensomme som var minst fornøyd med sin bolig.

Levekårsundersøkelsen i 1995 (NOS, C 301, 1995) viser at selv om det er få eldre som bor sammen med barna, er det mange som har barna boende i nabolaget. Undersøkelser som er gjort i forhold til kontakt mellom eldre og voksne barn, tyder på at det stort sett er et godt samhold mellom dem. Mellom 15 og 20% av middelaldrende barn sier at de treffer sine eldre foreldre daglig, og ca. 50 % minst ukentlig. Dette mønstret har holdt seg gjennom de siste 25 årene (Lingsom, 1997). Slagsvold(2000) viser i sin undersøkelse at mellom 10 –20% av de eldre ønsket mer hjelp til basale dagligdagse oppgaver, og at 20-30% ønsket mer hjelp til andre gjøremål som ærende og husarbeid. Det var imidlertid ingen forskjell i forhold til boform. Disse tendenser støttes også av undersøkelsen til Boll Hansen og Platz (1995). Det er først og fremst praktiske oppgaver de eldre etterspør mer hjelp til, og hjelp til å komme ut

fra boligen. Mellom 15-45 % mener det blir for liten tid til samtale med hjemmesykepleien eller hjemmehjelpen.

I følge Rosow (1967) og Thorsen (1988 b) ønsker mennesker å etablere seg i bomiljøer hvor andre beboere har samme sosiale status som en selv. En mener at homogenitet i beboergruppe øker kontakten. Dette understøttes også av de Jong og Fawcett (1981) og Daatland (1999). De Jong og Fawcett fant i sin forskning at nærhet til jevngamle, med tanke på sosial kontakt, var en av de viktigste grunnene til at eldre flyttet. Brodtkorp og Wahlstrøm (1999) har foretatt en kvalitativ undersøkelse blant eldre i omsorgsboliger i Oslo (n = 29). Undersøkelsen viste at de eldre generelt hadde et håp om en tryggere tilværelse både teknisk og sosialt når de flyttet til omsorgsboliger. Boll Hansen og Platz (1995) mener også å finne at eldre i boliger med personale og felles oppholdsrom i større grad får dekket behovet for sosiale relasjoner enn andre eldre i andre bosituasjoner.

Ytrehus (1997) fant derimot i sin undersøkelse om beboere i nye omsorgsboliger at beboerne i omsorgsboligene ikke opplevde boligen som tilpasset. Den var dårlig tilrettelagt og boligen lå avsides og den eldre følte seg utrygg. Dette kunne ha sammenheng med at det sosiale nettverk hadde "raknet", og at behovet for å være nær det formelle nettverk hadde økt. Flyttingen til omsorgsboliger endret imidlertid ikke kontakten med det uformelle nettverket. Slagsvold (2000) mener å finne at eldre i tilrettelagte boliger følte seg mer ensomme enn eldre i eget hjem (ikke tilrettelagte boliger), mens eldre i ikke tilrettelagte boliger følte seg mer isolert enn eldre i tilrettelagte boliger. Hun peker videre på at eldre i tilrettelagte boliger i gjennomsnitt hadde hyppigere kontakt med hjemmehjelp og hjemmesykepleie enn eldre som bodde i sine opprinnelige hjem.

Hulsman og Chubon (1989) utførte et studie der en sammenlignet opplevelse av livskvalitet blant eldre i sykehjem og i hjemmesykepleien. Pasientene kom ganske likt ut på livskvalitetsmåling. Det så imidlertid ut til at mulighet for privatliv og forutsigbarhet betydde mer for den hjemmeboende. Sykehjemsbeboeren rapporterte derimot om bedre mulighet for sosialt liv og større trygghet.

Boll Hansen og Platz (1995) konkluderer med at det er personlige forhold som først og fremst er avgjørende for om en er tilfreds med boligen eller ikke, og at også ensomhetsproblemer i

stor grad henger sammen med evnen til å mestre sin situasjon. I følge Almin et.al.(1987) er det eldre med høy mestringskompetanse som først og fremst vil bo i sine nåværende bolig. Vabø (1998 s 28) konkluderer med følgende i sin undersøkelse: ”Det er slående hvor forskjellig folk innretter seg og håndterer de problemer som følger med alderdommen. Umiddelbart er det ikke alltid enkelt å få klarhet i hvorvidt dette skyldes ”ytre” forhold som økonomi, sosial forankring eller en persons ”indre” ressurser.

6.0 Forskningsspørsmål og hypoteser

En er i dette studiet opptatt med å se på hvilke boønsker eldre pleieavhengige har. Det teoretiske rammeverk og tidligere forskning understøtter at faktorer som boforhold, sosialt nettverk, fysisk funksjonsevne, psykisk velvære og mestringsevne kan ha betydning for bomuligheter og boønsker. En ønsker derfor å se på hvilken sammenheng det er mellom disse faktorene og de boønsker den eldre pleieavhengige hjemmeboende eldre har. Det er nødvendig å forenkle denne overordnede problemstillingen i konkrete forskningsspørsmål og testbare hypoteser. Hypoteser omformer problemstilling til antakelser om forhold mellom to eller flere variabler (Polit og Hungler, 1999). Med utgangspunkt i forskningsspørsmålene kan statistiske og alternative hypoteser formuleres. Disse forskningsspørsmål og hypoteser presenteres i dette kapitlet. I forskningsspørsmålene henvises det til aktuelle variabler i spørreskjemaet (vedlegg 3)

6.1. Bakgrunnsvariabler

Det vil være aktuelt å beskrive utvalget i forhold til bestemte variabler. En har valgt å ta med følgende bakgrunnsvariabler: alder, kjønn, sivilstand, familieforhold, utdanning, yrke, økonomi og bolig.

6.2 Boønsker

1. Hvor ønsker eldre pleieavhengige å bo (v 93)?
2. Er eldre pleieavhengige bekymret for å måtte flytte fra sin bolig (v100)?
3. Hvor ønsker eldre pleieavhengige å bo dersom de i fremtiden skulle få behov for mye hjelp (v 94)?
4. Vil framtidige boønsker ved stort hjelpebehov være forskjellig i forhold til hvilken boligtype en bor i (v 13, v 94)?

6.3 Boforhold

5. Opplever eldre hjemmeboende, pleieavhengige mobilitetsproblemer i sin bolig (v 14, v 15)?
6. Er det mange pleieavhengige, hjemmeboende eldre som bor tungvint og ønsker å flytte på grunn av dette (v16)?
7. Opplever eldre hjemmeboende, pleieavhengige at det å bo hjemme gir styring og frihet i livet (v 106)?
8. Er eldre, hjemmeboende, pleieavhengige redd for å bo på institusjon og opplever de dette skremmende (v108)?

Disse spørsmålene gir grunn til å stille følgende hypoteser:

Ho1: Det er ingen sammenheng mellom nåværende boforhold og et framtidig boønske ved økt hjelpebehov.

HA1: Det er en sammenheng mellom nåværende boforhold og et framtidig boønske ved økt hjelpebehov.

6.4 Sosiale forhold

En har valgt å stille egne forskningsspørsmål i forhold til uformelt nettverk, formelt nettverk og sosial støtte.

6.4.1 Uformelt sosialt nettverk

9. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig mellom de som bor alene og de som bor sammen med noen (v137 og 94)?
10. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig i forhold til hvilken sivilstand en har (v3, v 94)?
11. Vil det at en bor nær familie ha betydning for framtidige boønske ved stort hjelpebehov (v107, v 94)?
12. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig mellom de som har mye kontakt med barn/svigerbarn og de som har lite kontakt med barn/svigerbarn(v138, v 148, v 94)?
13. Vil et framtidig boønsker ved økt hjelpebehov være forskjellig i forhold til hvordan en opplever nabolaget (v18 og 94)?

14. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig i forhold til om en har mye eller lite kontakt med naboer (v142, v152, v 94)?
15. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig mellom de som kan få hjelp fra det uformelle nettverk og de som ikke kan få slik hjelp (v 89, v 91 og 94)?

6.4.2 Formelt sosialt nettverk

16. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig i forhold til hvor fornøyd en er med hjelpen en får fra den kommunale hjemmehjelp (v 31 og v 94)?
17. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig i forhold til hvor fornøyd en er med hjelpen en får fra den kommunale hjemmesykepleie (v 42 og v 94)?
18. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig mellom de som er trygg på at hjemmesykepleien kan utvide sitt tilbud, og de som ikke er trygg på dette (v 90 og v 94)?

6.4.3 Opplevelse av sosial støtte

19. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig mellom de som opplever høy grad av sosial støtte, og de som opplever liten grad av sosial støtte (v 166 –181, og v 94)?
20. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig mellom de som ofte er ensomme og de som aldri er ensomme(v 372 og v 94)?

Disse spørsmål som er knyttet til sosiale forhold gir grunn til å stille følgende hypotese:

Ho2: Det er ingen sammenheng mellom nåværende sosiale forhold og et framtidig boønske ved økt hjelpebehov.

HA2: Det er en sammenheng mellom nåværende sosiale forhold og et framtidig boønske ved økt hjelpebehov.

6.5 Fysisk funksjonsnivå og psykisk velvære

21. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig ut fra grad av fysisk funksjonsnivå (v332 –341 og v 94)?
22. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig ut fra opplevelse av psykisk velvære (v 228 –231, v 232 og v 94)?

Med grunnlag i disse spørsmålene stilles følgende hypotese:

Ho3: Det er ingen sammenheng mellom fysisk funksjonsevne, psykisk velvære og et framtidig boønske ved stort hjelpebehov.

HA3: Det er en sammenheng mellom fysisk funksjonsevne, psykisk velvære og et framtidig boønske ved stort hjelpebehov.

6.6 Mestringsevne

23. Vil et framtidig boønske ved økt hjelpebehov være forskjellig mellom de som har høy mestringsevne, og de som har lav mestringsevne (v 182- v194 og v 94)?

Dette gir grunn til å stille følgende hypotese:

Ho4: Det er ingen sammenheng mellom mestringsevne og et framtidig boønske ved stort hjelpebehov.

HA4: Det er en sammenheng mellom mestringsevne og et framtidig boønske ved et stort hjelpebehov.

7.0 METODE

I dette kapitlet klargjøres det for den metodiske tilnærming som er brukt for å svare på forskningsspørsmål og hypoteser. Det redegjøres videre for de metodiske valg som er blitt foretatt. I en forskningssammenheng vil ofte flere ulike design kunne gi svar på den aktuelle problemstillingen (Polit og Hungler, 1999). Et forskningsdesign betegner utvalgstype, dataregistreringsmetode og analyseteknikker. Formålet er i størst mulig grad å beskrive de sammenhenger der kan være mellom de valgte variabler. I kvantitativ metode fokuseres det blant annet på dette å finne sammenhenger, og et aktuelt forskningsdesign innen deskriptiv kvantitativ metode er survey.

7.1 Surveydesign

Survey brukes først og fremst for å beskrive karakteristika eller atferd som fremstår i en populasjon. En ønsker å få oversikt over bestemte variabler og forholdet mellom disse. I følge Mordal (1989) er surveydata et øyeblikksbilde. I en surveyundersøkelse vil en vanligvis ha et stort antall respondenter og en vil være opptatt med å kunne generalisere funnene. Innen surveydesign vil det ikke være noen form for eksperimentell manipulering av den uavhengige variabelen, og da heller ikke være grunnlag for å trekke kausale slutninger. I en slik undersøkelse vil en derfor være avhengig av et strukturert og formalisert opplegg der det er mulig å gjøre statistiske målinger som kan vise til sammenhenger og mål for sammenheng (Polit og Hungler, 1999). Når en skal gjøre en teoretisk definert problemstilling målbar, er det aktuelt å operasjonalisere de teoretiske variablene. I denne sammenheng er det viktig at den operasjonaliserte variabel er i overensstemmelse med den teoretiske variabel, og at data har høy validitet. Et stort randomisert utvalg karakteriserer det klassiske korrelasjonsdesignet, men hvis dette ikke er mulig, kan en bruke bekvemmelighetsutvalg (Brink og Wood, 1989).

En skiller mellom komparativ og korrelasjons survey. Dette studiet er først og fremst opptatt med korrelasjon, da en er opptatt med å se på sammenhenger mellom bestemte variabler. Men da utvalget vil bestå av ulike undergrupper, vil det også være mulig å gjøre komparative

undersøkelser. I et korrelasjonsdesign med et begrepsmessig rammeverk vil problemstillingen kunne ut i forskningsspørsmål. Men en kan også stille hypoteser dersom en ønsker å teste teori ut fra et allerede kjent rammeverk. I dette studiet har en valgt å stille både forskningsspørsmål og hypoteser.

Når det gjelder datasamling ved survey, er det i prinsippet tre metoder som kan benyttes (Polit og Hungler, 1999). Ved observasjonsmetoden registreres iakttagelser. I det personlige intervju stilles spørsmål og respondentens svar registreres eller respondenten fyller selv ut spørreskjemaet mens intervjueren er til stede. I enquet undersøkelser leser respondenten selv spørsmålene og registrerer sine svar. Et typisk kjennetegn ved survey er at data registreres systematisk, og at en har forhåndsdefinerte svaralternativ som er kodet, men det utelukker ikke at en også kan ha åpne spørsmål (Holme og Solvang, 1996). Ved surveyundersøkelse må en også vurdere tidsperspektivet. Dette studiet er et tverrsnittstudium der en foretar personlig intervju på et bestemt tidspunkt. I longitudinelle studier følger en respondentgruppen og gjør flere dataregistreringer (Holme og Solvang, 1996).

7.2 Utvalg

Følgende inklusjonskriterier ble satt opp:

- Hjemmeboende eldre over 75 år.
- Pleieavhengig og tilknyttet kommunal helsetjeneste, det vil si får hjemmesykepleie og eventuell annen kommunal helsetjeneste.
- Respondenten skal være orientert for tid og sted og kunne kommunisere og gi uttrykk for egne meninger.
- Respondenten skal forstå hensikten med undersøkelsen og kunne gi skriftlig informert samtykke.
- Utvalget skal bestå av kvinner og menn og skal omfatte pasienter med ulike typer lidelser.

Populasjonen fyller de overnevnte kriterier, og utvalget i undersøkelsen omfatter 242 respondenter. Syv sørlandskommuner som kunne være representative for landsgjennomsnittet, ble valgt ut til å være med i undersøkelsen. Etter norske forhold bestod disse kommunene av to landkommuner, tre småbykommuner, en mellomstor by og en større by. Sammensetningen

av kommuner er gjort etter en fordeling av Statistisk sentralbyrå gitt som grunnlag for forskning i offentlig sektor. I utvelgingen ble det vektlagt å ta hensyn til befolkningssammensetning, alderssammensetning og forhold by-land bebyggelse.

Det ble foretatt en hensiktsmessig, stratifisert sannsynlighetsutvelging. Oversykepleier på de ulike omsorgskontorene foretok seleksjon på bakgrunn av utvalgsriteriene og på bakgrunn av kjennskap til pasientene. Det var 290 som sa ja til å være med på undersøkelsen etter henvendelse fra hjemmesykepleien. Av disse var det 48 (17%) som ikke ble med i undersøkelsen, 28 (10 %) ombestemte seg, ni (3%) ble innlagt på institusjon, ni (3%) døde og to (1%) ble ikke med av ukjente årsaker. Det totale antall reelle respondenter ble dermed 242.

7.3 Instrument

Spørreskjemaet (vedlegg 6) ble utarbeidet som instrument i forhold til undersøkelsen som heter: Mestringsressurser og mestringssevne hos pleieavhengige hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste, og det inneholder 442 variabler. Spørreskjemaet ble systematisert og utarbeidet med tanke på optisk lesing. Da dette er en omfattende undersøkelse, er også spørreskjemaet blitt stort og omfattende og omhandler mange forhold og indekser. Spørsmålene er hovedsakelig lukkede (med unntak av noen få åpne spørsmål). Der hvor det har vært nødvendig med omkoding eller sammenslåing av enkeltvariabler til indekser, er det opprettet nye indeksnavn. Instrumentet gir grunnlag for ulike studier. I dette studiet er en opptatt med bestemte variabler og indekser i spørreskjemaet (i henhold til spørsmål og hypoteser i kapittel 6).

7.3.1 Variabler og indekser som inngår i analysen

I en kvantitativ metode er det en forutsetning at en får presise og målbare uttrykk for den problemstilling som ønskes drøftet (Holme og Solvang, 1996). Disse forfatterne understreker at selv om forskeren mener at operasjonaliseringen av begreper og variabler er dekkende og fruktbar, er det ikke sikkert respondentene opplever det på samme måte. Det blir derfor vesentlig å være så presis som mulig når den teoretiske valgte problemstillingen skal gjøres

målbar. I denne undersøkelsen er en opptatt med å operasjonalisere følgende variabler: Ønsket bolig, boligforhold, funksjonsevne, psykisk velvære, sosiale forhold og mestringsevne.

7.3.1.1 Bakgrunnsvariabler

Innledningsvis i spørreskjemaet er det tatt med bakgrunnsvariabler. I v 13 får en oversikt over aktuelle boliger som pasientene bor i. En har valgt følgende inndeling: Frittliggende bolig/gårdsbruk, rekkehus eller enebolig i rekke, boligblokk, trygdebolig/pensjonistbolig, servicebolig og annet. Det gjøres en sammenslåing av bolig til to kategorier: ”**Tilrettelagt bolig**” og ”**ikke tilrettelagt bolig**.” **I denne undersøkelsen vil tilrettelagte boliger omfatte trygdebolig, pensjonistbolig og serviceboliger.** Denne kategoriseringen kan være kunstig da også eneboliger, rekkehus og blokkleiligheter kan betraktes som tilrettelagte, men trygdeboliger/pensjonistboliger og serviceboliger vil være spesielt tilrettelagt for funksjonshemming.

7.3.1.2 Avhengig variabel - ønsket bolig.

I spørreskjemaet v 93 spør en respondenten hvor de ønsker å bo ut fra slik situasjonen er akkurat nå. Aktuelle svaralternativer var: Ønsker fortsatt å bo hjemme, kunne trenge et opphold i rehabiliteringsavdeling, ønsker trygdebolig eller annen trygg boligform, ønsker helst å komme på aldershjem, ønsker å komme på sykehjem, ønsker å komme på sykehus, ønsker at jeg kunne få dø. I v 100 spørres det om respondenten er bekymret for å måtte flytte fra boligen.

I v 94 ser en på ønsket bosituasjon hvis en skulle trenge mye hjelp. Aktuelle svaralternativer var: sykehjem/aldershjem, trygdebolig, usikker på hvor en vil bo, helst bo hjemme, bo hjemme uansett hvor dårlig jeg blir. Ved å sammenligne de framtidige boønskene (v94) med hvilken boligtype respondentene (13) hadde, kunne en få fram om disse boligønskene varierte med boligtype.

7.3.1.3 Variabler knyttet til boforhold

I v 14 og 15 kartlegges data i forhold til fysiske boforhold. En er opptatt med fremkommelighet i bolig og bevegelse inn og ut av bolig. I v 16 spør en direkte om bolig er så tungvint at en ønsker å flytte ut av boligen av den grunn. Variabel 106 og 108 setter fokus på hvilken opplevelse som er knyttet til egen bolig og institusjonsbolig.

7.3.1.4 Variabler knyttet til sosiale forhold

Det uformelle sosiale nettverks betydning for framtidige boønsker ved økt hjelpebehov kartlegges ved å se på følgende variabler:

- om respondenten bor sammen med noen eller bor alene(v 137)
- hvilken sivilstand respondenten har (v 3)
- dette å bo nær familie (v 107)
- kontakthypighet med barn/svigerbarn (v 138, v 148)
- opplevelse av nabolaget (v 18)
- kontakthypighet med naboer (v 142, v152)
- muligheten til å få hjelp fra det uformelle nettverk ved økt hjelpebehov (v 89 og v 91)

Det formelle sosiale nettverks betydning for framtidige boønsker ved økt hjelpebehov kartlegges ved å se på følgende variabler:

- hvordan en er fornøyd med hjelpen fra den kommunale hjemmehjelp (v 30 - 31)
- hvordan en er fornøyd med hjelpen fra den kommunale hjemmesykepleie (v 41- 42)
- i hvilken grad føler en seg trygg på at hjemmesykepleien kan utvidet sitt tilbud (v 90)

Opplevelse av sosial støtte:

For å få data på sosial støtte har en brukt instrumentet ”Social Provisions Scale” (SPS v 166-181). Instrumentet ble utviklet av Cutrona og Russell i 1978 og revidert i 1984 (Cutrona, 1984, Russell, Cutrona et. al., 1984). SPS er en indeks som er bygd på Robert Weiss` teori om ”relational provisions ” fra 1974 (Weiss, 1973).

Indeksen består av fire undergrupper, og spørreskjemaet inneholder 16 utsagn, fire utsagn for hver gruppe, hvert utsagn er inndelt i fire svaralternativer. To spørsmål indikerer at respondenten har tilgang til sosial støtte og to spørsmål indikerer fravær av sosial støtte.

Høyest grad av opplevd sosial støtte har høyest verdi i halvparten av spørsmålene og lavest verdi i de øvrige. En har derfor før dataanalysen reversert de negative svarene. Hver av subskalaene har en score fra 4 til 16, den totale toppscore blir 64 og minimumsscore blir 16. Lav score tyder på mangel på sosial støtte og ensomhet, mens høy score tyder på at respondenten er fornøyd med de sosiale relasjoner. Begrepet sosial støtte er multidimensjonalt, og en kan ikke anta at alle komponentene er koblet sammen til de samme nettverksparametrene (Cutrona, 1986). Instrumentet er oversatt fra engelsk til norsk etter gjeldene regler for slik oversettelse (Reime, 1993).

7.3.1.5 Variabler knyttet til fysisk funksjonsevne og psykisk velvære

Som tidligere nevnt vil funksjonssvekkelse muligens være hovedgrunnen til at den eldre ønsker å flytte fra eget hjem. Det er derfor tatt med indeksen Barthel ADL som beskriver egenomsorg og motorisk funksjonsnivå (v 332 – 341). Indeksen ble primært utviklet for bruk hos slagpasienter, men den er i dag en anbefalt skala for personlig ADL (P-ADL) i geriatrien. (Laake, 1997). Skår vedrørende en funksjon representerer grad av uavhengighet fra annen person. Barthels indeks kan anvendes som et kartleggingsinstrument og gi et bilde av funksjonssvikt som igjen vil indikere i hvilken grad bosituasjonen kan være vanskelig. Barthels indeks omfatter såkalte primære ADL- funksjoner (P-ADL). Det skal en forholdsvis betydelig funksjonssvikt før en person ikke oppnår full skår. Barthels indeks omfatter følgende: Kontinens for avføring, kontinens for urin, matinntak, personlig hygiene, påklledning, forflytning mellom seng og stol, hjelpebehov ved bruk av toalett/dostol, mobilitet innendørs, trappegang og bading. Indeksen er inndelt i ti undergrupper med to til fire spørsmål i hver undergruppe. Maks skår er 20 og viser høy grad av funksjonsevne, minimum skår er 0 og betegner stor grad av funksjonssvikt (s 24). I tillegg stilles det spørsmål om bolig er tilpasset helsetilstand når en spør følgende spørsmål: ”Føler du deg for skrøpelig til å bo slik du gjør nå” (v 97)?

Psykisk velvære er samlet i indeksen : ”Hvordan føler du deg for tiden”(v 228 –231 og v 233). I denne indeksen er det tatt med 5 variabler som angir følelser som trygghet, optimisme, nervøsitet/uro, angst, irritabilitet og depresjon. Topp skår er 20 som viser psykisk velvære og lavest skår er 5 og betegner lav psykisk velvære. Variablene utgjør en samlet faktor,

alphaverdi: .83. Psykisk funksjonsevne kan ha innvirkning på ønsket bosted i intervjusituasjonen og på et framtidig boønske.

7.3.1.6 Variabler knyttet til mestringsevne

En har her valgt å ta utgangspunkt i Antonovskys teori og instrument for måling av mestringsevne (v182 – v194) – 13 spørsmål. Instrumentet ble utviklet i 1987 av Antonovsky (1987). Bagrunnen for instrumentet var kvalitative intervjuer som Antonovsky hadde med 51 personer (21 kvinner og 30 menn) i Israel. Intervjuobjektene var heterogene på alle sosiodemografiske variabler med unntak av at de alle var jøder. (Antonovsky, 1979/1987). Sammen med tre kollegaer gikk Antonovsky gjennom utskriftene fra intervjuene og ved hjelp av en teknikk med utgangspunkt i Guttman's facet theory ble en til slutt enige om 29 utsagn (items) som skulle representere "Sense of Coherence" Questionnaire. Utsagnene ble inndelt i tre ulike komponenter:

- Forståelighet
- Håndterbarhet
- Meningsfullhet

Respondentene skal krysse av på en Likertskala fra 1 til 7. En del av utsagnene har rangering fra 7 til 1 for å hindre respons-set bias.

Indeksen er også laget i en kortversjon med 13 spørsmål, og det er denne versjonen som har vært anvendt i denne undersøkelsen. Forståelighetskomponenten består av fem utsagn og refererer til variablene v 183, 187, 189, 190 og 192. Håndterbarhet består av 4 utsagn og refererer til variablene v184, 186, 191 og 194 mens komponenten meningsfullhet representeres i fire utsagn i variablene v 182, 185, 188 og 193. Totalskår blir utregnet ved å summere enkeltscorene i hvert utsagn. Laveste totalskår blir 13, og den høyeste oppnåelige skår blir 91. Høy skår vil uttrykke høy SOC. Hvert utsagn er knyttet til en komponent, men det vil også inneholde elementer fra de andre komponentene. Det anbefales derfor at instrumentet brukes som en helhet da det er ment å måle den generelle mestringsevne og ikke de enkelte komponentene, komponentene er ment å bidra til helheten. SOC-29 ble opprinnelig laget på hebraisk, men oversatt til engelsk av Antonovsky. Instrumentet er senere oversatt til flere språk og benyttet i mange undersøkelser verden over (Antonovsky, 1993).

7.4 Validitet og reliabilitet

I denne undersøkelsen er det altså brukt et spørreskjema som er sammensatt av flere instrumenter. Instrumentenes reliabilitet og validitet er testet tidligere, men da disse instrumentene brukes i forhold til nye utvalg og sammenhenger kan det være aktuelt også å teste disse verdiene i denne undersøkelsen (Polit og Hungler, 1999). Validitet er opptatt med at den latente variable (teoriplanet) er i overensstemmelse med den manifeste variabel (empiriplanet) (Undheim, 1996). En kan ikke følge enkle konvensjoner for å vurdere målingens validitet. Fastsettelse av validitet vil derfor i stor grad være knyttet til logisk skjønn som baseres på teoretisk og praktisk kunnskap som forskeren har om det tema som analyseres (Hellevik, 1991, Undheim, 1996). Det opereres med ulike typer validitet. **Tilsynelatende validitet (face validity)** viser til om leddene i en skala ser ut til å måle det skalaen er ment å måle. **Innholdsvaliditet (content validity)** er opptatt med hvor dekkende de spørsmål som stilles er i forhold til det område det forskes på, og dette vil baseres på vurderinger. **Kriterievaliditet (criterion validity)** betegner at en skala har en empirisk sammenheng mellom to ulike operasjonaliseringer av samme begrep og er mer knyttet til en praktisk anvendelse enn til en teoretisk forståelse. **Begrepsvaliditet (construct validity)** sier noe om sammenhengen mellom indikatorer på et teoretisk begrep sett i forhold til mål på andre begrep. Et sett med indikatorer som gir tilfredstillende mål på et begrep, gir begrepsvaliditet (Undheim, 1996, Polit og Hungler, 1999). For å undersøke begrepsvaliditeten kan det gjøres faktoranalyse. Faktoranalyse reduserer et stort antall enkeltfaktorer til mindre grupper faktorer som innbyrdes har noenlunde lik egenskaper og karakteristika. Faktoranalysen er en statistisk metode som samler de variablene som har høy innbyrdes korrelasjon. (Polit og Hungler, 1999). Faktoranalyse (eigenvalue > 1.0, varimax rotasjon) av Social Provision Scale og Sense of Coherence Scale (SOC-13) ble utført i denne studien. Ytre validitet er konsentrert om i hvilken grad de funn som er gjort kan generaliseres til andre populasjoner (Undheim, 1996, Polit og Hungler, 1999).

Russell og Cutrona utførte faktoranalyse på SPS på et utvalg som besto av 1792 respondenter. De fant at alle itemladningene på de respektive faktorene var statistisk signifikante. Det var ladninger på .39 og .79. Dette indikerer at hvert item representerer begreper som det var ment å måle (Cutrona og Russell, 1987). Det er funnet høye interfaktorkorrelasjoner i SPS i mange studier (Cutrona og Russell, 1987, House et.al., 1988). Russel et. al. (1984) fant også støtte for begrepets validitet og en støtte for Weiss`teori som sier at mangler i opplevelse av

”attachment” fører til ”emotional loneliness”, og at mangler i ”social integration” fører til ”social loneliness” (Cutrona og Russell, 1987). Det er også foretatt sammenligninger av SPS og skalaer som den teoretisk sett forventes å være forbundet med. I følge Cutrona og Russell (1986, 1987) viste SPS negativ korrelasjon med instrumenter som målte depresjon og positiv korrelasjon med instrumenter som målte livskvalitet.

Innholdsvaliditet i SOC instrumentet er søkt ivaretatt ved hjelp av Guttman's ”facet design” (Antonovsky, 1987). Antonovsky benyttet seg også av tre ekseperter ved utvelgelse av items. SOC er også sammenlignet med andre instrumenter som det forventes å ha sammenheng med. Kobos' ”hardiness”- modell viser korrelasjon på .50 med SOC (Williams, 1990) Det er også foretatt undersøkelser overfor grupper som det er forventet lavere SOC skåre på enn normalbefolkning, og en har funnet styrke for SOC's begrepsvaliditet (Antonovsky og Sagy, 1990, Flannery og Flannery, 1990). I litteraturen henvises det også til to undersøkelser som styrker SOC's diskriminasjonsvaliditet (Langius og Björvell, 1996, Antonovsky, 1987).

Reliabilitet er en faglig benevnelse på påliteligheten av de observasjoner som er foretatt og av de tallene som observasjonene er uttrykt gjennom. Den er knyttet til selve intervju situasjonen, registreringen og behandling av data (Undheim, 1996). ”Det er høy reliabilitet dersom uavhengige målinger av ett og samme fenomen gir samme eller tilnærmet samme resultat” (Holme og Solvang, 1996 s 153). Systematiske målefeil hvor det er vanskelig å angi størrelsen på feilen, vil være det som først og fremst truer reliabiliteten (Brink og Wood, 1989). Reliabiliteten kan i hovedsak kontrolleres på to måter. Stabiliteten i instrumentet kan måles ved å gjenta testen, såkalt test - retest prosedyre. Den indre konsistensen (intern-item reliability) det vil si i hvilken grad de deler som inngår i en indeks, måler samme ting, kan måles ved å sammenlikne flere spørsmål som ikke er helt like og bruke korrelasjon mellom svarene for å angi reliabiliteten. Den statistiske testen kalles Chronbach's alpha (Mastekaasa et al., 1988). Chronbach's alpha benyttes for å teste den interne konsistensen i Social Provisions Scale og Sense of Coherence Scale (SOC-13).

SPS indeksen har vært testet i forhold til reabilitetsmålinger, og den har vist seg å være relativt høy i ulike målinger og i forhold til ulike populasjoner. Alphakoeffesienter har i undersøkelser variert mellom .71 til .92. (Cutrona, Russell og Rose, 1984, Tishelman et al., 1991, Anderson og Stevens, 1993, Holahan og Holahan, 1987). I følge Antonovsky (1993) har stabiliteten (test-retest) i SOC-29 indeksen vært målt i ulike undersøkelser og

korrelasjonen har variert mellom .41 og .78. Mål på intern konsistens fra 26 ulike studier har vist en høy alphakoeffisient som har variert mellom .82 og .95. Alphakoeffisienten som har vært målt ved SOC-13 har variert mellom .74 og .91 i 16 ulike studier (Antonovsky, 1993)

7.5 Etiske overveielser

De forskningsetiske retningslinjene er særlig basert på Helsinkideklarasjonen (2000), og regler for biomedisinsk forskning i denne deklarasjonen, er blitt fulgt. Et viktig prinsipp er at hensynet til enkeltpersoner går foran hensynet til forskning og samfunnet (NEM, 1994). I følge Polit og Hungler (1999) skal et prosjekts nytteverdi nøye vurderes opp mot risiko, ulemper og belastning for de som deltar. Andre viktige prinsipper er at de som deltar i undersøkelsen skal ha gitt frivillig informert samtykke og at respondenten skal ha rett til å trekke seg fra undersøkelsen når han måtte ønske det. I følge Tranøy (1994) vil autonomiprinsippet bli en illusjon uten informasjon, og at informert samtykke vil fremstå som et nødvendig middel for å unngå krenking både av autonomi og integritet. Det skal stilles strenge krav til anonymitet, taushetsplikt og oppbevaring av data. Prosjektet ble tilrådd i ”Regional komite for Medisinsk Forskningsetikk, helseregion III” 29.01.98 (vedlegg 1), og Datatilsynet ga konsesjon for opprettelse av personregister i forbindelse med undersøkelsen i mai 1998 (vedlegg 2) på følgende vilkår:

- Betingelsene i rammekonsesjonen for Høgskolen i Agder blir fulgt.
- Førstegangskontakt opprettes gjennom hjemmesykepleien.
- Personidentifiserbare opplysninger ikke registreres ved hjelp av edb. Det elektroniske register kan inneholde et referansenummer som knytter seg til en manuell navnliste. Denne forutsettes oppbevart adskilt fra det elektroniske register og forsvarlig nedlåst i arkivskap.
- Det innhentes aktivt informert samtykke for alle deler av undersøkelsen. Det forutsettes at samtykke fra respondenten er reelt. Samtykke skal også omfatte en eventuell lagring etter prosjektavslutning i personidentifiserbar form.

Prosjektansvarlig og prosjektmedarbeidere ga skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet før skriftlig informert samtykke ble innhentet. Respondentene ble informert om at det var mulig å trekke seg fra undersøkelsen, og at en kunne unnlate å svare på spørsmål. Taushetserklæring ble underskrevet av alle intervjuere. I intervjusituasjonen kunne det være

vanskelig å skille mellom forskerrollen og sykepleierrollen da det ofte ble formidlet pleiemessige problemstillinger. Det var av og til aktuelt å veilede pasienten i slike situasjoner.

7.6 Praktisk gjennomføring av undersøkelsen

I denne undersøkelsen har en tatt utgangspunkt i en tverrsnittsundersøkelse med innsamling av data over en tidsperiode som strakk seg fra august 1998 til januar 2000. Innsamling av data ble foretatt som personlige intervjuer hos pasientene. Det var flere grunner til at en valgte personlig intervju som metode. Instrumentet var svært omfattende og sammensatt av mange spørsmål med flere svaralternativer, og for mange ville språket være fremmedartet. I tillegg hadde respondentene høy gjennomsnittsalder. Svekket syn og problemer med å skrive kunne ha satt uønskede begrensninger. I følge Polit og Hungler (1999) vil personlig kontakt ha positiv effekt på antall besvarte spørsmål og antall besvarte spørreskjema. I samtalen kunne en gi oppklarende informasjon slik at spørsmål ble forstått og ”riktig” svaralternativ ble avkrysset. Men det er også viktig å være oppmerksom på de problemer og feilkilder som knyttes til personlig intervju, blant annet forskerens påvirkning og mangel på anonymitet. I følge Polit og Hungler (1999) er metoden tids- og kostnadskrevende.

En intervjuundersøkelse med 242 pasienter over 75 år er svært ressurskrevende. Prosjektansvarlig har sammen med fire hovedfagsstudenter foretatt intervjuene. Hovedfagsstudentene ønsket å bruke deler av undersøkelsen i sitt eget hovedfagsarbeid. Ledere av den kommunale helsetjeneste i de syv kommunene ble kontaktet og ga tillatelse til at undersøkelsen kunne gjennomføres. I følge retningslinjer gitt av Datatilsynet ble aktuelle respondenter kontaktet av hjemmesykepleien, og det ble orientert om prosjektets hensikt og metode. Navn og telefonnummer på villige respondenter ble formidlet til prosjektansvarlig.

I undersøkelser hvor det er flere forskere som foretar datainnsamling, er det viktig å være oppmerksom på grad av kongruens i de ulike deler av gjennomføringen (Undheim, 1996). Det ble foretatt en felles grundig diskusjon og gjennomgang av spørreskjemaet før gjennomføringen av intervjuene. Spørreskjemaet ble testet i forhold til klarhet og forståelse, og uklare spørsmål ble omformulert. Den enkelte forsker fikk ca. 40 -50 respondenter å intervjuer i ulike kommuner. Etter at navn på villige respondenter var blitt formidlet til den som skulle foreta intervjuet, ble det tatt telefonisk kontakt med respondentene, og det ble

avtalt tid for innsamling av data. Hver intervjuer fikk et eget legitimasjonskort. Det kunne ta noe tid fra pasienten hadde gitt muntlig bekreftelse på å delta i undersøkelsen til selve intervjuet ble foretatt. I enkelte situasjoner var det nødvendig å forklare at vi var ute etter deres mening og opplevelse og ikke om de svarte riktig eller galt på spørsmålene. Det var også nødvendig å informere om deres rettigheter og hvordan data ble oppbevart, behandlet og anvendt. Respondentene fikk utlevert orienteringsskriv, og samtykkeerklæring ble underskrevet i to eksemplarer (vedlegg 4). Han/hun beholdt det ene eksemplaret. Gjennomføringen av intervjuene varierte mellom en og fire timer med et gjennomsnitt på ca. to timer. De som gjennomførte intervjuene var kollegaer og hadde alle bakgrunn som sykepleiere og arbeidserfaring fra hjemmesykepleien. De enkelte intervjusituasjonene var forskjellige og av den grunn varierte også den tiden som ble brukt. De fleste intervjuere opplevde datainnsamlingsperioden som svært interessant og spennende. Spørreskjemaet inneholder en del personlige spørsmål som kunne være vanskelig å svare på, men som også kunne få pasientene til å ”åpne seg” for forhold som i liten grad var blitt samtalt om tidligere. Enkelte pasienter syntes det var positivt at vi var opptatt med de eldres situasjon, og håpet at undersøkelsen skulle føre til positive resultater. Alle skjemaene hadde påført et kodennummer for hver respondent.

7.7 Databehandling og statistiske analyser

I dette kapitlet blir det redegjort for databehandling og statistiske analyser som er blitt utført. Hensikten med databehandlingen er å få til en komprimert presentasjon av data som en kan dra slutninger av (Polit og Hungler, 1999).

7.7.1 Databehandling

Variablene, med unntak av åpne spørsmål, var kodet i spørreskjemaet (vedlegg 6). Manglende data ble kodet 9/99/999 avhengig av variabelens verdi. Uaktuelle spørsmål ble kodet 8/88/888. I behandling av data har en benyttet statistikkprogrammet Statistical Package for

Social Sciences -10.1 (SPSS 10.1.). Punching av data ble utført av prosjektansvarlig og prosjektmedarbeidere. Den enkelte fikk ansvar for å punche data fra egne intervjuer, og punchingen ble kontrollert først en gang. Det ble deretter foretatt ny kontroll av et utvalg spørreskjemaer, og det ble foretatt kontrollanalyser for å se etter inkonsekvenser i materialet. Der en oppdaget feilkryssing ble det punchet uaktuelt. Ved manglende data hadde en tre muligheter for korrigering. En kunne utelate enheten fra studiet, utelate variabelen fra studiet eller sette inn gjennomsnittsverdien for den manglende verdien (Polit og Hungler, 1999). En respondent ble utelatt fra studiet på grunn av manglende dataavkryssing.

7.7.2 Statistiske analyser

Valg av statistiske analyser avhenger av flere forhold, blant annet: variabelenes målenivå, forskningsspørsmål, utvalgets størrelse, antall grupper som blir sammenliknet og formen på fordelingskurven (Polit og Hungler, 1999). I undersøkelsen vil en ha variabler på alle målenivå: nominal, ordinal, intervall og ratio. Fordelingskurven for variabelen er avgjørende for analysemetoder.

Univariate analyser beskriver fordelingen av verdier i datamaterialet. Dette er uttrykt visuelt eller med prosentfordeling, gjennomsnitt, modus, spredning og standardavvik. Mode blir benyttet som sentralmål for variabler på nominalnivå, mens mean blir brukt som sentralmål for variabler på intervall- og rationivå. (Polit og Hungler, 1999). Standardavviket er et mål for spredning og sier noe om homogeniteten i utvalget. Det kan også sees på som et gjennomsnitt av mean.

Analyse av varians (ANOVA) brukes blant annet for å undersøke forskjeller i flere enn to grupper. En kan ved denne metoden få fram om det er statistiske forskjeller mellom ulike grupper. Analysen foregår i flere operasjoner og forholdstallet som fremkommer, F, undersøkes i forhold til signifikansnivå. T – test anvendes for å sammenligne gjennomsnitt i to utvalg. Testen kan anvendes når to utvalg ikke danner naturlige par, og en må kontrollere at dataene ikke inneholder ekstemverdier. Mål for standardavvik og frekvensmålinger vil kunne gi denne informasjon (Aalen, 1998).

I denne undersøkelsen der den avhengige variabel er ønsket bolig, og der en opererer med ulike verdier på denne variabelen, har en mulighet til å foreta AVOVA analyse mellom de ulike boønskegruppene. T- test benyttes når en ønsker å sammenligne gruppene:

- de som ønsker å bo hjemme uansett
- de som ønsker å bo på sykehjem/aldershjem

Korrelasjonsanalyser viser til samvariens mellom to variabler. Korrelasjonskoeffisienten varierer for de fleste korrelasjonskoeffisienter mellom -1 og $+1$, der -1 uttrykker perfekt negativ korrelasjon og $+1$ viser til perfekt positiv korrelasjon. 0 viser til ingen sammenheng mellom variablene. I følge Polit og Hungler (1999) vil variabelens natur og størrelsen på utvalget være av betydning for å vurdere tallverdien som sterk eller svak. Men generelt betegner de en korrelasjonskoeffisient på $.70$ som høy for variabler av sosial eller psykologisk karakter. Mer vanlig er en verdi mellom $.10$ og $.40$ (Polit og Hungler, 1999). Hvilken korrelasjonskoeffisient som blir benyttet, avhenger av målenivået på variablene. Pearson's r kan benyttes for variabler på intervall og rasionivå, Spearmans's rho (ρ) for variabler på ordinalnivå og phi koeffisienten(ϕ) på nominalnivå (Bjørndal og Hofoss, 1996). Korrelasjonsmålinger forteller ingenting om årsak- virkning, men kun om hvilken samvarians det er mellom data (Brink og Wood, 1989). I hvilken grad korrelasjonsverdien skyldes tilfeldighet eller er reell kan testes i forhold til signifikansnivået. Signifikansnivået beregnes ut fra standard avvik og vil være avhengig av antall enheter. Få enheter vil kreve høy korrelasjonsverdi for å identifisere signifikant samvarians. I denne undersøkelsen er antall målinger høyt for hele utvalget ($n = 242$), men i komparative analyser vil dette kunne bli lavt. I presentasjon av data vil korrelasjonsverdier, antall målinger og signifikansverdi fremkomme. Da avhengig variabel er på nominal nivå vil phi (ϕ) være den korrelasjonskoeffisient som anvendes i korrelasjonsmålinger.

Signifikansnivået (p-verdi) er avgjørende for hvor pålitelig samvariasjonen er. Dette beregnes ut fra standardavvik og antall målinger. Antall målinger vil derfor være avgjørende for hvor sikkert resultatet blir. Få enheter vil kreve høye korrelasjonsverdier for å identifisere signifikant samvarians (Polit og Hungler, 1999). Hypotesetesting baserer seg på beregning av signifikansnivå, og signifikansnivået angir sannsynlighet for at korrelasjonsverdien gjelder for hele populasjonen (Aalen, 1998). En opererer med ulike signifikansnivåer i forhold til hypotesetesting. En p verdi på $.05$ viser til at i 95% av tilfellene eller mer vil resultatet også

gjelde for hele populasjonen. Med p verdier over .05 vil det være risikabelt å forkaste nullhypotesen. Jo lavere signifikansnivå en velger desto lavere er sjansen for at en forkaster H_0 når den er riktig, og at en da begår en type 1 feil. Type 2 feil kan gjøres når en tror nullhypotesen er sann, mens den i virkeligheten er feil. Slike feil gjøres når en stiller for små krav til signifikansnivå (Bjørndal og Hofos, 1996, Halvorsen, 1999).

I denne undersøkelsen har en foretatt reliabilitets- og validitetstesting av SPS og SOC. I likhet med en del andre undersøkelser (Cutrona og Russel, 1987, Cutrona et al, 1984, Sævareid, 1994 og Bondevik, 1997) har en i denne undersøkelsen valgt å benytte de fire subskalaene: "Attachement", "Social integration", "Reassurance of worth" og "Nurturance" ved måling av SPS. Det ble foretatt faktoranalyse (med eigenvalue > 1 , varimax rotasjon) for å undersøke de fire dimensjonene av Social Provisions Scale. Nurturance og Attachment har faktor ladning $> .63$ og danner en separat faktor. De andre subgruppene har ladning $> .41$, og lader i to faktorer (vedlegg 7, tabell 3). Den interne konsistens ble testet ved å foreta Cronbachs Alpha test og interkorrelasjonsanalyse av delskalaene. Cronbachs alpha for de fire undergruppene er: "Attachement" - .40, "social integration" - .67, "reassurance of worth" - .71 og "nurturance" - .75, for hele skalaen er alpha .80 (vedlegg 7, tabell 1).

Intern konsistens ble også testet i indeksen SOC, og interkorrelasjonsanalysen av delskalaene for de tre undergruppene viste en Cronbachs alpha koeffisient med følgende verdier: Forståelighet - .65, håndterbarhet - .61, meningsfullhet .45 og for hele skalaen SOC-13 var alpha koeffisienten: .80 (vedlegg 7, tabell 4). Faktoranalyse (med eigenvalue > 1 , varimax rotasjon) viste følgende resultat for de tre kjernekomponentene som inngår i SOC. Forståelighet (Comprehensibility) har faktor ladning $> .56$ og lader i alle tre faktorene. Håndterbarhet (manageability) har faktorladning $> .49$, og lader også i alle tre faktorene. Mens meningsfullhet (meaningfulness) har en faktorladning $> .51$ i to faktorer (vedlegg 7, tabell 6).

En anser Barthels skala for å være et nøyaktig instrument for å måle mobilitet og ADL-funksjoner (Collin et. al., 1987). Reliabilitetsmåling i denne undersøkelsen viste en Cronbachs alpha verdi på .80 for hele skalaen. Egenrapportet Barthel registrering vil ha høy validitet for personer som ikke har mental svikt (Wade og Hewer, 1987). Men nyere forskning viser at testens holdbarhet og pålitelighet kan variere mellom pasientgrupper (Lake, 1997, Karoliussen og Smeby, 1997).

8.0 Presentasjon av data

I dette kapitlet presenteres resultater av analyser som er nødvendig for å svare på forskningsspørsmål og hypoteser. Før en ser på de ulike forskningsspørsmål, vil en gi en beskrivelse av utvalget. Det anvendes krystabeller for å se på sammenhengen mellom ønsket bosituasjon og variabler som er på nominalt nivå og det måles korrelasjonskoeffisient Phi (ϕ). Det utføres One Way Anova test og Independent samle t- test der en ser på bønnsker i forhold til variabler som er på ordinal/intervallnivå.

8.1 Beskrivelse av utvalget

8.1.1 Alder, kjønn , sivilstand og familieforhold:

Tabell: 8.1. Oversikt over bakgrunnsvariabel: kjønn, alder , sivilstand og familieforhold

Variabel og verdier:	Frekvens . antall og prosent
Kjønn:	N = 242
- kvinner	171 (71%)
- menn	71 (29%)
Alder (inndelt i 4 grupper)	N = 241
75 – 80 år	61 (25%)
81 –86 år	95 (39%)
87 – 92 år	66 (27%)
93 –100 år	19 (8%)
Sivilstand	N= 242
Enker/enkemenn	165 (68%)
Skilt	6 (3%)
Ugift	27 (11%)
Gift	44 (18%)
Familieforhold:	
Barn	N=238
Har ikke barn	43(18%)
1- barn	30 (13%)
2-3 –barn	109(46%)
4 barn og flere	55(23%)
Søsken	N=242
Har ikke søsken	92(38%)
Har søsken	150(62%)

Av de 242 respondenter som var med i undersøkelsen, var det 171 (71%) kvinner og 71 (29%) menn. Undersøkelsen vil derfor først og fremst være knyttet til eldre kvinner over 75

år. Alderen på respondentene varierte mellom 75 og 98 år, og gjennomsnittsalderen var 84,4 år. Hovedtyngden av pasientene hadde en alder mellom 80 og 88 år (52%).

Femti - en prosent av mennene var enkemenn mens 75% av kvinnene var enker. Gruppen gifte utgjorde 18%, 27% av mennene var gift, mens 15% av kvinnene. Det var 71% som hadde datter (døtre) og 69% som hadde sønn(sønner).

8.1.2. Utdanning, yrke, økonomi og bolig

Den største gruppen, 57% hadde folkeskole, barneskole og/eller framhaldskole. Det var 68% som hadde vært yrkesaktive utenfor hjemmet, 96% av mennene og 56 % av kvinnene.

Nitten prosent av respondentene ga uttrykk for at pengene strakk svært godt til, mens henholdsvis 76% uttrykte at de var ganske godt fornøyd med hvordan pengene strakk til, og 5% mente at pengene strakk dårlig til. Åtti –fire prosent hevdet at de kunne unne seg noe ekstra.

Tabell 8.2 Oversikt over hvor respondentene bodde i forhold til

boligtype :

Boligtype	Antall	Prosent – andel
Frittliggende bolig/gårdsbruk Enebolig eller tomannsbolig	127	53%
Rekkehus eller enebolig i rekke	23	9%
Boligblokk	18	7%
Trygdebolig/pensjonistbolig	36	15%
Servicebolig	38	16%
Total N = 242	242	100%

Prosentandelen som bodde i ”tilrettelagte boliger” var 31% (74). De andre 69% (168) bodde i det som i denne undersøkelsen betegnes som ”ikke tilrettelagte boliger”.

Tabell 8.3 Oversikt over hvor respondentene bodde i forhold til bosted:

Bosted:	Sentrum større by	Forstad større by	Småby	Tettsted	Bygd/ på landet	Totalt
Frekvens:	30 (12%)	18 (7%)	91 (38%)	34 (14%)	69 (29%)	N=242 (100%)

8.2 Bønsker

De sentrale spørsmålene i undersøkelsen var hvilke bønsker pasientene hadde ut fra nåværende situasjon og ut fra et eventuelt økt hjelpebehov i framtiden. Tabell 8.4 viser oversikt over hvor de eldre pleieavhengige ønsket å bo.

Tabell 8.4 Oversikt over hvor eldre pleieavhengige ønsket å bo.

Bønsker	Nåværende bolig		Total
	"ikke tilrettelagt bolig"	"tilrettelagt bolig"	
Sykehjem Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	1 (0,6%)		1 (0,4%)
Aldershjem Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	3 (1,8%)		3 (1,2%)
Servicebolig Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	12 (7,1%)		12 (5,0%)
Rehabilitering. Så hjem igjen Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	4 (2,4%)		4 (1,7%)
Fortsatt bo hjemme Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	147 (87,5%)	72 (98,6%)	219 (90,9%)
Ønske om å dø Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	1 (0,6%)	1 (1,4%)	2 (0,8%)
Total N=241 Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	168 (100%)	73 (100%)	241 (100%)

Gruppen som ønsket å bo hjemme var henholdsvis 90% (87,5% når en ikke regner med de som ønsket først rehabiliteringsopphold) for de som bodde i ikke tilrettelagte boliger, og 98,6% for de som bodde i tilrettelagte boliger. Med denne bakgrunn var det vanskelig å gjøre statistiske analyser mellom den avhengige variabel, ønsket bosituasjon, og de uavhengige variablene.

I forhold til forskningsspørsmål nr. 2, var det få som uttrykte bekymring for å måtte flytte fra boligen. 3,3% sa de var mye bekymret for å måtte flytte, 14,1% sa de var litt bekymret og 82,6% sa de ikke var bekymret for dette. På forskningsspørsmål nr. 3 om hvor en ønsket å bo hvis en skulle trenge mye hjelp, kom det fram ulike ønsker.

Tabell 8.5 Oversikt over hvor eldre pleieavhengige ønsket å bo hvis de i fremtiden skulle få behov for mye hjelp.

Bønsker	Nåværende bolig							Total N= 241
	"ikke tilrettelagt bolig"				"tilrettelagt bolig"			
	enebolig	Rekkehus	Bolig- blokk	Total N= 168	Trygd Bolig	Service bolig	Total N=73	
Sykehjem/aldershjem Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	33 (24%)		2 (11%)	35 (21%)	10 (28%)	11 (30%)	21 (29%)	56 (23%)
Servicebolig (trygdebolig) Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	24 (19%)	1 (4%)	1 (6%)	26 (16%)	1 (3%)		1 (1%)	27 (11%)
Usikker Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	7 (6%)	3 (13%)	1 (6%)	11 (7%)	2 (6%)	1 (3%)	3 (4%)	14 (6%)
Hjemme uansett Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	31 (24%)	9 (39%)	10 (56%)	50 (30%)	2 (6%)	6 (16%)	8 (11%)	58 (24%)
Helst bo hjemme Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	32 (25%)	10 (44%)	4 (22%)	46 (27%)	21 (58%)	19 (51%)	40 (55%)	86 (36%)
Total N=241 Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	127 (100%)	23 (100%)	18 (100%)	168 (100%)	36 (100%)	37 (100%)	73 (100%)	241 (100%)

Bønskene som kom fram ved et eventuelt økt hjelpebehov, var fordelt på de ulike boalternativene. Prosentandelen som ønsket å bo hjemme uansett var høyere for de som bodde i ikke tilrettelagte boliger i forhold til de som hadde en tilrettelagt bolig (30% og 11%). Det var 23% som ønsket å bo på sykehjem/aldershjem. Også i denne gruppen var det en prosentvis forskjell mellom de som bodde i ikke tilrettelagt boliger og de som bodde i tilrettelagte boliger (21% og 29%).

I forskningsspørsmål nr. 4 er en optatt med om de framtidige bønskene ved stort hjelpebehov var forskjellig i forhold til den boligtype som en hadde. Korrelasjonsmåling målt mellom variablene boligtype (tilrettelagt bolig og ikke tilrettelagt bolig) og framtidige bønsker ved økt hjelpebehov viser $\phi = .348$, $p = .000$. Analysen viser en statistisk signifikant korrelasjon.

8.3 Boforhold

8.3.1 Univariante analyser

I forskningsspørsmål nr. 5 er en opptatt med om respondentene opplevde mobilitetsproblemer i sin bolig. Tabell 8.6 viser en oversikt over mobilitetsproblemer.

Tabell 8.6. Oversikt over mobilitetsproblemer som respondentene opplevde i sin bolig

Boliggruppe	Vansker med bevegelse inne		Total	Vansker med bevegelse inn/ut av bolig		Total
	Ja	Nei		ja	nei	
”ikke tilrettelagt bolig” Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	29 (17,3%)	139 (82,7%)	168 (100%)	58 (34,5%)	110 (65,5%)	168 (100%)
”tilrettelagt bolig” Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	16 (21,6%)	58 (78,4%)	74 (100%)	24 (32,4%)	50 (67,6%)	74 (100%)
Total N= 242 Frekvens og prosentfordeling i forhold til alle boliger	45 (18,6%)	197 (81,4%)	242 (100%)	82 (33,9%)	160 (66,1%)	242 (100%)

Prosentandelen som uttrykte vansker med å komme inn/ut av bolig var høyere enn prosentandelen som hadde vansker med bevegelse inne i bolig. Det var en økning både for de som bodde i ikke tilrettelagte og tilrettelagte boliger.

På forskningsspørsmål nr. 6 ønsket en svar på om respondentene bodde tungvint og ønsket å flytte av den grunn. Tabell 8.7 gir en oversikt over de svar som ble gitt i forhold til dette spørsmålet.

Tabell 8.7 Oversikt over hvor mange som bodde tungvint og vil flytte av den grunn.

Boliggruppe	Bor tungvint, vil flytte av den grunn			Total
	Ja	Nei	Vet ikke	
"ikke tilrettelagt bolig" Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	15 (8,9%)	144 (85,7%)	9 (5,4%)	168 (100%)
"tilrettelagt bolig" Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	2 (2,7%)	70 (94,6%)	2 (2,7%)	74 (100%)
Total N = 242 Frekvens og prosentfordeling i forhold til alle boliger	17 (7,0%)	214 (88,4%)	11 (4,5%)	242 (100%)

Det var 7,0% som vurderer boligen så tungvint at de ønsket å flytte av den grunn. Prosentandelen var noe høyere for de som bodde i ikke tilrettelagte boliger, 8,9% mot 2,7% for de som bodde i tilrettelagte boliger.

På forskningsspørsmål nr. 7 ønsket en svar på hvor mange som var enige i utsagnet: *Jeg vil bo hjemme, for her har jeg frihet/styring over mitt liv.* Det var 91% som sa at dette stemte, 6% sa at dette stemte litt og 3% sa at dette ikke stemte. Det var ingen forskjell mellom de som bodde i tilrettelagte og ikke tilrettelagte boliger. Forskningsspørsmål nr. 8 tar utgangspunkt i utsagnet: *Jeg vil bo hjemme, fordi jeg er redd for å flytte i institusjon, jeg synes tanken på å bo i institusjon er skremmende.* Svar på spørsmålet presenteres i tabell 8.8

Tabell 8.8 Oversikt over hvor mange som var redd for å flytte i institusjon og som synes tanken på å bo i institusjon er skremmende

Boliggruppe	Jeg vil bo hjemme. Jeg er redd for å flytte i institusjon. Jeg synes tanken på å bo i institusjon er skremmende			Total
	Stemmer	Stemmer litt	Stemmer ikke	
"ikke tilrettelagt bolig" Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	55 (32,7%)	42 (25,0%)	70 (41,7%)	168 (100%)
"tilrettelagt bolig" Frekvens og prosentfordeling i forhold til bolig	18 (24,7%)	10 (13,7%)	45 (61,6%)	73 (100%)
Total N = 241 Frekvens og prosentfordeling i forhold til alle boliger	73 (30,3%)	52 (21,6%)	115 (47,7%)	241 (100%)

8.3.2 Bivariat analyse

Ho1 uttrykker at det ikke er sammenheng mellom boforhold og framtidige bønnsker ved økt hjelpebehov. Oversikt over bønnsker i forhold til variablene bor tungvint, bolig gir frihet og styring og institusjon virker skremmende følger i tabell 8.9.

Tabell 8.9 Bønnsker i forhold til variablene: bor tungvint, bolig gir frihet og styring, institusjon virker skremmende.

Bønnsker:	Bor tungvint				Bolig gir frihet og styring				Institusjon virker skremmende			
	Ja	nei	Vet ikke	totalt	Stemmer	Stemmer litt	Stemmer ikke	Totalt	Stemmer	Stemmer litt	Stemmer ikke	totalt
Hjemme uansett Prosent og antall	6% (1)	27% (57)		24% (58)	27% (58)			24% (58)	51% (37)	21% (11)	9% (10)	24% (58)
Helst bo hjemme Prosent og antall	18% (3)	37% (78)	47% (5)	36% (86)	37% (82)	20% (3)		35% (85)	30% (22)	39% (20)	38% (44)	36% (86)
Usikker Prosent og antall	6% (1)	6% (13)		6% (14)	6% (12)	13% (2)		6% (14)	3% (2)	10% (5)	6% (7)	6% (14)
Trygdebolig Prosent og antall	53% (9)	7% (15)	27% (3)	11% (27)	10% (21)	20% (3)	50% (3)	11% (27)	6% (4)	12% (6)	15% (17)	11% (27)
Sykehjem aldershjem Prosent og antall	18% (3)	24% (50)	27% (3)	23% (56)	21% (46)	47% (7)	50% (3)	23% (56)	11% (8)	19% (10)	32% (38)	23% (56)
Totalt	100% (17)	100% (213)	100% (11)	100% (241)	100% (219)	100% (15)	100% (6)	100% (240)	100% (73)	100% (52)	100% (115)	100% (241)

Det var tre variabler som viste statistisk signifikant korrelasjon med framtidige bønnsker ved økt hjelpebehov. Variablene er kategorivariabler og det måles Phi (ϕ) koeffisient. Den statistiske signifikante korrelasjonen mellom framtidig bønnske (5 -delt bønnske) viser følgende resultat :

- dette å bo tungvint/ikke tungvint, $\phi = .411, p = .000$
- det å oppleve at bolig gir/ikke gir frihet og styring $\phi = .330, p = .001$
- det at en opplever institusjon som skremmende/ikke skremmende $\phi = .466, p = .000$

Vansker med bevegelse i bolig og inn og ut av bolig ga ingen statistisk signifikant korrelasjon.

Analysene viser at hypotese Ho1, om at det er ingen sammenheng mellom boforhold og et framtidig bønnske ved økt hjelpebehov, forkastes. Følgende variabler: bor tungvint, bolig gir frihet og styring og institusjon virker skremmende, viser statistisk signifikant korrelasjon i forhold til framtidige bønnsker ved økt hjelpebehov.

8.4 Sosiale forhold

En tar utgangspunkt i de ulike forskningsspørsmål og skiller mellom uformelt nettverk, formelt nettverk og sosial støtte. Forskningsspørsmålene angående sosiale forhold er knyttet til bivariate analyser. Univariate analyser blir tatt med for å belyse spørsmålene.

8.4.1 Det uformelle nettverk

I forskningsspørsmål nr. 9 er en opptatt med om framtidige boønsker har sammenheng med om en bor alene eller bor sammen med noen. I undersøkelsen var det 75% som bodde alene. Andelen aleneboende i ikke tilrettelagte boliger var 67%, i tilrettelagte boliger var tallet 92%. Det var liten forskjell mellom menn og kvinner. Seksti - syv prosent av mennene bodde alene, mens 78% av kvinnene. Den samboende part var først og fremst kone/mann, 69%, mens barn utgjorde 26%. Korrelasjonsanalyse mellom variabelen bo alene/bo sammen med viste ingen statistisk signifikant korrelasjon med framtidige boønsker ved økt hjelpebehov.

I forskningsspørsmål nr. 10 ønsker en å se på om det var forskjell i framtidige boønsker i forhold til den sivilstand en hadde. De største gruppene var enker/enkemenn med 69% og gifte som utgjorde 18%. Det var ingen statistisk signifikant korrelasjon mellom framtidige boønsker ved økt hjelpebehov og respondentenes sivilstand.

I forskningsspørsmål nr. 11 og 12 er en opptatt med betydningen av nærhet og kontakt med den nærmeste familie. Førsti - seks prosent svarte bekreftende på utsagnet: *Jeg vil bo hjemme for jeg vil være der mine nærmeste er*, 13 % svarte at dette stemte litt og 41% svarte at utsagnet ikke stemte. Kontakt med det uformelle nettverk ble omgjort til dikotomer og fikk verdiene:

- ofte kontakt: Fra daglig til en gang per uke
- lite kontakt: Fra 1-3 ganger per måned til praktisk talt aldri.

For de som hadde barn, viste det seg at 73% hadde kontakt/besøk med barn/svigerbarn fra flere ganger daglig til en gang per uke. Tretten prosent hadde kontakt mellom få ganger i året og aldri. Korrelasjonsanalyse mellom de uavhengige variablene og den avhengige variabel, framtidig boønske ved økt hjelpebehov, viste ingen statistisk signifikant korrelasjon.

Forskningsspørsmål nr. 13 og 14 omhandler nabolag og nabokontakt. Sytti prosent av respondentene var godt fornøyd med nabolaget, 27% sa det var brukbart og 3% sa at det var dårlige. De få som betegnet nabolaget som dårlige bodde i frittliggende bolig. Ellers var det små forskjeller i nabolag i relasjon til boligtype og boligsted. Angående nabokontakt så viste det seg at 40% hadde kontakt med naboen fra daglig til en gang per uke. Førti-fire prosent oppga at de hadde kontakt fra få ganger i året til praktisk talt aldri. Blant beboere i tilrettelagte boliger var det 27% som svarte at de hadde daglig kontakt med naboer. Prosentandelen for de som bodde i ikke tilrettelagte boliger var 6%. Åtti-syv prosent sa de hadde passe kontakt med naboene. Oversikt over framtidige boønsker ved økt hjelpebehov i forhold til variabelen nabolag vises i tabell 8.10.

Tabell 8.10. Boønsker i forhold til nabolag

Boønsker:	Nabolag			
	Godt	Brukbart	Dårlig	Totalt
Hjemme uansett : N Prosent	51 (31%)	7 (11%)		58 (24%)
Helst bo hjemme: N Prosent	58 (35%)	24 (36%)	4 (50%)	86 (36%)
Usikker: N Prosent	8 (5%)	6 (9%)		14 (6%)
Trygdebolig: N Prosent	13 (8%)	11 (17%)	3 (38%)	27 (11%)
Sykehjem aldershjem: N Prosent	37 (22%)	18 (27%)	1 (13%)	56 (23%)
Totalt N = 241	167 (100%)	66 (100%)	8 (100%)	241 (100%)

$\phi = .300, p = .006$

Analysen viste en statistisk signifikant korrelasjon mellom variabelen nabolag og framtidige boønsker ved økt hjelpebehov.

Korrelasjonsanalyse i forhold til kontakthypighet med naboer (forskningsspørsmål nr. 14) viste ingen statistisk signifikant korrelasjon.

I forskningsspørsmål nr. 15 spør en om framtidig boønske vil være forskjellig mellom de som kan få hjelp fra det uformelle nettverk og de som ikke kan få slik hjelp. 37% mente de kunne få hjelp av det uformelle nettverk hvis det i framtiden skulle bli behov for mer hjelp, 25% var usikre på dette, og 38% mente de ikke kunne få slik hjelp. 41% trodde at pårørende kunne stille mer opp hvis en skulle bli akutt syk og trenge mer hjelp en stund framover. Oversikt

over framtidige boønsker ved økt hjelpebehov i forhold til variabelen : Kan få hjelp/ikke hjelp av pårørende vises i tabell 8.11

Tabell 8.11. Boønsker i forhold til støtte fra pårørende

Boønsker:	Støtte fra pårørende ved økt hjelpebehov				
	Ja	Vet ikke	Nei ,det tror jeg ikke	Uaktuelt	Totalt
Hjemme uansett : N Prosent	30 (31%)	6 (12%)	17 (24%)	5 (30%)	58 (24%)
Helst bo hjemme: N Prosent	33 (33%)	25 (48%)	24 (33%)	4 (24%)	86 (36%)
Usikker: N Prosent	5 (5%)	5 (10%)	3 (4%)		13 (6%)
Trygdebolig: N Prosent	4 (4%)	8 (15%)	12 (17%)	3 (18%)	27 (11%)
Sykehjem aldershjem: N Prosent	26 (27%)	8 (15%)	16 (22%)	5 (30%)	55 (23%)
Totalt	98 (100%)	52 (100%)	72 (100%)	17 (100%)	239 (100%)

$$\phi = .297, p = .048$$

Analysen viste en statistisk signifikant korrelasjon mellom variabelen støtte/ikke støtte fra pårørende og framtidige boønsker ved økt hjelpebehov.

Korrelasjonsanalyse i forhold til variabelen (v89), har noen å spørre om hjelp utenom hjemmetjenesten, viste ingen statistisk signifikant korrelasjon.

8.4.2 Det formelle nettverk

I forskningsspørsmål nr. 16 spør en om grad av fornøydhet med hjelpen fra den kommunale hjemmehjelp influerer på framtidig boønske ved stort hjelpebehov. Det var 183 respondenter som hadde kommunal hjemmehjelp. Åtti-fire prosent av disse var godt fornøyd med kvaliteten på den hjelpen de fikk, 13% var ganske godt fornøyd og 3% var passe fornøyd. Sytti-åtte prosent sa de fikk nok hjelp mens 22% mente de trengte mer hjelp. Det var videre 23% som ikke hadde hjemmehjelp og 10% som hadde privat hjemmehjelp. Korrelasjonsanalyse mellom variabelen fornøydhet med hjelp fra den kommunale hjemmehjelp viste ingen statistisk signifikant korrelasjon med framtidige boønsker ved økt hjelpebehov.

I forskningsspørsmål nr. 17 er en opptatt med om grad av fornøydhet med den hjelp en fikk av hjemmesykepleien influerte på framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. De største brukerne av hjemmesykepleie var de som hadde hjemmesykepleie 1-4 ganger per. døgn (39%) og de

som fikk hjemmesykepleie 1-6 ganger per uke (39%). 85% (n=242) sa de var godt fornøyd med den hjelpen de fikk fra hjemmesykepleien, 12% var ganske godt fornøyd og 3% var passe fornøyd eller ikke fornøyd (det henvises til vedlegg 7, tabell 7). Korrelasjonsanalyse mellom variabelen fornøydhet med hjelp fra den kommunale hjemmesykepleie viste ingen statistisk signifikant korrelasjon med framtidige boønsker ved økt hjelpebehov.

I relasjon til forskningsspørsmål nr. 18 var det 76% som følte seg trygg på at hjemmesykepleien kunne utvide sitt tilbud hvis det ble behov for dette, 20 % var usikre på dette og 4% trodde ikke kommunen kunne utvide sitt tilbud. Korrelasjonsanalyse mellom denne variabelen og framtidige boønsker ved økt hjelpebehov viste ingen statistisk signifikant korrelasjon.

8.4.3 Sosial støtte

I forskningsspørsmål nr. 19 ønsker en å se på den betydning opplevelse av sosial støtte kan ha for framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. I tabell 8.12 presenteres en oversikt over skåre i forhold til opplevelse av sosial støtte.

Tabell 8.12 Skåre i forhold til opplevelse av sosial støtte – SPS

Utvalg	Gjennomsnitt	Standardavvik	Variasjonsbredde
SPS total N=240	52,69	7,05	30 - 64
Attachment, N=240	14,93	1,66	8 - 16
Social integrasjon N=240	13,59	2,43	6 - 16
Reassurance of worth N=240	14,33	2,03	5 - 16
Nurturance N=240	9,85	3,46	4 - 16

En har sammenlignet gjennomsnittscore på SPS i forhold til framtidig boønsker ved økte behov for hjelp og utført One Way Anova test. Resultatet presenteres i tabell 8.13

Tabell 8.13. Sammenheng mellom opplevelse av sosial støtte og framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. One Way Anova test

Boønsker	N	SPS- gjennomsnittsverdier					Standar- davi- k av total	Variasjons bredde av total
		Attach- ment	Social integration	Reassu- rance of Worth	Nurturance	Total score		
Hjemme Uansett	57	15,23	13,68	14,37	9,61	52,89	5,653	36 - 64
Helst bo Hjemme	85	14,94	13,71	14,20	9,72	52,56	7,591	30 - 64
Usikker	14	14,43	12,43	13,64	9,43	49,93	7,385	38 - 61
Trygde Bolig	27	14,78	14,00	15,11	11,33	55,22	6,002	37 - 63
Sykehjem/ aldershjem	56	14,77	13,36	14,29	9,73	52,14	7,752	33 - 64
Total	239	14,93	13,59	14,33	9,85	52,69	7,065	30 - 64

Det var ingen statistisk signifikant korrelasjon mellom opplevelse av sosial støtte og framtidig boønsker ved økt hjelpebehov.

I forskningsspørsmål nr. 20 spør en om opplevelse av ensomhet influerer på framtidig boønsker. På direkte spørsmål om respondenten følte seg ensom, ble det gitt følgende svar:

- 13% følte seg ofte ensom
- 38% følte seg ensom iblant
- 20% var sjelden ensom
- 28% følte seg aldri ensom

Korrelasjonskoeffisient målt mellom framtidig boønsker ved økt hjelpebehov og opplevelse av ensomhet viste ingen statistisk signifikant korrelasjon.

Analysene viser at det er kun to av de undersøkte variablene i forhold til sosiale forhold som viser statistisk signifikant korrelasjon i forhold til framtidige boønsker. Korrelasjonsanalyse viser at nabolag og mulighet til å få hjelp/ikke hjelp av pårørende understøtter at en forkaster Ho2, om at det er ingen sammenheng mellom sosiale faktorer og framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. De andre variablene i forhold til sosiale forhold understøtter at en beholder Ho2.

8.5 Fysisk funksjonsnivå og psykisk velvære

En tar utgangspunkt i de ulike forskningsspørsmål og skiller mellom fysisk funksjonsnivå og psykisk velvære. Forskningsspørsmålene er rettet mot bivariate analyser. Univariate analyser blir tatt med for å belyse forskningsspørsmålene.

8.5.1 Fysisk funksjonsnivå

I forskningsspørsmål nr. 21 ser en på om framtidige boensker vil være forskjellig ut fra grad av fysisk funksjonsnivå. Figur 8.1 viser oversikt over fysisk funksjonsnivå i forhold til Barthels ADL indeks.

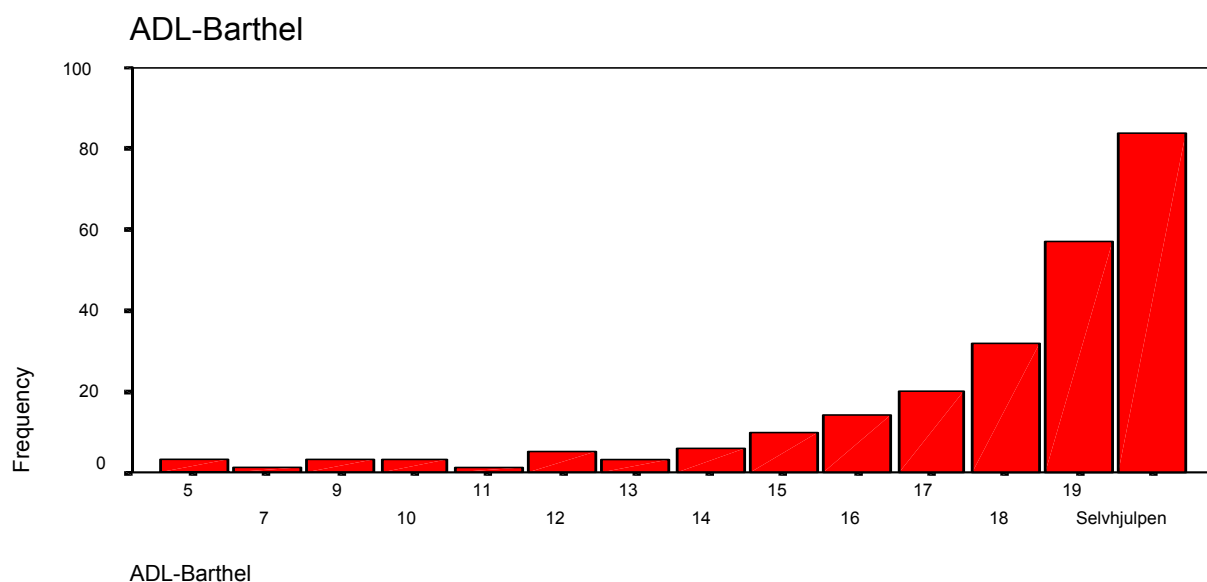


Fig.8.1 Barthels ADL –indeks

Det var 35% av respondentene som hadde en skåre på 20 og var etter indeksen karakterisert som selvhjulpen, 15% hadde en score mellom 5 og 15. Det som utmerket seg i forhold til hjelpebehov var først og fremst:

- hjelp til bading – 53%
- problem med trappegang – 37%
- inkontinensproblemer i forhold urin –19%
- hjelp til påkledning -14%

Det var 4,2% som følte seg for skrøpelig til å bo slik de bodde. Ingen av de som bodde i blokk mente dette, ellers var fordelingen lik mellom tilrettelagte og ikke tilrettelagte boliger.

Med utgangspunkt i forskningsspørsmål nr. 21 ble det foretatt One Way Anova test. Resultat fra analysen vises i tabell 8.14

Tabell 8.14. Sammenheng mellom ADL – score og framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. One Way Anova test .

Boønsker	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Variasjonsbredde
Hjemme Uansett	58	17,69	3,15	7 - 20
Helst bo Hjemme	86	17,63	3,21	5 - 20
Usikker	14	18,79	1,929	14 - 20
Trygde Bolig	27	18,74	1,583	14 - 20
Sykehjem/ aldershjem	56	17,79	2,775	9 - 20
Total	241	17,87	2,899	5 - 20

I forhold til forskningsspørsmål nr. 21 fant en ingen statistisk sammenheng mellom ADL funksjonsnivå og framtidig boønsker ved stort hjelpebehov. Ved Independent samples t –test mellom de som ønsket å bo hjemme uansett og de som ønsket å bo på sykehjem/aldershjem fant en ingen statistisk signifikant korrelasjon.

8.5.2 Psykisk velvære

I forskningsspørsmål nr. 22 ønsker en å se på den betydning psykisk velvære kan ha på framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. Det er laget en summarisk oversikt over psykiske velvære (v 228 – 233). Fem variabler med verdier fra 1- 4 er summert. Sterk psykisk velvære markerer høy skåre og maks skåre var 20. Dårlig psykisk velvære markerer lav skåre og min. score var 5. Tabell 8.16 gir en oversikt over skåre i forhold til psykisk velvære.

Tabell 8.15 Oversikt over skåre i forhold til psykisk velvære.

N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Variasjonsbredde
236	16,6	2,73	5-20

Det var 24 % som hadde skåre mellom 5 og 15

- Over 80% opplevde at de hadde stor grad av eller svært mye trygghet og ro
- Over 60% opplevde at de i stor grad eller svært mye var glade og optimistiske
- Ca. 80% svarte at de ikke plages med angst
- Ca. 60% sa at de ikke plages med å være nedfor/deprimert.

Det ble foretatt One Way Anova test mellom indeksen psykisk velvære og framtidige boønsker. Resultatet fra analysen foreligger i tabell 8.16.

Tabell 8.16 Sammenheng mellom skåre på psykisk velvære og framtidige boønsker. One Way Anova test.

Boønsker	N	Gjennomsnitt	Standardavvik	Variasjonsbredde
Hjemme Uansett	58	17,55	1,70	13 – 20
Helst bo Hjemme	81	16,59	2,80	8 - 20
Usikker	14	15,57	3,46	7 - 19
Trygde Bolig	27	16,26	2,31	9 - 20
Sykehjem/aldershjem	56	16,21	3,30	5 - 20
Total	236	16,64	2,74	5 - 20

F = 2,690 p = .032

De som ønsket å bo hjemme uansett, hadde høyest skåre på indeksen psykisk støtte. Det var en statistisk signifikant korrelasjon mellom psykisk støtte og framtidige boønsker ($p = .032$). Ved indepedent samples t –test mellom de som ønsket å bo hjemme uansett og de som ønsket å bo på sykehjem/aldershjem fant en **T = 2,737, p = .007**.

Analysene viser at Ho3, om at det ikke er noen sammenheng mellom fysisk funksjonsevne, psykisk velvære og framtidige boønsker ved stort hjelpebehov, beholdes i forhold til fysisk funksjonsnivå, men forkastes i forhold til psykisk velvære.

8.6 Mestringsevne

Forskningsspørsmål nr 23 er opptatt med om mestringsevne har betydning for framtidige boønsker ved stort hjelpebehov. Univariate analyser er tatt med for å belyse spørsmålet.

Figur 8.2 viser oversikt over skåre på SOC og tabell 8.19 gir en oversikt over skåre i forhold til de ulike komponentene i SOC.

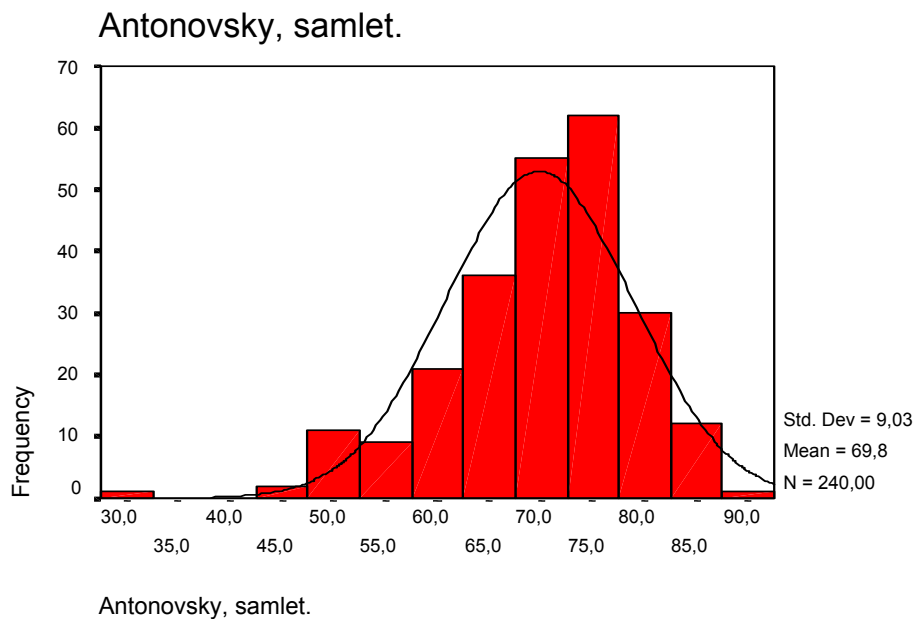


Fig.8.2 Oversikt over fordeling av skåre på SOC

Tabell 8.17: Oversikt over skåre på mestringssevne i forhold til de ulike komponentene i SOC.

Utvalg	Gjennomsnitt	Standardavvik	Variasjonsbredde
SOC – samlet N= 240	69,8	9,0	31 - 88
Meaningsfulness N= 240	21,4	3,5	10 - 28
Comprehensibility N= 240	26,3	3,9	9 - 34
Manageability N=240	22,1	3,4	11 - 28

Det ble foretatt One Way Anova test mellom mestringssevne og framtidige boønsker. Resultatet vises i tabell 8.18.

Tabell 8.18 Sammenheng mellom mestringsevne og framtidige bønnsker ved stort hjelpebehov

	<u>N</u>	<u>Gjennomsnitt</u>	<u>Standardavvik</u>	<u>Variasjonsbredde</u>
Hjemme UANSETT	58	72,79	6,701	56 - 85
Helst bo hjemme	84	68,88	9,800	47 - 86
Usikker	14	68,00	11,177	50 - 84
Trygdebolig	27	70,04	9,019	43 - 85
Til sykehjem/ Aldershjem	56	68,45	9,017	31 - 88
Total	239	69,81	9,047	31 - 88

F = 2,310 p = .059

Ved Independent samples t-test målt mellom de som ønsker å bo hjemme uansett og de som ønsker å bo på sykehjem/aldershjem fikk en følgende verdier: **T = 2.928 p = .004**

De som ønsket å bo hjemme uansett, hadde en gjennomsnittelig mestringsfaktor på 72,79 mens de som ønsket å bo på sykehjem/aldershjem hadde en gjennomsnittelig mestringsfaktor på 68,45.

Resultatet fra analysene viser at Ho4, om at det er ingen sammenheng mellom mestringsevne og framtidige bønnsker ved stort hjelpebehov, beholdes hvis en ser mestringsevne i forhold til fem delt bønnske. Når en ser på mestringsevne i relasjon til bønnskene bo hjemme uansett og bo på sykehjem/aldershjem finner en grunnlag for å forkaste Ho4.

9.0 DRØFTING

I dette kapittel vil resultatene av undersøkelsen bli drøftet i forhold til teoretisk redegjørelse og tidligere forskning. Før en belyser de ulike forskningsspørsmål og hypoteser vil en foreta en metodekritisk gjennomgang.

9.1. Metodekritikk

Utvalget er pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste. I utvalgskriteriene er det gjort klare avgrensninger i forhold til målgruppen. Et sentralt utvalgskriterium har vært: "Respondenten skulle være orientert for tid og sted og kunne kommunisere og gi uttrykk for egne meninger." Forekomst av aldersdemens stiger med økende alder og i følge Nygård (1999) må en regne med at ca. 15% av de over 75 år har aldersdemens. En god del av disse pasientene vil bo i egne hjem og få hjemmesykepleie. Disse pasientene har ikke vært inkludert i denne undersøkelsen. I henhold til variablene kjønn og sivilstand er det små avvik i forhold til landsgjennomsnittet (Statistisk sentralbyrå, 2001). Andelen kvinner utgjør noe mer enn gjennomsnittet i befolkningen i denne aldersgruppe. Oversikt fra Statistisk sentralbyrå viser at per 01.01.2001 var kjønnsfordelingen for de over 75 år: 63% kvinner og 37% menn (Statistisk sentralbyrå, 2001). Enker og enkemenn er også noe overrepresentert i undersøkelsen. På landsbasis var det i 1998 ca. 69% enker og 58% enkemenn i aldersgruppen 80 - 90 år (Statistisk sentralbyrå,1998).

Ved å sammenlikne utvalget med hele befolkningsgruppen på sosiodemografiske variabler som kjønn, sivilstand, økonomi og utdanning finner en bare små avvik. Utvalget var homogent da det begrenset seg til hjelpeavhengige, pleietrengende som bodde hjemme og var tilknyttet kommunale omsorgstjeneste. Dette gir en styrke i forhold til representativiteten, men kan gi redusert generaliseringsverdi utover personer som følger inklusjonskriteriene. Kommunene som er representert, tilfredstiller kriterier for kriteriene by, land og tettsted, men det var ingen av respondentene som bodde i "storby". Bolig kan ha sammenheng med bosted. I en undersøkelse blant beboere på 67 år og eldre i Sofienberg og Grünerløkka bydel i Oslo viste det seg at over 90% bodde i høyhus eller blokk (Raustøl og Nøhr, 1994). I vår undersøkelse var det syv prosent som bodde i blokk. I undersøkelsen "Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere" (n = 1692) konkluderes det med at

dekningsgrad når det gjelder institusjonsbolig og tilrettelagt bolig varierer svært fra kommune til kommune (Slagsvold, 2000). I vårt utvalg var det 69% som bodde i ikke tilrettelagt bolig mens 31% hadde det som ble betegnet som tilrettelagt bolig.

Det er blitt foretatt en hensiktsmessig stratifisert utvelgning der det har vært et frafall på 16,6 %. Frafallet må betegnes som lite. I den grad disse respondentene hadde andre karakteristika enn utvalget for øvrig, kan dette ha hatt betydning for undersøkelsen.

I denne surveyundersøkelsen er det benyttet personlig intervju som metode for innsamling av data. Det er tidligere redegjort for fordelene med en slik metode. Et av problemene er at forskeren (intervjueren) kan påvirke respondenten og det kan bli mangel på anonymitet. En var også forberedt på at systematiske målefeil kunne oppstå for eksempel ved at den eldre idealiserte sine svar eller at de kom til å svare slik de trodde det ble forventet (Mastekaasa et al., 1988). En la vekt på å skape en rolig og trygg atmosfære der vi var ute etter den Eldres mening og oppfatning, og der ingen svar var riktige eller gale. Personlig intervju er ressurskrevende og det var seks personer som foretok intervju. Dette at en er flere som foretar intervju kan både styrke og svekke reliabiliteten. De som foretok intervju, hadde lik yrkesmessig bakgrunn, og spørreskjemaet var nøye gjennomgått på forhånd. Ulik tolkning av spørsmål ble tatt opp og diskutert. Ved gjennomgang av spørreskjemaene viste det seg å være små forskjeller i utfylling av svar. Totalt vurdert burde derfor intervjureliabiliteten være tilfredstillende.

Undersøkelsen var omfattende med mange spørsmål som var uvante og spesielle. Dette kunne føre til at respondenten ble sliten og hadde problemer med å svare. Det var likevel en generell oppfatning at den eldre satt pris på å være med i undersøkelsen og var opptatt med å svare åpent og ærlig. Det var ingen av intervjuerne som hadde noen tilknytning til den aktuelle hjemmesykepleien eller kjente respondentene. Dette forsterket muligheten for respondentene til å være "ekte" i sine svar. Selv om noen av respondentene syntes det var vanskelig å svare på enkelte spørsmål, var det få spørsmål som var ubesvart i de indeksene og enkeltspørsmålene som ble brukt i undersøkelsen. En skal likevel ikke se bort fra at avkrysningen i spørreskjemaet er noe avhengig av tolkning av svaret fra respondenten. Det var flere spørsmål og indekser som gikk på det samme. Ved å sammenligne disse kunne en kontrollere reliabiliteten ved måleinstrumentene. Chonbachs alpha på SPS, Barthels ADL og SOC var høy på alle instrumentene (.80). Dette skulle tilsi høy grad av reliabilitet i de data som

fremkom. Alphaverdiene på subskalaene i SPS varierte mellom .67 og .75 med unntak av ”attachment” som hadde en verdi på .40 (vedlegg 7, tabell 3). Årsaken til noe lav verdi på denne skalaen kan skyldes at intervjuerne har vært uklare på tolkningen av variabelen v167. Her vises stor variasjon i avkrysning hos intervjuerne, noe som kan ha ført til systematisk målefeil som har påvirket resultatet. Alpaverdiene ved subskalaene i SOC varierte mellom .45 og .65. En har ikke funnet noe årsak til noe lav alphaverdi for subskalaen meningsfullhet (.45). Faktoranalyser målt ved SPS og SOC bekrefter i stor grad begrepsvaliditeten ved instrumentene (vedlegg 7, tabell 3 og 6).

Barthels` instrument for måling av fysisk funksjonsnivå er benyttet i mange undersøkelser tidligere. Indeksen er meget anvendt for å måle ADL funksjoner, men den er kritisert for å være lite følsom for personer med god funksjon (Laake, 1997). I vår undersøkelse var det mange som kunne betegnes som selvhjulpne (35%), og få som hadde stort hjelpebehov. Respondentene skåret gjennomsnittelig høyt på SOC, SPS , Barthels`s indeks og indeksen psykisk velvære. En har her tatt utgangspunkt i pasientens egen beskrivelse og opplevelse av situasjonen. En situasjon, mening, holdning eller tilstand hos en person er i seg selv ikke målbar. Undeheim (1996) understreker at forventninger kan lett føre til systematisk målefeil. Slagsvold (2000) viser imidlertid til at pårørende og pleiere ofte vurderer pasientens tilstand og situasjon for å være dårligere enn pasienten selv. Tornstams` teori om gerotransendens understreker at en vektlegger og vurderer forskjellig i forhold til den situasjon og alder en har. Dette at en har høye verdier på de instrumenter som er anvendt, kan styrke at det er respondentenes egen oppfatning av situasjonen som kommer fram og ikke intervjuerens tolkning. Svarene ble punchet manuelt og det ble utført kontroller. Frekvensmålinger ble utført for å kontrollere feilpunching.

I kap. 7 er det redegjort for de valg som er gjort i forhold til variabler og indekser. I undersøkelsen er det få variabler som betegner boligstandard, og en kan i ettertid ha ønsket flere variabler for å beskrive denne. Det er mange variabler som betegner sosialt nettverk både det formelle og det uformelle. En har i denne studien sett på variabler som betegner mer generelle kvantitative og kvalitative trekk da en er opptatt med den generelle betydning av de sosiale forhold. For å måle sosial støtte har en benyttet SPS da dette er et anerkjent instrument for slik måling. For å måle fysisk funksjonsevne og psykisk velvære kunne en også valgt andre instrumenter i spørreskjemaet som er opptatt med disse forhold (life satisfaction scale, Goldbergs General health questionnaire GHQ og Utrecht Coping List).

Utgangspunktet for undersøkelsen er de eldres boligønske: Boligønsker i forhold til den situasjon pasienten hadde i intervjusituasjonen og boligønsker rettet mot en framtid med økt hjelpebehov. Boligønsker for en framtid med behov for ”mye hjelp”, kan være et hypotetisk spørsmål som det kan være vanskelig å svare på. I følge Galtung (1969) vil de ønsker en person har for en nær framtid være realistiske og må vektlegges, men hvis dette er ønsker langt inn i framtiden, kan mye skje og disse ønskene kan endre seg mye. Eldre over 75 år som er avhengige av hjelp, kan lett komme i en situasjon med økt hjelpebehov der bosituasjonen må vurderes.

Med disse betraktninger kan en konkludere med at utvalget i stor grad er representativt for målgruppen pleieavhengige, hjemmeboende eldre over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste. Eldre som er pleieavhengige vil være opptatt av boforhold og bomulighet i sin nåværende situasjon og i en situasjon med økt hjelpebehov. For å se på sammenhenger mellom bønnsker, boforhold, fysisk funksjonsevne, psykisk velvære, sosiale forhold og mestringsevne har en anvendt bestemte spørsmål og instrumenter i spørreskjemaet. Instrumentene er anerkjente og har høy reliabilitet og validitet.

9.2 Drøfting av forskningsspørsmål og hypoteser.

De enkelte forskningsspørsmålene vil bli drøftet under hvert underkapittel, og hypotesene drøftes i tilslutning til de forskningsspørsmål de er knyttet til.

9.2.1 Hvor ønsker eldre pleieavhengige å bo?

I undersøkelsen vår viste det seg at ca. 91% av pasientene ønsket å bo slik de bodde. Det var noe forskjell mellom de som bodde i tilrettelagte boliger (99%) og de som bodde i ikke tilrettelagte boliger (90%). Dette kan understøtte at flere pasienter i tilrettelagt bolig hadde en bosituasjon som var tilpasset de ønsker og krav en hadde i forhold til de som bodde i ikke tilrettelagte boliger. Men ut fra resultatene er det nærliggende å mene at respondentenes generelle boforhold var gode uansett boligtype og bosted. De få (ca. 10%) som ønsket å flytte fra sine ikke tilrettelagte boliger, ønsket først og fremst en omsorgsbolig (75%) framfor institusjonsbolig. I undersøkelsen er forskjellige boligtyper og bosteder representert. Ingen av

respondentene bodde i storby, og det var få som bodde i blokkleiligheter (7%). Men boligønskene til de som bodde i blokkleilighet samsvarte med de generelle boligønskene som kom fram i undersøkelsen. Funnene i denne undersøkelsen bekrefter det som Boll Hansen og Platz (1995) og Slagsvold (2000) fant i sine undersøkelser. Boll Hansen og Platz viser til at 90% ikke ønsket å flytte fra sine boliger. I undersøkelsen til Slagsvold var det 84% av de som bodde i vanlige boliger og 88% av de som bodde i tilrettelagte boliger som ønsket å fortsette å bo slik de bodde. Dale (1998) og Hovde (1998) konkluderer også med at de eldre ønsker å bo hjemme selv om helse og funksjonsevne blir dårlig. Daatland (1988) fant i sin undersøkelse blant eldre hjemmeboende i to bydeler i Oslo at 75% av de spurte ønsket å bo i sine opprinnelige hjem, mens 25% ønsket en annen bolig. Undersøkelsene til Boll Hansen og Platz og Slagsvold er av nyere dato og ikke spesifikk i forhold til bosted. Det har skjedd en markert boligforbedring de siste 10 årene (St.meld. nr. 28, 1997 -1998), men det kan være at eldre i "storby" har en vanskeligere bosituasjon enn eldre ellers i landet. Hovde (1998) som utførte sin undersøkelse i en bydel i Oslo, konkluderte med at mange eldre hadde problemer med trapper og vedlikehold i sine boliger.

Denne undersøkelsen kan bekrefter at de aller fleste eldre opplevde boligen som en viktig verdifaktor og ikke ønsket å flytte. Likevel viste det seg at det var få (17%) som var mye eller litt bekymret for å måtte flytte fra sine boliger. Dette kan understreke at en er åpen for alternative boløsninger og ikke så bundet til hjem og bolig at det gir bekymringer hvis en må eller bør flytte. Selv om eldre har vært tilbakeholden med å flytte, har det vært en generell økning i flyttingen i 1990 årene (Guldbrandsen,1998). Som et ledd i den generelle boligforbedringen vil eldre oppleve at det er blitt flere aktuell bomuligheter. Platz (1992) mener at hovedgrunnen til at eldre ønsker å flytte er ønske om å få en mindre bolig som er lettstelt , bekvem og der en slipper hagearbeid.

Hovedspørsmålet i undersøkelsen ble rettet mot et framtidig boønske med stort hjelpebehov. På dette spørsmålet ser en stor variasjon i respondentenes boligønsker. Boligønskene viste statistisk signifikans korrelasjon i forhold til boligtype. Når en ser på hovedtrekkene, må det bemerkes at bare ca. ¼ av pasientene ønsket å bo hjemme uansett. De som bodde i ikke tilrettelagte boliger, ville i større grad bo hjemme uansett enn de som bodde i tilrettelagte boliger. Ved å se på svaralternativene: *bo hjemme uansett og helst bo hjemme* under ett, fremkom det imidlertid ikke klare forskjeller mellom de som bodde i tilrettelagte boliger og de som bodde i ikke tilrettelagte boliger. Det må bemerkes at hvis en ser på hele utvalget,

var det omtrent like mange som ønsket å bo i institusjon som ønsket å bo hjemme uansett. Men det var de som bodde i eneboliger eller tilrettelagte boliger som hadde slike framtidige boønsker. Undersøkelsen viser ellers at det var få av respondentene som var usikre på hvor de ville bo hvis hjelpebehovet ble stort.

Når en ser på boligønskene blant de som bodde i ikke tilrettelagte boliger, viste resultatene at det var ulike boligønsker mellom de som bodde i enebolig, rekkehus og blokkleilighet. Med bakgrunn i at blokkleilighet oppfattes som mer lettstelt enn rekkehus og at rekkehus er mer lettstelt enn enebolig, virker det sannsynlig at den prosentvise fordelingen når det gjelder ønske om å bo hjemme uansett var størst for de som bodde i blokkleilighet og minst for de som bodde i enebolig. Det var ingen av de som bodde i blokkleilighet som følte seg for skrøpelig til å bo slik de bodde.

I ettertid kan en mene at en burde hatt samme svaralternativer på nåværende boligønsker og framtidige boønsker. På de framtidige boønskene har en ikke skilt mellom sykehjem og aldershjem som svaralternativer. Begge boformene markerer imidlertid institusjonsbolig, og i den framtidige boligpolitikken vil sannsynligvis aldershjem være en boform som forsvinner. I regjeringens handlingsplan for eldreomsorgen (1998 til 2001) legges det opp til å bygge 24400 nye boenheter, 12800 omsorgsboliger og 11600 sykehjemsplasser (5000 av disse sykehjemsplassene vil være utskifting og utbedring av gamle sykehjem, St. meld. Nr 28 , 1997-1998). I svarrubrikken til nåværende boønsker hadde en et svaralternativ som var bemerket: *Ønsker å fortsette å bo hjemme*. Utsagnet ble, ved framtidige boønsker, endret til: *Ønsker å bo hjemme uansett og ønsker helst bo hjemme*. Dette gjør at tabellene, på ønsket bosituasjon her og nå og ønsket bosituasjon ved økt hjelpebehov, ikke lar seg direkte sammenlikne. Det fremkom ingen statistisk signifikant sammenheng mellom boligtype og nåværende boønsker.

I undersøkelsen til Boll Hansen og Platz viste det seg at 12- 18 % ønsket endret bolig ved økt hjelpebehov, 75 – 80 % kunne ikke tenke seg å skifte bolig i det hele tatt. I denne undersøkelsen var prosentandelen som ønsket å bo hjemme uansett eller helst bo hjemme ca. 60% for hele utvalget, men med stor variasjon (49% - 83%) i forhold til de ulike boligtyper som pasientene bodde i. De som bodde i blokkleilighet og rekkehus, var i størst grad opptatt med å bo hjemme uansett ved et framtidig stort hjelpebehov.

Daatland (1994) påpeker at mange eldre er positivt innstilt til dette å bo på sykehjem. Boll Hansen og Platz (1995) derimot viser at det er få som kan tenke seg å bo på institusjon – ca. 5%. De fleste eldre dansker som ønsker å flytte, ønsker å bo i tilrettelagte boliger med personellbemannning. Boligønsker vil reflekterer de bomuligheter som finnes. I Danmark har en i større grad enn i Norge vektlagt å bygge ned institusjoner og bygge ut omsorgsboliger for eldre (Bølstad,1999).

I dagens eldrepolitikk er en sterkt opptatt med hvilke boalternativer en skal satse på å bygge ut og hvilke bomuligheter som kan være ønskelig for den eldre (St.meld. 28, 1997 –1998). Sett i historisk perspektiv har det først og fremst vært et familieanliggende å ta seg av sine eldre når de fikk et pleiebehov. Kårbolig og legdsordninger hadde til hensikt å få den eldre til å bo sammen med andre og sørge for at det ble gitt nødvendig hjelp. Etter hvert fikk vi gamlehjemsutbygging og siden sykehjem der det ble naturlig å ”plassere” den gamle som ikke kunne klare seg selv eller få hjelp av familie. Med økt velferdsutbygging og nye ideologier er en nå opptatt med at den eldre skal få bo der de ønsker, og at kommunen har et sentralt ansvar for at eldre pleieavhengige opplever trygghet og trivsel uansett bosituasjon (NOU nr. 28, 35.,1982). Det er tidligere redegjort for den betydning eget hjem kan ha. Både Thorsen (1989) og Gullestad (1989) viser spesielt til at dette å ha et eget hjem står sterkt i den vestlige kultur, og at betydningen av å ha eget hjem er kanskje enda sterkere i eldre år enn i yngre år. Hjemmet gir identitet og verdi. Fusadommen av 25.sept. 1990, der en funksjonshemmed ble tilkjent retten til å få ”utvidet” hjemmesykepleie og hjemmehjelp i eget hjem framfor å bo på sykehjem, understreker også at det er stor forståelse for at alle skal kunne ha eget hjem og egen bolig når dette er ønsket og villet (Boe, 1991, Kjønstad,1991). Undersøkelser viser at binding til eget hjem og bolig utvikler seg over tid (Slagsvold, 2000). Dette kan bety at den som nettopp har flyttet ikke har de samme ”bindinger” til hjemmet som den som har bodd i sin bolig i mange år. Eldre som bodde i tilrettelagte boliger, ønsket i større grad å bo på institusjon, hvis hjelpebehovet ble stort, enn de som bodde i mer lettstelte ikke tilrettelagte boliger (rekkehus, boligblokk).

I lys av sosiale aldringsteorier kan en finne støtte for de ulike retningene . I følge Tornstam (1998) er et av kjennetegnene ved gerotransendens at en blir mindre opptatt av materielle ting og mindre selvopptatt ved økt alder. Det at så mange som 23% kan tenke seg institusjonsbolig i fremtiden kan understøtte denne teorien. Det har skjedd og foregår fortsatt en ombygging av sykehjem for å gjøre disse mer hjemlige. De merkelapper som blant annet Townsend (1962)

ga institusjoner for eldre i England, er ikke lenger fremherskende i Norge i dag, og det kan være at eldre ser mer positivt på dette å være på institusjon. Hele 48% ga uttrykk for at følgende utsagn **ikke stemte**: ”Jeg vil bo hjemme, fordi jeg er redd for å flytte på institusjon, jeg synes tanken på å flytte på institusjon er skremmende . Tilbaketrekningsteorien til Cumming og Henry (1961) er opptatt med at den eldre trekker seg tilbake både psykisk og sosialt. Det at en ønsker seg institusjonsbolig kan understøtte at det er et ønske om å trekke seg tilbake og på en måte ”tre ut” av det pulserende samfunn. De som ønsker å bo hjemme uansett, kan oppleves som en gruppe eldre som ønsker å få bestemme mest mulig selv og ønsker å være mest mulig aktive. Denne gruppen kan tas til inntekt for aktivitetsteorien.

9.2.2 Boforhold

I undersøkelsen var det syv prosent (17 pasienter) som sa at de bodde tungvint, og at de ønsket å flytte av den grunn. Det var en prosentvis forskjell mellom de som bodde i tilrettelagt bolig og ikke tilrettelagt bolig (3% mot 9%). I forhold til mobilitetsproblemer viste det seg at ca. 20 % hadde problemer med å bevege seg i boligen. Det var små forskjeller mellom de som bodde i tilrettelagte og ikke tilrettelagte boliger. Barthels ADL indeks viste også at det var liten forskjell mellom funksjonsnivå på beboere i de ulike boligtyper. Prosentandelen som sa at det var vanskelig å gå ut/komme inn i boligen var noe høyere for begge boligtyper. Svarene understreker at en god del eldre uansett boligtype hadde problemer med mobilitet i og inn/ut av bolig, men det er få som opplevde boligen så tungvint at dette ga grunn til å flytte. Både redusert funksjonsevne og bygningstekniske forhold kan gi opplevelse av at boligen er tungvint og at det kan være vanskelig å bevege seg i og ut av bolig.

Det var statistisk signifikant korrelasjon mellom boligtype, tungvint bolig og framtidige boligønsker. En har tidligere kommentert de ulike boligønskene som kom fram når en tok utgangspunkt i hvilken boligtype pasientene bodde i. Boligønskene fordelte seg ganske likt mellom sykehjem/aldershjem og det å bo hjemme fortsatt. Selv om en opplevde boligen så tungvinn at det ga grunn til å flytte, var det nesten ¼ som likevel ønsket å bo hjemme. Mobilitetsproblemer i og inn/ut av bolig ga ingen statistisk signifikans korrelasjon i forhold til framtidige boligønsker.

I undersøkelsen har en også sett på hvordan opplevelse av bolig og institusjonsbolig påvirket de framtidige boønsker. Det var 91% som sa at følgende utsagn stemte: *Jeg vil bo hjemme, for her har jeg frihet/styring over mitt liv* og 30% var enig i følgende utsagn: *Jeg vil bo hjemme, fordi jeg er redd for å flytte i institusjon, jeg synes at tanken på å bo i institusjon er skremmende*. I hvilken grad en opplevde bolig som en viktig verdifaktor og institusjonsbolig som skremmende, påvirket framtidige boønsker, og det var statistisk signifikant korrelasjon mellom utsagnene og fremtidige boønsker. De få (9%) som opplevde at boligen ikke ga frihet og styring ønsket først og fremst å bo i trygdebolig eller på sykehjem/aldershjem. De som mente at det å bo i institusjon virket skremmende ønsket først og fremst å bo hjemme, mens de som ikke opplevde dette skremmende, var mer positive til det å bo på sykehjem/aldershjem.

Daatland (1988) understreker boligens betydning, og Hjort Sørensen (1989) konkluderer med, i sin undersøkelse utført blant københavnere i aldersgruppene 75, 80 og 85 år, at så sant boligen har "en rimelig standard", er det viktig for den gamle å kunne bo i sin egen bolig i sine vante omgivelser lengst mulig. Dahl og Vogt (1996) refererer til eldreundersøkelsen i 1996 der kommunikasjonsmuligheter og boligens beskaffenhet ble nevnt som problemer i forhold til dette å kunne bo hjemme. Noe av det som kan sette begrensninger i forhold til dette å bo i egen bolig er blant annet: Lang vei til butikk og trapper innvendig og utvendig i huset. Boll Hansen og Platz (1995) hevder at 6-7% ikke hadde det som de betegnet som gode boliger, og forekomsten av boliger i stueplan (som ikke hadde trapper) varierte mellom 38 - 57%. Lian (1998) skriver at det har vært en generell boligforbedring for de fleste fra slutten av 1980 årene til midt på 1990 tallet. Men kravet til boligens beskaffenhet stiger med økt grad av funksjonshemming. I vår undersøkelse hadde respondentene i gjennomsnitt høy skåre på Barthels ADL indeks, og 35% var selvhjulpne. Det var 37% som oppga at de hadde problemer med trappegang. Disse tallene må sees i sammenheng med de svar pasientene ga på opplevelse av boforhold. Det antall respondenter som sa de hadde problemer med trappegang står i forhold til det antall som mente de hadde mobilitetsproblem i og inn/ut av bolig.

Det er ellers interessant å bemerke at omsorgsarbeider ofte vurderer bomulighetene og bobehovet annerledes enn de eldre selv. Omsorgsarbeider i undersøkelsen: "Velferd og levekår for sterkt pleieavhengige eldre tjenestebrukere", mente at behovet for institusjonsbolig og tilrettelagte bolig var langt høyere enn det de eldre selv ga uttrykk for. Selv om de fleste respondentene ga uttrykk for å ha god økonomi, vil boendringer kunne medføre en

økonomisk belastning. Mange vil oppleve økte bokostnader ved å flytte til omsorgsboliger. I Arendal kommune kan en omsorgsbolig ha en leiepris på ca. 10.000/per måned (Strøm, 2001). Selv om en kan søke om bostøtte, vil bokostnadene ved å flytte til omsorgsbolig øke for en god del eldre (Slagsvold, 2000).

Mange ga uttrykk for at hjemmet ga frihet og mulighet til å styre over eget liv, men det var få som var redd for å flytte til institusjon og opplevde dette skremmende. En har ikke undersøkelser å vise til der holdningen til det å bo i institusjon har endret seg de senere år. Men det har skjedd en positiv utvikling i dette å gjøre sykehjem mer hjemlige og sørge for at alle får egne rom.

Undersøkelsen viste at det var statistisk signifikant korrelasjon mellom den avhengige variabel, og de uavhengige variablene: Boligtype, dette å bo tungvint, opplevelse av at bolig ga frihet og styring over livet og synet på det å bo på institusjon. Disse forhold støtter opp om at det er en sammenheng mellom boforhold og hvilke framtidige boønsker en har ved økt hjelpebehov.

9.2.3 Sosiale forhold

I det følgende kapittel drøftes de sammenhenger det kan være mellom framtidige boønsker ved stort hjelpebehov og sosiale forhold. En har valgt å skille mellom de ulike nettverk og opplevelse av sosial støtte.

9.2.3.1 Det uformelle sosiale nettverk

I vårt utvalg var de aller fleste enker eller enkemenn. Kun 18% hadde ektefelle, og 91% av disse bodde sammen med sin ektefelle. Framtidige boønsker ved økt hjelpebehov var lite forskjellig i forhold til hvilken sivilstand en hadde. De aller fleste (75%) bodde alene, og andelen aleneboende var størst blant kvinner og de som bodde i tilrettelagte boliger. De framtidige boønskene ved økt hjelpebehov var også lite forskjellig om en var aleneboende eller bodde sammen med noen. I undersøkelsen sa 46 % at de ville bo hjemme fordi de ville være i nærheten av sine nærmeste. Korrelasjonsanalyse mellom denne variabelen og framtidige boønsker viste ingen statistisk signifikant sammenheng mellom dette å bo i

nærheten av sine nærmeste og de boønsker en hadde ved et framtidig stort hjelpebehov. Mange av de eldre var også barnløse (18%), og 13% hadde bare ett barn. Blant de som hadde barn, var det 73% som hadde kontakt med sine barn og svigerbarn mellom en gang per uke og flere ganger daglig, og 72% av de som hadde barn mente de hadde passe kontakt med barn/svigerbarn. Kontakthypighet mellom barn og eldre pleieavhengige påvirket ikke framtidig boønsker ved økt hjelpebehov. Kontakten med naboer var også svært varierende, men 87% mente at kontakten med naboene var passelig. En så ingen statistisk signifikant sammenheng mellom kontakthypighet med naboer og framtidige boønsker, men det var en statistisk signifikant sammenheng mellom naboforhold og framtidige boønsker ved stort hjelpebehov. Forskjellen gikk først og fremst på at de som opplevde gode naboforhold i større grad ønsket å bo hjemme enn de som ikke hadde så gode naboforhold. Korrelasjonsanalyse mellom variablene framtidige boønsker og opplevelse av at pårørende kunne stille opp hvis det ble behov for mer hjelp viste $p = .048$. En oppfatter dette slik at disse forhold i usikker grad vil kunne påvirke framtidige boønsker.

Flere understreker betydningen av å ha et godt sosialt nettverk når en skal bo i egen bolig og har helsesvikt. Sett i historisk perspektiv har mange vært avhengig av familien for fortsatt å kunne bo i egen bolig når en har blitt eldre og fått redusert funksjonsevne. Undersøkelser viser at andelen barnløse stort sett har ligget mellom 10% - 20%, men at dette har variert noe og var spesielt høyt for kvinner født rundt 1910 (Noack og Texmon, 1991). Andelen aleneboende stiger, og mer enn halvparten av kvinner over 70 år er aleneboende (NOS, C301, 1995), mens flertallet av menn vil fortsatt være gift til opp i 80 års alderen. Menn og kvinner vil statistisk ha forskjellig sosiale nettverk. Thorsen (1998) hevder at det generelt er en sterk ansvarsfølelse å se blant den nære familie til eldre, og undersøkelser kan tyde på at denne ikke er blitt mindre med årene (Daatland og Solem, 2000, Lingsom, 1997). En regner med at det utføres en betydelig arbeidsinnsats av familien i forhold til den pleieavhengige eldre hjemmeboende (NOU nr 1, 1992). Forskning viser at det er først og fremst ektefelle og barn som gir denne omsorgen, men der dette mangler kan venner og fjernere familie utøve en betydelig omsorg.

Denne undersøkelsen bekrefter at den eldre pleieavhengige i stor grad var fornøyd med den kontakt de hadde med barn/svigerbarn og naboer, men at disse forhold ikke påvirket de framtidige boønskene. Kompensasjons og substitusjonsteorien er opptatt med at en oppretter nye kontakter når nær familie faller fra. Det kan være at de som i utgangspunktet hadde lite

sosialt nettverk og lite kontakt med nær familie og naboer, fikk dekket sitt behov for sosial kontakt og praktisk hjelp gjennom annet uformelt nettverk eller det formelle sosiale nettverk. Disse forhold er ikke undersøkt i denne undersøkelsen. Fensli (2001) viser i sin undersøkelse at de som hadde lite kontakt med hjemmesykepleien hadde mye kontakt med barn/svigerbarn, spesielt de som bodde i sine opprinnelige hjem.

Det må bemerkes at behovet for sosial kontakt vil være forskjellig og oppleves forskjellig. Alvsvåg og Tanche - Nilssen(1999) understreker den rollen naboer kan ha som formidlere og de Jong og Fawcett (1981) viser til den betydning tilhørighet har blant annet ved flytting. Det var forventet at naboforhold kunne ha betydning for framtidige boønsker. Men gode naboforhold vil være et relativt begrep, og avhengige av mange faktorer. Flere understreker at nærhet til jevngamle, med tanke på sosial kontakt, vil være et sentralt moment i naboforholdene (de Jong og Fawcett, 1981, Daatland, 1999). I følge Rosow(1967) og Thorsen (1988) skulle mulighetene for å etablere gode naboforhold generelt være bedre i et bomiljø med flere eldre i samme situasjon, f.eks der en har tilrettelagte boliger. Men Slagsvold (2000) mener å finne at eldre i tilrettelagte boliger følte seg mer ensomme enn eldre i eget hjem, mens eldre i ikke tilrettelagte boliger følte seg mer isolert enn eldre i tilrettelagte boliger. Schieflo (1997) hevder at det vanligste er å ha svak kontakt med noen få naboer og at familie og vennerelasjon betyr mer. Denne undersøkelsen understreker at gode naboforhold vil påvirke framtidige boønsker.

Mange eldre som har bodd i egne boliger gjennom mange år vil oppleve at eldre jevnaldrende faller fra og at naboforhold endres. En kan konkludere med at eldre hadde stor variasjon i det uformelle nettverk, men de fleste var likevel fornøyd med de forhold som er undersøkt i forhold til det uformelle nettverk. De framtidige boønskene med økt behov for hjelp viste bare statistisk signifikant korrelasjon i forhold til nabolag.

9.2.3.2. Det formelle sosiale nettverk

Bruken av hjemmehjelp og hjemmesykepleie varierte mye, men undersøkelsen viste at pasientene var godt fornøyd med både kommunal hjemmehjelp og hjemmesykepleie, og at de i stor grad fikk den hjelpen de trengte (det henvises til vedlegg 7, tabell 7). Det var spesielt de som brukte lite av tjenestene som ikke var fornøyd, eller mente de fikk for lite hjelp. Mange (38%) var avhengig av det kommunale tilbud hvis hjelpebehovet økte, men de fleste

følte seg trygge på at kommunen kunne øke sitt hjelpetilbud hvis det ble behov for dette. Korrelasjonsmålinger viste ingen signifikant korrelasjon mellom de målte faktorer i det formelle nettverk og framtidige boønsker ved økte hjelpebehov.

Daatland (1990) understreker at det å kunne få hjemmetjenester vil være viktige ressurser i forhold til å greie seg i eget hjem. Det var derfor forventet at boønskene ville ha sammenheng med om en fikk tilstrekkelig hjelp og om kvaliteten på hjelpen var god nok. Undersøkelsen viser at de fleste var fornøyd med den hjelp de fikk og at de fikk nok hjelp. Boønskene varierte ikke med bakgrunn i disse faktorene. Om en var passelig fornøyd med den hjelpen en fikk og trodde ikke en kunne få mer hjelp ved økt behov, eller var godt fornøyd, og trygg på at en også kunne få nok hjelp hvis behovet økte, påvirket ikke dette de framtidige boønskene. Undersøkelsen bekrefter det som tidligere er kommet fram i andre undersøkelser at pasientene stort sett er fornøyd med den kommunale hjemmehjelp og hjemmesykepleie. I følge Thorsen og Dyp (1993) uttrykker også pårørende jevnt over fornøydhet overfor den kommunale helsetjeneste. Det er stor enighet om at det er viktig med et nært og godt samarbeid mellom det formelle og det uformelle nettverk. Familien føler ofte et særlig ansvar for den emosjonelle og sosiale støtten (Daatland, 1990, Lingsom, 1997).

I lov om helsetjeneste i kommunene står det at kommunen skal sørge for at alle som bor i kommunen skal få nødvendig helsetjeneste (Lov om helsetjenesten i kommunen §1-1). I utgangspunktet er det sykepleiere i hjemmesykepleien som vurderer hva som er nødvendig helsetjeneste. Forståelsen av begrepet , nødvendig helsehjelp, har nok endret seg med årene til i sterkere grad å være det behov den enkelte gir uttrykk for, enn hva en har mulighet til å gi av hjelp. Når også målsettingen er at den eldre skal kunne bo hjemme så lenge han/hun ønsker, har det også vært nødvendig å utvide tilbudene i den kommunale helsetjeneste slik at den eldre kan få omfattende hjelp også om natten. Flere forskere har pekt på faren ved at det offentlige overtar alle omsorgsoppgaver, og en har vært redd for at uformelle spontane relasjoner skal forsvinne mellom den eldre og familien (Dalgard og Sørensen, 1988, Daatland, 1990, 1997). Studier (Lingsom, 1997) viser at jo mer hjelp en får fra nære andre, desto mer reduseres hjelpen fra det formelle nettverk. Det vil derfor være viktig å være opptatt med hvilket sosialt nettverk den eldre har, og få til en oppgave og ansvarsfordeling som kan virke støttende for alle parter.

Boll Hansen og Platz (1995) fant at de eldre stort sett var fornøyd med den kommunale hjelpen, men at en savnet mer tid til samtale og det å være sammen. I tillegg savnet en hjelp til praktisk gjøremål, som hjelp til det å komme ut. Det kan konkluderes med at de eldre i stor grad opplevde å få den hjelp de trengte og at de fleste var trygg på at kommunen kunne utvide sitt tilbud hvis det ble behov for dette. Selv om disse forhold var tilstede, var det likevel en del som ønsket å flytte til omsorgsbolig eller sykehjem/aldershjem ved økt hjelpebehov. Det kan se ut til at en del eldre ville være enige i følgende pasientuttalelse:

”Om jeg ikke kan klare meg, og blir helt avhengig av andres hjelp, får jeg flytte i institusjon. Der får jeg den pleie og trygghet jeg trenger, og jeg slipper å bli til byrde for noen” (Daatland, 1987 s 7). Mange vil mene at hvis en har et stort hjelpebehov, vil en måtte tilbringe en del tid alene, selv om den kommunale helsetjeneste stiller opp. Det kan bli et press på familie og venner om å stille opp, og eldre vil føle at de er til byrde. Når den eldre pleieavhengige er på institusjon vil det alltid være personale i nærheten som kan hjelpe. Dette kan være en trygghet både for den eldre, familie og venner.

9.2.3.3 Sosial støtte

For å måle opplevelse av sosial støtte har en sett på gjennomsnittsskåre for de fire ulike provisjoner i Social Provisions Scale. I den bivariate analyse har en vært opptatt med om det var forskjell i gjennomsnittlige skåre på SPS. Pasientene skåret generelt høyt på alle dimensjoner med unntak av nurturance. Det var ellers liten forskjell mellom de gjennomsnittlige totale SPS skåre og framtidige boønsker. De som ønsket trygdebolig hadde høyest skåre, mens de som var usikre på framtidige boønsker skåret lavest. Bivariat analyse vist ingen statistisk signifikant korrelasjon mellom SPS skåre og framtidige boønsker.

Attachment som er et mål for tilknytning, må betegnes som høyt og standardavviket lavt. I en undersøkelse blant eldre hjemmeboende fant Langeland (1994) en skåre på 14,3, og Bondevik(1997) fant at beboere på aldershjem hadde en skåre på 15,15. Med utgangspunkt i sosial støtteteori mener en at det først og fremst er tilknytning til ektefelle som har betydning for attachment (Weiss, 1974), men Mancini og Blietznier (1992) hevder at også barn og venner kan ha betydning for opplevelse av tilknytning. I vår undersøkelse var det få som var gift, og de fleste bodde alene. Men mange eldre ga uttrykk for å være fornøyd med kontakten med barn/ svigerbarn. I en del sammenhenger vil også naboer være venner, og i de tilfeller vil også nabokontakten ha betydning for attachment. Høy skåre på attachment indikerer trygghet,

og støtter opp om ønske om fortsatt å kunne bo i eget hjem. Dette viste seg også i undersøkelsen, der de som ønsket å bo hjemme uansett, skåret høyest på denne provisjonen.

Social integration viser til om en person har tilgang til et nettverk der en kan møte likesinnede, få informasjon, dele interesser, bekymringer og oppleve følelsesmessig nærhet. De som ønsket trygdebolig (tilrettelagt bolig) skårte høyest på denne provisjonen. Langeland (1994) viser til en skåre på 13,4 blant eldre hjemmeboende og Bondevik (1997) fant en skår på 14,71 blant beboere på aldershjem, og 15,57 blant eldre i eget hjem. Fensli (2001) viser til, i sin undersøkelse, at det var en signifikant forskjell mellom de som bodde i tilrettelagt boliger og ikke tilrettelagte boliger i forhold til social integration. Det pekes blant annet på at de som bodde i tilrettelagte boliger hadde mer kontakt med naboer enn de som bodde i ikke tilrettelagte boliger. Ingen av de som bodde i tilrettelagte boliger karakteriserte nabolaget som dårlig. Det var 4,8% av de som bodde i ikke tilrettelagte boliger som karakteriserte nabolaget som dårlig. Konklusjonen til Fensli er at eldre i tilrettelagte boliger følte seg mer sosialt integrert enn eldre i ikke tilrettelagte boliger. I forhold til det som er undersøkt i denne undersøkelsen fant en derimot **ikke** at de som bodde i tilrettelagte boliger i større grad ønsket å bo hjemme ved et økt hjelpebehov.

Reassurance of worth vil først og fremst styrkes gjennom kontakt med familie, venner, naboer og det formelle nettverk. Høy skåre på provisjonen vil virke støttende på ønske om fortsatt å bo i eget hjem. I vår undersøkelse var det de som ønsket trygdebolig som skåret høyest på denne provisjonen.

Nurtrurance er opptatt med dette å være til nytte eller bety noe for andre (Weiss, 1973). Sosial støtteteori understreker at skåre på denne provisjonen vil ha sammenheng med det å bo sammen med ektefelle (Weiss, 1973). De fleste av respondentene var aleneboende, og muligheten til å gi "nurtrurance" var redusert. Sterkt hjelpetrengende vil sannsynligvis være lite opptatt med å være til nytte eller opptatt med å kunne bety noe for andre. En vil ikke forvente at dette er en provisjon som vil ha stor betydning for ønske om å bo i eget hjem. På spørsmål om ensomhet var det flest som sa de var ensomme iblant (38%). Korrelasjonsanalyse viste at ensomhetsopplevelse ikke influerte på framtidige boønsker.

Generelt skåret respondentene høyt på opplevelse av sosial støtte (mean 52,69), men det var stor variasjon (SD 7,0). De fleste respondentene ga uttrykk for ha god kontakt med det

uformelle sosiale nettverk og var fornøyd med den kommunale helsetjeneste. Med denne bakgrunn forventet en at de fleste opplevde stor grad av sosial støtte. Det var liten forskjell mellom de som bodde i tilrettelagte boliger og de som bodde i ikke tilrettelagte boliger, selv om kontaktformen var noe ulik. Det var forventet at de som skåret høyt på sosial støtte ønsket å bo hjemme. Analysen viser imidlertid liten forskjell i den gjennomsnittelige skåre på de ulike boalternativene. De som var usikre på sitt boønske, skåret lavest (49,93). En fant ingen signifikant korrelasjon mellom de enkelte provisjonene, total skåre på SPS og framtidige boønsker. Resultatene er forenlig med de funn som Boll Hansen og Platz (1995) fant i sin undersøkelse der de konkluderer med at et svakt sosialt nettverk ikke ser ut til å øke ønske om å skifte bolig.

En finner få holdepunkter for at de sosiale faktorer som en har vært opptatt med i denne undersøkelsen, har betydning for framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. Det er kun i forhold til nabolag at en ser det er en statistisk signifikant korrelasjon mellom sosiale faktorer og framtidige boønsker. Selv om disse forhold ikke var tilfredstillende var det likevel en del som ønsket å bo hjemme. Daatland (1990) understreker at det å bo sammen med noen vil være en viktig ressurs i forhold til dette å kunne bo i eget hjem når en er pleieavhengig. Ved et stort hjelpebehov vil mange eldre kunne føle at de er til bry, og selv om en har et godt sosialt nettverk og opplever sosial støtte, kan ønske om ikke å være til belastning bli sterkere enn ønske om å bo i eget hjem.

9.2.4 Fysisk funksjonsevne og psykisk vevære

Fysisk funksjonsevne og psykisk vevære oppfattes som to ulike faktorer som på forskjellig måte kan påvirke et framtidig boønske ved økt hjelpebehov.

9.2.4.1 Fysisk funksjonsevne

Det var liten forskjell i gjennomsnittelig ADL skåre mellom de som bodde i ikke tilrettelagte boliger og de som bodde i tilrettelagte boliger. Kun 2%(4) kunne betegnes som svært hjelpetrengende (ADL score mellom 5 og 8). Disse pasientene bodde i enebolig eller rekkehus. Det de fleste trengte hjelp til var personlig hygiene, forflytning, inkontinensproblematikk og påkledning. De som var usikre på sine framtidige boønsker hadde høyest skåre på One Way Anova test, mens de som helst ønsket å bo hjemme hadde

lavest score. Analysen viste ingen signifikant korrelasjon mellom fysisk funksjonsevne og framtidige boønsker .

Slagsvold (2000) fant i sin undersøkelse også liten forskjell i funksjonsevne blant de som bodde i tilrettelagte boliger, ikke tilrettelagte boliger og aldershjem. Den gjennomsnittelige ADL skåre for beboere i disse boligene var noe lavere enn den skåre som viste seg i denne undersøkelsen. Skårene varierte mellom 12,9 og 14,7 med høyest skåre for de som bodde i tilrettelagte boliger. Pasienter på sykehjem hadde en skåre på 7,7. Det må bemerkes at i undersøkelsen til Slagsvold har en tatt utgangspunkt i sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebrukere.

Det er tidligere vist at redusert fysisk funksjonsevne vil være en av de viktigste indikatorene for å søke plass på sykehjem (Rytter Evensen et al., 1988). Med denne bakgrunn forventet en at boønskene var influert av fysisk funksjonsevne. En kunne forvente at de som hadde sterkt redusert funksjonsevne i større grad ønsket å bo på institusjon enn de som hadde en god fysisk funksjonsevne. I undersøkelsen var det ingen av de sterkt hjelpetrengende (2%) som ønsket å flytte til institusjon. De ønsket enten å bo hjemme eller i trygdebolig. Begrepet: *Et framtidig boønske med økt hjelpebehov*, er et begrep som kan gi ulike assosiasjoner. De eldre vil ha ulik forutsetning for å kunne tenke seg inn i en slik situasjon. Både den hjelp en får i øyeblikket og den hjelp som andre sterkt pleietrengende får enten i eget hjem eller på institusjon kan gi tanker og meninger om hvordan en selv vil kunne få det når hjelpebehovet øker. På ulike måter bringes det rapporter om hvordan pasienter med stort hjelpebehov har det i institusjon og i egne hjem. ”Vellykkede” boforhold i egne hjem, vil virke positivt inn på ønske om å bo i eget hjem/tilrettelagt bolig, mens vanskelige boforhold i eget hjem vil kunne forsterke ønske om å bo i institusjon. Daatland (1988) hevder at søknad til trygdebolig eller institusjon ikke er så entydig sterk som en kunne forvente. Eldre med sterkt redusert helse søker ikke nødvendigvis trygdebolig eller institusjonsbolig.

Vår undersøkelse viser at Barthels ADL-skåre ikke påvirket framtidige boønsker. Det var ikke slik at de med stort hjelpebehov i større grad ønsket å bo på institusjon i forhold til de med lite hjelpebehov. Argumenter som kan understøtte at den fysiske funksjonsevnen ikke influerer på framtidige boønsker kan blant annet være:

- en opplever å få den hjelp en trenger uansett hjelpebehov, og muligheten til å bo hjemme er gode

- en er lite bekymret for å skifte bolig

9.2.4.2 Psykisk velvære

Skåre på indeksen "psykisk velvære" skulle indikere at de fleste pasientene hadde stor grad av psykisk velvære. I forhold til de ulike variablene på indeksen bemerkes det at over 80% hadde stor grad eller mye trygghet og ro, og ikke var plaget med angst. Korrelasjonsanalyse med One Way Anova test viste at de som ønsket å bo hjemme uansett hadde høyest gjennomsnittelig skåre på denne indeksen. Lavest skåre hadde de som var usikre på hvor de ønsket å bo. Analysen viste statistisk signifikant korrelasjon i forhold til fem delt boønske og Independ samples t- test mellom de som ønsket å bo hjemme uansett og de som ønsket å bo på sykehjem/aldershjem viste også statistisk signifikant korrelasjon.

Psykisk velvære vil påvirke selvbilde og selvfølelse (Hummelvold, 1997, Strand, 1997), og en kunne forvente at dette ville ha betydning for framtidige boønsker. Det er enighet om at det er stor grad av stabilitet i personligheten gjennom livet (Nordvik, 1995, Costa et al, 1998). Men forskere (Bland m .fl 1988, Laake ,1997) peker på at det kan være flere grunner til at eldre kan få psykiske problemer og depresjoner. Det pekes blant annet på at funksjonstap både fysisk og mentalt ofte ledsages av tristhet og depresjon. Eldre vil også oppleve ulike typer tap, og dette, sammen med dårlige levekår, vil bidra til nedstemthet, depresjon og psykiske problemer. Slagsvold (2000) peker i sin undersøkelse på den sammenhengen en ser mellom kognitiv svikt og depresjon, og at det kan være vanskelig å skille mellom disse tilstandene. Tidligere undersøkelser viser også til at det er sammenheng mellom velvære og trivsel. Hvis en i hjemmesituasjonen opplever angst, utrygghet og lite glede vil dette gjøre at båndene til eget hjem blir mindre og ønske om å få en annen bosituasjon blir sterkere.

Respondentene i utvalget skåret høyt på ADL funksjoner og de var klare og orienterte. Bakgrunnsvariablene viser også at de fleste hadde gode levekår. Disse forhold gjorde at en kunne forvente høye skår på psykisk velvære, noe en også så i undersøkelsen. Med denne bakgrunn kunne en forvente at respondentene ønsket å bo i sine boliger. Boll Hansen og Platz (1995) fant i sin undersøkelse at det var de psykisk svake og ensomme som var minst tilfreds med sin bolig. Denne undersøkelsen kan bekrefte at det var de med høyest skåre, i forhold til psykisk velvære, som i sterkeste grad ønsket å bo hjemme hvis hjelpebehovet økte.

En finner ikke grunnlag for å hevde at fysisk funksjonsevne påvirker framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. Dette kan understøtte antakelsen om at eldre opplever at det er ulike bomuligheter når en har et stort hjelpebehov. Det var en statistisk signifikant korrelasjon mellom psykisk velvære og framtidige boønsker og en finner grunnlag for å mene at grad av opplevd psykisk velvære vil påvirke ønske om å bo i eget hjem.

9.2.5 Mestringsevne

Som mål på mestringsevne har en tatt utgangspunkt i Antonovskys teori om mestring og anvendt hans indeks SOC –13 for denne målingen. Histogrammet viser en negativ asymmetrisk fordeling, noe som indikerer høy gjennomsnittsverdi i forhold til en normalfordeling. Gjennomsnittskåre på 69,8 indikerer at de eldre i stor grad mestret livet bra. I forhold til de tre ulike kjernekomponentene ser en at respondentene skårte høyere på comrehenssibility enn meaningsfullness og manageability. Antonovsky hevder imidlertid at det er viktig å se på de ulike dimensjonene i SOC som en del av en helhet. I forhold til One Way Anova test ser vi at de som ønsket å bo hjemme uansett skåret høyest på SOC. Dette var også en mer homogen gruppe enn de som ønsket andre fremtidige boliger. Ved Independent samles t-test, der en kun ser på de som ønsket å bo hjemme uansett og de som ønsket å bo på sykehjem/aldershjem, fremkom det en statistisk signifikant korrelasjon mellom mestringsevne og fremtidige boønsker.

SOC - 13 har vist seg å være et godt og forenklet alternativ til SOC –29 (Antonovsky, 1993, Callahan og Pincus, 1995). Men eldre har ofte skåret høyere på denne indeksen enn yngre og middelaldrende (Coe et al., 1990, Nyamathi, 1991). Langeland (1994) som anvendte SOC-29, fant også i sin undersøkelse høye SOC skåre blant eldre. Vår undersøkelse understøtter at mange eldre opplever livet sitt håndterbart, forståelig og meningsfylt og at de med høy mestringsevne i større grad enn de med lav mestringsevne ønsker å bo i eget hjem når en tenker på en framtid med økt hjelpebehov.

Antonovsky oppfatter mestringsevne som en mer eller mindre medfødt disposisjon, en indre styrke som blant annet innbefatter evne til å nyttiggjøre seg ytre ressurser. En person med høy mestringsevne vil ha et salutogenetisk utgangspunkt, og være opptatt med hvordan en

kan utvikle og utnytte motstandsressurser. Med dette utgangspunkt vil eldre pasienter med høy mestringsevne være opptatt med hvordan en kan tilpasse og utnytte boligen slik at den kan fungere best mulig i forhold til den situasjon en er kommet i. En vil ikke i den grad være opptatt av de begrensninger alder og funksjonssvikt setter, men være mer opptatt med å utnytte den funksjonsevne en har. Selv om det sosiale nettverk endres og reduseres, vil en se på de muligheter som finnes i det sosiale nettverk. En vil også være opptatt med å utnytte det tilbud som finnes innen den kommunale helsetjeneste. Med denne bakgrunn vil en forvente at eldre pasienter med høy mestringsevne i større grad vil ønske, og ser mulighet for å bo i egen bolig ved en framtid med stort hjelpebehov. Almind (1987) konkluderer med at eldre med høy mestringskompetanse, i sterkere grad enn de med lav mestringskompetanse, vil bli boende i sin bolig og har planer for framtiden. Tidligere undersøkelser har også vist at hjemmeboende har hatt høyere SOC score enn hospitaliserte og institusjonaliserter pasienter (Larsson, Johansson og Hamrin, 1995). En kan spørre seg om det å bo i eget hjem er en mestringsressurs i seg selv som bidrar til opplevelse av sammenheng. I et naturalistisk perspektiv vil de sterkeste overleve lengst grunnet gode gener og tilpasningsdyktighet. Antonovsky er opptatt med at de med høy mestringsevne i større grad mestrer tilværelsen tross nedsatt funksjonsevne. En konklusjon på Antonovskys teori kan blant annet være at pasienter som blir institusjonalisert vil ha lavere SOC skåre enn pasienter som bor i eget hjem.

Antakelsen om at de med høyest SOC ønsker å bo i eget hjem bygger på en oppfatning om at eget hjem oppfattes som en viktig verdi som det er verd å kjempe for. Antonovsky hevder at opplevelse av sammenheng får bare sin relevans i områder som er viktige for oss. Det er tidligere vist gjennom teoretisk drøfting og tidligere forskning at eget hjem og egen bolig vil for de fleste oppfattes som en verdi som en ønsker å ta vare på. I de situasjoner der eget hjem blir en negativ faktor, vil høy mestringsevne knyttes til det å endre bosituasjon.

Høy mestringsevne er tidligere knyttet til dette å mestre å bo i sitt eget hjem tross redusert funksjonsevne. Mange vil mene at det også kreves høy mestringsevne for å flytte og endre bosituasjon. Det å flytte fra en kjent bolig og et kjent boligstrøk, vil medføre store utfordringer, og det kreves mot og ressurser til å gå inn i en flytteprosess. Når boforholdene ikke lenger kan oppfylle de krav en setter, vil en bli konfrontert med muligheten for å skaffe seg ny bolig. Når bosituasjonen blir mer ordnet, håndterbare og meningsfull ved å flytte, vil den som har høy mestringsevne velge å endre bosituasjon og gå inn i en aktiv flytteprosess.

I den norske eldrepolitikken er en opptatt med at eldre skal oppleve et reelt valg i forhold til bosituasjon (St. meld. nr. 50, 1993-1994). Selv om en har et stort hjelpebehov skal en få mulighet til å bo hjemme. Mange eldre vil nok fortsatt mene at behovet for pleie og trygghet, ikke i samme grad, kan ivaretas i eget hjem som i institusjon. I Danmark (Boll Hansen og Platz, 1995) har en vektlagt å bygge ut boenheter med personell, mens en i Norge i større grad har valgt å satse på sykehjem og tilrettelagte boliger med tilsyn av den kommunale helsetjeneste. Det er mulig at den danske modellen i større grad tilfredsstiller kravet om dette å ha eget hjem og samtidig få nødvendig pleie og hjelp.

I følge Cumming og Henry (1961) er tilbaketrekning et generelt fenomen ved det å bli gammel, og en kan tolke dette som at eldre blir mer eller mindre likegyldige til sin bosituasjon. I relasjon til Antonovskys mestringssteori vil en finne argumenter for at de som inntar en slik holdning til sin bosituasjon har lavere mestringssevne. Havinghurst (1973) hevdet at den eldre egentlig ønsker å være aktiv, men at det er samfunnet som støter de eldre bort og hindret de i aktiv deltakelse. Med dette utgangspunkt vil en hevde at de eldre inntar en aktiv holdning til sin bosituasjon, og at de i utgangspunktet er opptatt med forståelighet, håndterbarhet og meningsfullhet, men at samfunnet griper inn og hindrer eldre å bruke sin mestringssevne. Tornstam (1998) er opptatt med at perspektiver og verdier endres med økende alder. Han peker med dette på at andre faktorer enn mestringssevne kan være viktig i forhold til hvor den eldre ønsker å bo.

Independent samle t- test mellom mestringssevne og framtidig boønsker viser en signifikant korrelasjon når en ser på de som ønsket å bo hjemme uansett og de som ønsket å bo på institusjon. Ved å se på One Way Anova test mellom de ulike boønskene finner en ikke signifikant korrelasjon. Når en ser på de ulike boønsker, finner en ikke holdepunkt for at mestringssevne er av betydning for hvilke boønsker en velger. Men når en kun ser på de som ønsket å bo hjemme uansett og de som ønsket å bo på institusjon finner en holdepunkt for å si at mestringssevne vil innfluere på framtidige boønsker.

9.3 Konsekvenser for sykepleien

Sentrale mål i sykepleien vil være å bevare liv, fremme helse og velvære. Tidligere undersøkelser og denne undersøkelsen understreker at det å bo i eget hjem vil for de fleste

mennesker være en verdifaktor som kan forbindes med velvære. Det vil derfor være et sentralt mål i den kommunale helsetjeneste og hjelpe personer slik at de kan bo hjemme lengst mulig og oppleve trivsel i sin bosituasjon. Eldre personer som blir pasienter i hjemmesykepleien trenger ulik hjelp for å mestre sin livssituasjon. Orem (1995) er opptatt med ulike typer egenomsorgsbehov som kan bli truet når en får redusert funksjonsevne. Hun mener at fokus i sykepleien må rettes mot pasientens grunnleggende behov. Pasienter med redusert funksjonsevne vil i tillegg ha helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov (Orem, 1995). I forhold til de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov blir det viktig at den enkelte søker råd og assistanse fra andre som er kompetente til å gi dette når vedkommende selv ikke er i stand til å ta seg av sine egenomsorgsbehov. For at pasienten skal kunne søke råd og assistanse kreves det at pasienten har mestringssevne og at det finnes ressurser i nærmiljøet.

Det humanistiske menneskesyn som står sterkt i sykepleiefaget understreker at mennesket er unikt, og Travelbee(1971) mener at vi som sykepleiere nettopp må ta utgangspunkt i den enkeltes ønsker og behov. Hun understreker også at sykepleien retter seg mot familie og samfunn. Den hjelp og bistand som gis den enkelte pasient vil også være en hjelp til familien. Organisering og administrering av den kommunale hjemmesykepleie vil ha betydning for hvordan en utnytter de helseressurser som er til disposisjon.

Pasientene i denne undersøkelsen ga uttrykk for at de ønsket å bo hjemme, men på spørsmål om ønsket bosituasjon ved et framtidig økt hjelpebehov kom det fram ulike boønsker. En kan stille seg ulike spørsmål om hvorfor det fremkommer stor variasjon i boønskene og hvorfor flere ønsket å bo i institusjon. Som sykepleier vil en være opptatt med pasientens problemer og behov. Dette kan føre til at en først og fremst ser på de forhold som gjør det vanskelig å bo i eget hjem og som gir begrensninger. En kan stille seg spørsmål om eldre opplever et reelt valg i forhold til bosituasjonen når en blir sterkt funksjonshemmet. Er forholdene lagt til rette slik at det er mulig å bo i eget hjem når en har et stort hjelpebehov, og hva må til for at den eldre skal føle det godt å bo i eget hjem selv med store funksjonshemninger? Det kan være ulike årsaker til at eldre ønsker å bo på institusjon. Det refereres tidligere til en pasientuttalelse som uttrykker en holdning som kan være typisk for flere eldre. Pasientuttalelsen uttrykker følgende forhold som betydningsfulle for å flytte på institusjon:

- Hjelpebehovet blir stort og en blir helt avhengig av andres hjelp.
- På institusjon får en den pleie og hjelp en trenger
- En slipper å være til byrde for noen.

Antonovsky (1987) og Sullivan (1989) er opptatt av et salutogenetisk utgangspunkt der en ser på pasientenes ressurser og de forhold som gjør det mulig å bo i eget hjem . En har i denne undersøkelsen sett på indre og ytre faktorer som vesentlige i forhold til dette å kunne bo hjemme når en er eldre og får et stort hjelpebehov. Tidligere undersøkelser har pekt på at boforhold, sosiale forhold og fysisk funksjonsevne vil være vesentlige faktorer å vektlegge når en skal se på boønsker og bomuligheter. I denne undersøkelsen har en også sett på hvilken betydning ”indre faktorer” som psykisk velvære og mestringsevne kan ha for fremtidige boønsker.

Denne undersøkelsen viser først og fremst at de boønsker som fremkommer ved et framtidig stort hjelpebehov varierer og er forskjellige. Det er ikke et entydig ønske om å bo hjemme uansett eller helst, selv om de fleste eldre ønsker denne bosituasjonen. Den eldre pasient er i større eller mindre grad knyttet til sitt hjem og få frykter dette å komme på institusjon. Det blir viktig for den hjelpetrequende å oppleve at grunnleggende behov blir dekket og at en opplever trygghet. Noen eldre vil mene at de kan oppleve trygghet i eget hjem selv om funksjonsevnen er sterkt redusert, mens andre vil mene at tilværelsen vil bli bedre om en endrer bosituasjon.

I de senere år har en valgt å prioritere utbygging av tilrettelagte boliger , men en har samtidig innsett at det er behov for insitusjonsplasser. Nedbyggingen av sykehjemsplasser har stoppet opp, og en er nå i gang med oppussing og utbygging av sykehjemsplasser slik at de som ønsker det kan få egne rom på sykehjem. Denne undersøkelsen kan bekrefte at en del eldre vil foretrekke å bo på institusjon når de blir sterkt hjelpetrequende. Alvsvåg og Tanche - Nilsen (1999) mener også at en del eldre vil ha det bedre i institusjonsomsorgen enn i egne hjem og at det derfor vil være viktig å fortsatt prioritere denne omsorgen. Mange av de eldre uttrykker stor grad av fornøydhet i forhold til den kommunale helsetjeneste, men når en går inn på enkeltspørsmål ser en at blant annet at kontinuitet i hjemmesykepleien kunne vært bedre. En kan stille seg spørsmål om en bedre utbygd hjemmehjelpsordning og hjemmesykepleie ville medføre større trygghet for at en kan bo i eget hjem ved stort hjelpebehov. En kan videre stille seg spørsmål om en i større grad burde bygge ut boenheter som har personelldekning, slik en har gjort det i Danmark.

Undersøkelsen bekrefter at boligforhold kan være av betydning i forhold til boønsker, og at det er lite gunstig å bo i store eneboliger med stor hage når en får stort hjelpebehov. Pasientene kan trenge hjelp og støtte til å ordne en bosituasjon som er tilpasset redusert funksjonsevne. Med utgangspunkt i et humanistisk menneskesyn er det viktig at den eldre selv får oppleve at en har et reelt valg og at den eldre selv kan foreta dette valget i forhold til bosituasjon. Eldre som har dårlig bolig, redusert funksjonsevne, liten psykisk velvære, lav sosial støtte og liten mestringsevne vil ofte profitere på å flytte til en annen bolig der bolig i større grad er tilrettelagt for funksjonshemming og der en i større grad kan oppleve sosial støtte, pleie og omsorg. I denne sammenheng blir det viktig at sykepleieren hjelper den eldre i veiledning og støtte og praktisk bistand til å flytte og endre bosituasjon. Undersøkelsen kan tyde på at pasienter som har lite psykisk velvære og lav mestringsevne i større grad kan trenge tilrettelagt bolig eller institusjonsbolig enn de som opplever stor grad av psykisk velvære og har høy mestringsevne. For andre eldre vil det å skifte bolig bety at en opplever å miste et hjem, en mister en del av sin identitet og viktige sosial bånd brytes. Disse eldre vil oppleve redusert velvære ved det å endre bolig. I forhold til disse pasientene er det viktig at de opplever nødvendig støtte slik at det blir mulig å fortsette å bo i egen bolig. Karoliussen (1997) mener at en i eldreomsorgen må satse dobbelt. Miljøet må bedres ved at en tilfører ressurser utenfra, og de eldre må stimuleres til bruk av egne krefter og øket aktivitet slik at selvoppgivelsen unngås. Sosialpolitikken er da også rettet inn mot at boforhold og hjemmetjenester skal være av en slik karakter at en kan bo i egen bolig hvis dette er ønsket.

10.0 KONKLUSJON

I konklusjonen har en valgt å understreke de viktigste funn som kommer fram i denne undersøkelsen. En vil også peke på annen forskning som kan forfølge noen av de problemstillinger som har vært reist.

10.1 Oppsummering

Innledningsvis ble det reist kritikk mot at en i liten grad har vært opptatt med å begrunne omsorgsarbeid ut fra vitenskapelig kunnskap (s 8). Denne undersøkelsen har hatt til hensikt å bringe økte kunnskaper om eldres pleieavhengiges boønsker. En har vært opptatt med å se

på hvilken sammenheng det kan være mellom framtidige boønsker og ulike faktorer som en har ment må ha betydning for eldres bomuligheter og boønsker.

En kan konkludere med at eldre ønsket å bo i sine hjem. I denne undersøkelsen har en i liten grad spurt om hvorfor en ønsket dette, men i den teoretiske redegjørelsen refereres det til den betydning eget hjem kan ha. Over 90% av respondentene understreket at eget hjem ble forbundet med det å ha styring over livet og opplevelse av selvstendighet. Selv om de fleste ønsket å bo hjemme hvis de fikk et økt hjelpebehov, var det mange som ønsket institusjonsbolig eller trygdebolig. Det var få som ville oppleve det skremmende å måtte bo på institusjon, og få var bekymret for å måtte flytte fra sin bolig. Dette kan tolkes som at en opplevde verdien og bindingen til eget hjem noe forskjellig.

Respondentene ga uttrykk for å ha god økonomi og gode boligforhold, det var få som bodde så dårlig at dette ga grunnlag for å flytte. Men mange opplevde problemer i forhold til mobilitet og det kan være et problem for mange å bevege seg i og ut av bolig. Dette opplevdes imidlertid ikke som grunn til å skifte bolig. Det er tidligere understreket at sosiale faktorer kan være avgjørende for om en kan bo i eget hjem. De fleste eldre bodde alene, men boønskene endret seg ikke i forhold til sivilstand eller om en bodde alene eller sammen med noen. Eldre pleieavhengige var også stort sett fornøyd med den kontakt de hadde med familie, naboer, hjemmehjelp og hjemmesykepleie, og de fleste opplevde stor grad av sosial støtte. I forhold til de undersøkte sosiale faktorer fant en bare at naboforhold viste statistisk signifikant korrelasjon med framtidige boønsker. En finner derfor grunnlag for å kunne si at bolig og bomiljø vil kunne ha innflytelse på framtidige boønsker ved økt hjelpebehov. Denne undersøkelsen kan understreke de bemerkninger som Hydle (1991) fant i sin undersøkelse. Det bemerkes at både byggtekniske forhold og røtter i strøket hadde betydning, men at dette ble vektlagt i ulik grad (s 15). Boll Hansen og Plaz (1995) konkluderer med at det først og fremst er personlige faktorer som er avgjørende for om en ønsker å flytte eller bli boende i sin bolig. Denne undersøkelsen viser at opplevelse av psykisk velvære og mestringsevne kan påvirke framtidige boønsker. Antonovsky(1979,1987) framholder mestringsevne som mer eller mindre konstant og at dette først og fremst vil være en faktor som i liten grad påvirkes av ytre forhold. I denne undersøkelsen har en ikke sett på sammenhenger mellom psykisk velvære og indre og ytre faktorer, men mye kan tyde på at også psykisk velvære kan knyttes til hvordan en tar det enn hvordan en har det. Dette understreker den betydning de personlige forhold har for framtidige boønsker ved økt hjelpebehov.

10.2 Videre forskning

Denne undersøkelsen er en del av et større prosjekt med tittelen: ”Mestringsevne og mestringsressurs til eldre pleieavhengige over 75 år, som får kommunale helsetjeneste”. Dette prosjektet er et longitudinelt studium der en foretar intervjuundersøkelse med pasienter i hjemmesykepleien ved to anledninger. En vil også foreta intervju med pasienter på sykehjem og sammenlikne disse svarene med de data som er innhentet fra respondenter i hjemmesykepleien. En slik undersøkelse vil gi et mer nyansert svar på de spørsmål en har vært opptatt med i denne undersøkelsen.

I en kvantitativ undersøkelse er det aktuelt å benytte seg av ferdigdefinerte svaralternativ. I en kvalitativ undersøkelse er en opptatt av den enkeltes egne svar og meninger. Selv om en har fått svar på forskningsspørsmål, sitter en tilbake med en del spørsmål som det hadde vært interessant og gått dypere inn i ved en kvalitativ undersøkelse. Aktuelle spørsmål ved et slikt dybdeintervju kan være: Hvilke faktorer gir grunn til å bli boende i sitt hjem ved stort hjelpebehov? Hvilke faktorer gir grunn til å endre bosituasjon ved stort hjelpebehov? Hvilke krav må settes til den kommunale helsetjeneste for at en skal bli boende i eget hjem når en får et stort hjelpebehov? Er den eldre redd for å bli til bry for familie og venner hvis en blir boende i eget hjem og har et stort hjelpebehov? Hvilke positive/negative sider ser en ved det å bo på en institusjon? Hvilke boløsninger vil en egentlig foretrekke hvis en ble sterkt hjelpetrengende?

Det er sagt at det er vanskelig å spå, spesielt om framtiden. Samfunnsforhold og boforhold vil endre seg. Boønsker og bomuligheter vil være relatert til det samfunnet en lever i. Vi vet i dag at middelaldrende mennesker planlegger å bygge private bokollektiver i Norge og i utlandet. Undersøkelser som er opptatt med middelaldrende menneskers framtidige boønsker kan gi andre perspektiver på hva en bør satse på i forhold til boforhold for eldre om noen år.

I denne undersøkelsen har en ikke vært opptatt med å se på om boønskene er forskjellige i forhold til den kulturbakgrunn en har. Vi vet at i nær framtid vil vi få mange eldre som har en flerkulturell bakgrunn. Vil disse eldre ha andre boønsker enn de med tradisjonell norsk bakgrunn, og vil dette medføre andre botiltak i den kommunale eldreomsorgen?

Litteraturliste

Ali, N.S. og Twibell, K.R (1994): Barriers to Osteoporosis Prevention in perimenopausal and elderly Women. Geriatric Nursing vol 15, nr 4 s 201 -205

Allardt, E. (1975): Att Ha Att Älska Att Vara. Om välfärd i Norden Lund: Argos Forlag

Almind, G., Holstein, B.,E.,Larsen, S.,B (1987). Syge gamle mennesker i eget hjem. Institut for social medicin.København universitet, København

Alvsvåg, H. (1989): Grenser – vi ikke vil se. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Sosiologisk institutt. Universitetet i Bergen.

Alvsvåg, H. og Tanche –Nilssen, A. (1999): Den skjulte reformen. Om mestring og omsorg i et hjemmebasert hjelpeapparat. Tano Aschehoug.

Anderson, L., Stevens, N. (1993). Associations Between Early Experience With Parents and well –being in Old Age. Journal of Gerontology. Psychological Sciences. Vol 48, No 3, pp 109 -116

Andersson, L.(1998). Loneliness research and interventions: a review of the literature. Aging & Metal Health, 2,4, 264 –274

Antonovsky, A., (1979): Health, Stress and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well –Being. San Francisco: Jossey - Bass

Antonovsky, A.(1987). Unravelling the Mystery og Helath, How People Manage Stress and Stay Well. San Francisko;Jossey- Bass.

Antonovsky, A. & Sagy, S (1990): Coping with retirement: Does the sense of coherence matter less in the kibbutz? International Journal of Health Sciences, 1, pp 233 -242

Antonovsky, A. (1993). The structure and Properties of Sense of Coherence Scale. Social Science and Medicine. Vol. 36, No 6, pp 725 -733

Antonovsky , A., (1995): The Moral and the Healty: Identical, Overlapping or Orthogonal ? Israelic Journal of Psychiatry Related Science, Vol. 36, No 6 pp 725 -733

Ascheim, Ø: (1990): Lang ,lang rekke... Om eldre- og familievold, Eide Forlag.

Aske ,D. (1990): The correlation Between Mini- Mental – State Examination Scores and Katz ADL Status Among Dementia Patiens, Rehabilitation Nursing, vol 15,no 3 pp 140 –143 and 146).

Barbosa da Silva, A. & Andersson , M. (1993): Vetenskap och människosyn i sjukvården. En introduktion till vetenskapsfilosofi och vårdetik, Stockholm: SHSTFs FOU- serie.

Bengtson, V.L. & Roberts, R.E.L. (1991) Intergenerational solidarity in aging families: An example of formal theory construction. Journal of Marriage and the Family, 53, pp 856 -870

Berg, S. (1996): Aging, behavior, and terminal decline, i J.E. Birren & K.W Schaie (red.): Handbook of the psychology of aging Fourth Edition. New York: Academic Press

Bertalanffy, L. von (1968): General Systems Theory. New York: George Braziller

Birren J. E. og Schaie K.K.W.(1985). Handbook of the psychology of Aging. New York: Van Nostrand Reinhold.

Bjørndal, A., og Hofoss, D. (1996): Statistikk for helsepersonell, en innføringsbok, Universitetsforlaget

Bland R., C., Newman, S.,C., & Orn, N.,H. (1988). Prevalence of psychiatrid disorders in the elderly in Edmonton. Acta Psychiatr. Scand., 77, pp57 -63

Boe, E (1991): Fusadommen i forvaltningsretslig og rettsteoretisk perspekt. Lov og rett, norsk juridisk tidsskrift, nr 6 side 323 –346.

Boll Hansen, E., & Platz, M., (1995): 80 –100åriges levekår. København: Socialforskningsinstituttet og AKF –forlaget, SFI – rapport 95:14

Bondevik, M (1997): The life of the oldest old. Doktorgradsarbeid. Universitetet i Bergen

Brenden, A.K og Sørbye Wergeland (2000): Kan forsterket hjemmetjeneste hindre innleggelse i sykehjem, Sykepleien nr 3, 48 –52, 2000

Brink, P. J. & Wood, M. J. (1989): Advanced Design in Nursing Research. Newbury Park: SAGE Publications.

Brodtkorp, E. og Wahlstrøm, M. (1999): ”Du har fått en bolig-men omsorgen må du ha med deg sjøl”: Eldres forventninger til og erfaringer med å bo i omsorgsboliger. En intervjuundersøkelse. Oslo. Diakonhjemmets høgskolesenter.

Buchner, D., M., Beresford, S.,A.,A , Larson, E., B., LaCrix, A.,Z., Wagner, E., H., (1992):Effects on physical activity on helth status in older adults II: Annual Review of Public Health, vol 13. :I Intervention studies pp 469 –488

Bugge K (1996): Innledning, I FOU- arbeid: Forskningsprosessen. Teori. Framstilling RHHS Rapport nr 2, 4-5.

Bull, G., (1981). Utbedring og tilpassing av boliger for eldre. Rapport fra prosjektet: Utbedring av eldres boliger, fase II, etterprøving av boliger som er utbedret med lån og tilskott fra Husbanken. Arbeidsrapport/Norges byggforskningsinstitutt: 41

Bø, I., (1993):. Folks sosiale landskaper : en innføring i sosiale nettverk Oslo : TANO.

Bølstad, J. (1999): Ingen treger sykehjemsplass, Dagbladet 7. september 1999

Callahan , L., F. & Pincus, T. (1995). The sense of coherence in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Care and Research, Vol. 8, No 1 pp 28 -35

Cappelen, K., Hellerød E.M., og Lorentsen , M: (1995): Fra usynlighet til synlighet. Sykepleien Fag, 4 s 13 –17

Coe, R., M., Romeis, J.S., Tang, B.X. og Wolinsky, F.D.(1990): Correlates og a measure of coping in older veterans: a preliminary report. Journal of Community Health, Vol 15. pp 287 –296

Collin, C., Wade, D.T., Davies, S., Horne, V. (1987). The Barthel ADL Index: a reliability study. International Disability Studies 10 (2) s 61-63.

Costa, P.T., Yang, J & McCrae, R.R. (1998): Aging and personality traits: Generalizations and clinical implications, i I.H. Nordhus, G.R. VandenBos, S.Berg& P. Fromholt(red.), Clinical geropsychology. Washington DC: American Psychological Association.

Cristofalo, V.J. (1988): An overview of the theories of biological aging, I J.E. Birren & V.L.

Cuba, E og Lincoln, Y.S. (1994): Competing paradigms in qualitative research. I Denzin, N.K.; Lincoln, Y.S (1994) (red.): Handbook of qualitative research. Thousand Oaks; CA: Sage

Cumming E og Henry W (1961): Growing old, New York: Basic Boks Inc

Cutrona, C. (1984): Social support and Stress in the Transition to Parenthood. Journal of Abnormal Psychology, Vol 93, No 4, pp378 -390

Cutrona , C, Russell, D., Rose, J., Yorke, K.(1984): Social and Emotional Loneliness: An examination of Weiss's Typology of Loneliness. Journal of Personality and Social Psychology, Vol. 48, No 5, pp 157 -169

Cutrona, C., (1986): Objective Determinants of Perceived Social Support. Journal of Personality and Social Psychology, Vol 50, No.2 pp 349 -355

Cutrona, C., Russell, D.W.,(1987). The provisions and social relationships and adaption to stress. Journal of Psychology and aging. Vol.1 p 37 –67.

Dahl , E., og Vogt, P., (1996): Ensom og ulykkelig. Levekår og livskvalitet blant eldre. Forskningsstiftelsen Fafo.

Dale, B.,(1998):Borte bra, men hjemme best. Universitetet i Oslo. Hovedfagsoppgave i sykepleievitenskap

Dalgaard, O.S.,& Sørensen,T(1988): Sosialt nettverk og psykisk helse. Otta:Tano

Danielsen, K. & Lansether, Å. (1987). Gammel i storby, boform og nærmiljø og aktivitetsmønster. INAS –rapport: 4, Oslo

De Beauvoir, S. (1970): The coming of Age. New York:Putman

De Jong, G.F. & Fawcett, J.T. (1981). Motivation for migration: An assessment and value - expectancy research model, in G.F. de jong & Gardener R.W (eds.). Migration decision making. Multidisciplinary approaches to microlevel studies in developed and developing countries. New York: Pergamon Press

Dean, H., (1995): Science and Practice : The Nature og Knowledge In: Omery, A., Kasper, C.,E.,& Page, G.G. In Search of Nursing Science. Tousand Oaks: SAGE Publications.

Dellasega, C., Dansky, K., King, L. And Strickling M.L. (1994): Use of home health services by elderly persons with cognitive imairment, Journal of Nursing Administration, Vol 24 No 6 pp 5 –20.

Denzin, N.,K. og Lincoln, Y.,S. (1994): Handbook of gualitive research, Tousand Oaks, Calif.:Sage

Daatland, S.,O. 1983: Care systems. Ageing and Society, 3 , pp 1-21

Daatland, S.,O. (1987): Hjemme! - Så lenge det går. Rapport 1/87. Oslo NGI

Daatland S.O (1988): Egne krefter , eget hjem. De eldre som aktører i eldreomsorgen. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2- 1988.

Daatland S.O (1990): Ressurser og ressursbruk i eldresektoren. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 5- 1990.

Daatland S.,O., (1994): Hva skjer i eldresektoren? Status og utvikling av eldrepolitikkens tilbud og tjenester. Rapport 1. Oslo . Norsk gerontologisk institutt.

Daatland, S.,O. (1997): De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960-95. Rapport 22/97. Oslo. Nova

Daatland S.O (1999)(red.). Framtidens boformer for eldre. Perspektiver og eksempler fra de nordiske land. København:Nordisk Ministerråd, Nord 1999:26

Daatland S.O og Solem P.,E.,(2000): Aldring og samfunn. En innføring i sosialgerontologi. Fagbokforlaget

Ebbel, G. (1998): Leon- prinsippet tjener både brukere og kommune (<http://www.sykepleien.no/artikler/1998/12/a06/artikel.htm>)

Ellefsen, B.(1998). Triangulering – eller hvorfor og hvordan kombinere metoder? Lorensen,M (red.). Spørsmålet bestemmer metoden. Oslo, Universitetsforlaget.

Elster ,E., (1995): Tverrfaglighet i hjemmetjenestene. I Elster,E., og Hegerstrøm , T. Kommunale hjemmetjenester. Mangfold og muligheter. Tano

Engedal. K., Gilje, K. G., Laake, K. (1988): Prevalence of dementia in a Norwegian sample aged 75 years and over and living at home. Comprehensive Gerontology A, Vol. 2, no 3, pp. 102 –106.

Engedal, K., og Haugen, P., K., (1991): Aldersdemens –fakta og utfordringer, Sem, Vestfold, INFO- banken, Granli senter.

Engelstad, H., (1980). Eldres erfaring med utbedringslån. Rapport/Norsk gerontologiske institutt ;1980 -6

Ergo,T (1999): Eldre lurt. Unge forskere om kommunale omsorgsboliger. Dagbladet 1. november ,1999

Eriksson, K., (1992): Broar. Introduksjon til vårdvetenskap. Vasa: Åbo Akademi. Institutionen for vårdvetenskap.

Facwett, J., (1989): Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Philadelphia: Davis.

Fensli, M. (2001): Boforhold og opplevd sosial støtte, Hovedfagsoppgave i helsefag hovedfag, Universitetet i Bergen

Flannery, R.B., Jr. & Flannery, G.J. (1990). Sense of Coherence, Life Stress, and Psychological Distress: a Prospective Methodological Inquiry. Journal of Clinical Psychology, Vol. 46, No 4,pp 415 –420.

Flittig, S.(1995): Et levende liv. Faglige utfordringer i utøvelse av sykepleie til langtidsbrukere i hjemmesykepleien. Universitetet i Oslo: Institutt for Sykepleievitenskap, Publikasjonsserie 3/1995.

Fløistad, G (2000): Utfordringer. Studier i langsomhetens filosofi. Ledelsesfilosofi, Oslo.

Fyrand, L (1994): Sosialt nettverk : teori og praksis Oslo : TANO.

Gaev, D.,M.(1976). The psychology of loneliness. Chicago: Adams Press.

Galtung, J. (1969). Theory and Methods of Social Research. Universitetsforlaget, Oslo

George, J.B. (1985). Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice. Englewoods Cliffs, New Jersey: Prentice- Hall

Goffman, E., (1967). Anstalt og menneske: den totale institusjon sosialt set.(Eilskov, K. Overs.). Paludans Fiol- bibliotek. København. (Orginalt arbeid produsert i 1961)

Gulbrandsen, L., (1998):Å flytte eller ikke flytte. Aldring & Eldre 1, s 8-10.

Gulbrandsen, L. & Langsether, Å. (1998). Eldre – sparere eller forbrukere? Tidsskrift for velferdsforskning, 14, s 195 –212.

Gullestad, M. (1979): Livet i en gammel bydel: livsmiljø og bykultur på Verftet og en del av Nøstet. Oslo Aschenhaug

Gullestad, M. (1989): Kultur og hverdagsliv. Oslo . Universitetsforlaget

Gulmann, N.,C.(1992): Praktisk gerontopsykiatri, København:Reitzel.
Handbook of the psychology of aging. Fourth Edition. New York: Academic Press.

Hagestad, G., (1991): Familiers alders- og generasjonsstruktur. Oslo: Institutt for sosiologi, rapport 10 -1991

Halvorsen, K. (1999). Forskningsmetode for helse- og sosialfag. En innføring i samfunnsvitenskaplig metode. Cappelen Akademisk Forlag 3. opplag

Havinghurst, R. (1973). Social roles, work, leisure and education. I:Eisdorfer, C og M.Plawton(red.). The psychology of adult development and aging. Wasington D.C.: American Psychological Association

Hellevik, O. (1991). Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap 5. utg. Oslo. Universitetsforlaget

Helsinkideklarasjonen (2000): <http://www.etikkom.no/NEM/REK/deklarasjon00.htm>

Henderson, V. (1961). Basic principles of nursing care. London: ICN House.

Henderson, V.(1966). The nature of nursing: a definition and its implications for practice, research, and education. New York: Macmillian

Hestnes, G.H. og Otterstad, H.K (1998). Gode erfaringer med omsorgsboliger i Våle, Sykepleien Nr. 12, 1998

Hjort Sørensen, K og Damgaard Pedersen, H. (1989). Quality of Life in old age.I:K.Hjort Sørensen (red). At være gammel. En epidemiologisk socialmedicinsk interventionsundersøgelse af 75, 80 og 85 årige københavnere. P.J. Schmidt A/S.

Holahan,C.,K.& Holahan C.,J.(1987). Self – efficacy, social support and depression in aging: Alongitudinal Analysis. Journal of Gerontology. Vol 42, No 1, pp 65-68

Holme, I.M og Solvang, B.K (1996): Metodevalg og metodebruk 3. utg. TANO

Holmen, K., Ericsson K., Andersson, L., Winblad, B., (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm, a population study. Journal of Advanced Nursing, Vol 17, No 1 pp. 43 -51

House J.S. et al., (1988): Structures and processes of social support. Iscott, R. W.& Blake, J. (eds.) Annual Review of Sociology, 14: 293 –318)

Hovde, E. (1998): Hvordan ønsker eldre å bo? –en kvalitativ og kvantitativ undersøkelse i en bydel i Oslo. Hovedfagsoppgave i sosiologi. Universitetet i Oslo.

Huck H.H &Hoyer, W.J. (1982): Adult development and aging. Belmont: Wadsworth

Hulsman, B. og Chubon S.,J. (1989): A Comparison of Disabled Adults' Perceived Quality of Life In Nursing Facility and Home Settings. Public Health Nursing, 6 (3), pp141 -146

Hummelvold, J.,K.,(1997). Helt- ikke stykkevis og delt. Psykiatrisk sykepleie, Oslo, Universitetsforlaget

Hydle, I. (1991): Kultur og helse i et lokalsamfunn : en flerfaglig studie av eldre Oslo : Kommuneforlaget, Avhandling (doktorgrad) - Universitetet i Oslo.

Høgseth, G. (1999). Sosialgerontologi . Bondevik, M og Nygaard, H.A. (red.): Tverrfaglig geriatri. Bergen. Fagbokforlaget.

Iversen, A. (1986). Hva gjør vi i hjemmesykepleiene, Tano

Jahren Kristoffersen, N. (red.) (1996). Generell sykepleie I, Oslo, Universitetsforlaget

Jerrrome, D. (1990). Intimate relationships, i Bond, J. & Coleman, P. (red.): Aging in society. An introduction to social gerontology. London. Sage.

Jones, K. & Fowles, A.J. (1984). Ideas on Institution. Routledge & Kegan Paul.

Juklestad Nesje, O. og Johns, S. (1997). Vern for eldre:Tiltak mot overgrep i hjemmet. Oslo Kommuneforlaget

Karoliussen, M (1997) 2. utg.: Aldring og mestring. Karoliussen, M. og Smebye, K.,L(red.). Eldre aldring og mestring., Universitetsforlaget.

Kim, H.,S.(1989): Theoretical thinking in nursing. Problems and prosects. Recent Advances in Nursing nr 24 pp 106-122

Kirkevold, M. Fra metode til metafysikk – vitenskapsteoretiske trender, uavklarte spørsmål. Fagermoen, M.,S., Nord, R., Hanestad, B.,R.,Bjørnsborg, E. (1998): Fra kunst til kolikk , Oslo, Universitetsforlaget.

Kjønstad, A.(1991). Funksjonshemmedes rett til hjelp i hjemmet etter Fusa- dommen. Trygd og arbeid:helse –og sosialpolitisk tidsskrift nr 11 s 2-7

Klocke, F.,J.(1977). Measurement of cardiac output using improved chromatographic analysis of sulfur hexafluoride. Respiratory Physiology, vol. 30 nr 1-2. pp 99 –107

Kuhle, S. Hatland, A. og Romøren, T., I.(1994): Den norske velferdsstaten, Oslo : Ad notam Gyldendal

Kuhn, T. (1970). The Structure of Scitific Revolution 2 nd edition. Chicago: University of Chicago. Press.

Kuhn, T. (1977). The Essential Tension, The University of Chicago Press, Chicaco og London

Kårikstad, V. (1996). Veivalg i eldreomsorgen. Hovedfagsoppgave ved Universitetet i Oslo. Det medisinske fakultet. Institutt for sykepleievitenskap.

Langeland E., (1994). Sosial støtte og mestring. Universitetet i Bergen. Institutt for samfunnsvitenskapelige fag. Hovedfagsoppgave.

Langius , A. & Björvell, H. (1996). Den salutogena modellen och använding av KASAM-formuläret i omvårdnadsforskning – en metodredovisning. Vård i Norden, Vol 16, No 1 pp 28 –32.

Larsson, G., Johansson, I & Hamrin, E. (1995). Sense of coherence among elderly somatic patients : predictive power regarding future needs of care. Journal of Nursing Management, 3, pp 307- 311

Lauritsen, P. og Schnack, K., (1984). Psykologisk oppslagsbok, København:Ejlers.

Lauvli, M.(1999). Tilrettelgate boliger –omsorgsboliger, Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA skriftserie 1/1999.

Lehrheim, K. Sykepleieforskning i et retrospektivt perspektiv. Fagermoen, M.,S., Nord, R., Hanestad, B.,R.,Bjørnsborg, E. (1998): Fra kunst til kolikk , Oslo, Universitetsforlaget.

Levy , B. & Langer, E., (1994). Aging free from negative stereotypes: Successful memory in China and among the American deaf. Journal of Personality and Social Psychology, 66, pp 989 –997.

Lian, E.,M.(politisk rådgiver) (1998). Bolig til alle?.Foredrag ved Sosialpolitisk dag 17.11.98. Sandefjord.

Lingsom, S., (1997). The substitution issue. Care policies and their consequences for family care. Oslo: NOVA, rapport 6 /1997.

Lislerud Smebye, K.,(1997): Eldreomsorg i Norge. I Karoliussen, M og Lislerud Smebye, K.,: Eldre, aldring og sykepleie, Oslo , Universitetsforlaget.

Lyng , K. og Mikaelsson, M.(1986). Eldres boforhold NGI rapport nr. 5/86 Oslo

Laake, K. (1997). Geriatrici i praksis, Universitetsforlaget 3. utgave

Mancini, J., A. og Blieszner, R.(1992). Social Provisions in Adulthood: Concept and Measurement in Close Realitionsips. Journal of Gerontology: Psychological Sciences. Vol. 47, No 1 pp 14-20.

Maslow, A (1954). Motivation and personality. New Yourk; Harper&Row

Masterkaasa , A., Monum, T., Næss, S& Sørensen, T.(1988). Livskvalitetsforskning. Rapport 88:6, Oslo: Institutt for samfunnsforskning.

Meleis, A., I.(1997). Theoretical Nursing. Development &Progress 3rd edition. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.

Monsen, N.,K. (1992). Under godhetens synsvinkel. Oslo: Cappelen

Mordal T.(1989). Som du spør får man svar. Arbeid med survey-opplegg. Oslo. Tano a.s.

Måseide, P. (1983). Medisinsk sosiologi. Noen sosiologiske perspektiver på sjukdom og behandling. Oslo. Aschehoug.

NEM,(1994): Forskning på mennesker- lover, regler og retningslinjer. Oslo/Trondheim: Falch Hurtitrykk AS)

Nightingale, F. (1859/1992). Notes on nursing: What it is and what it is not. Philadelphia. Lippincott

Noack, T & Texmon, I. (1991). Dagens og morgendagens gamle kvinner – en demografisk beskrivelse, i Helset, A.. Gamle kvinner i Norden – deres liv i tekst og tall, Oslo: Norsk gerontologiske institutt, rapport 6 -1991

Nordhus, I.,H., Isaksen, L., W. og Wærness, K.(1986). De fleste gamle er kvinner. Oslo : Universitetsforlaget

Nordenfelt, L. (1987). On the Nature of Health. An action- Teoretic Approach. P&M Philosophy and Medicine 26. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.

Nordhus. I.,H., (1998). Clinical geropsychology, Oslo, Cappelen

Nordvik, H. (1995). Stabilitet i den voksne personlighet. Tidsskrift for Norsk psykologiforening, 32 , 1 22 -28

NOS C 301 (1995). Levekårsundersøkelsen 1995. Oslo. Statistisk sentralbyrå.

NOS C 490 (1995). Dødsårsaker 1995. Oslo Statistisk sentralbyrå

NOS C516 (1995). Helseundersøkelsen 1995, Oslo. Statistisk sentralbyrå

NOS C 414 (1996). Framskrivning av folkemengden 1996 –2050, Oslo: Statistisk sentralbyrå

NOU 1982, nr.10. Spesialistene i helsetjenesten, pleiehjemmene m.v. Oslo. Norges offentlige utredninger.

NOU 1982, nr.35. Nasjonale tiltak for en geografisk likeverdig helsetjeneste. Oslo. Norges offentlige utredninger.

NOU 1992 nr.1: Trygghet, Verdighet – Omsorg. Oslo. Norges offentlige utredninger.

Nyamathi, A.M. (1991). Relationship of Resources to Emotional Distress, Somatic Complaints and High Risk behaviors in Drug Recovery and Homeless Minority Women. Resarching Nursing and Health, 14, pp 269 -278

Nygård, H., (1999): Kroniske, ikke.-ondartete smerter hos gamle. Bondevik, M og Nygaard, H(red.). Tverrfaglig geriatri. Bergen. Fagbokforlaget

Nygård, L., Hansvik, H., P.(1986). Korleis brukar kommunane omsorgsressursane sine? NIS Rapport 7/86

Næss, S.,(1991). Ensomhet, livssituasjon og alder. Aldring & Eldre, 4, s 2-6.

Næss, S., og Wærness, K., (1995). Fra pasient til bruker. Utvikling av fra tradisjonell kommunal eldreomsorg til rehabiliteringsorienterte hjemmetjenester i Hurum kommune. Bergen: SEFOS Notat 115. Senter for samfunnsforskning.

Nørve, S. (1985). Bovaner: en undersøkelse av 30 blokkleiligheter i Oslo, Prosjektrapport/Norges byggforskningsinstitutt: 5 –85

Ojala, T. (1989). Livskvalitet i alderdomen, Åbo:Folkepensjonsanstaltens publikasjoner.

Orem, D (1995). Nursing:concepts of prachice. St.Louis Mo: Moseby

Orem, D (2001);Nursing:concepts of prachice. 6. Utg. Mosby St. Louis, Missouri

O.t. prp. Nr. 48 (1985 –1986). Om lov om endring i lov av 19.nov. 1982 nr 66 om helsetjenesten i kommunene og i andre lover (sykehjemmene i den kommunale helse- og sosialtjeneste). Det kongelige sosial – og helsedepartement.

Otterstad, H.,K. (1996). Endret bruk av sykehjem i perioden 1980 –1995. Aldring og eldre, 2, s 2-8.

Park, D., Nisbett, R., & Hedden, T., (1999): Aging, culture and cognition. The Journals of Gerontology. Psychological Sciences, 50B, pp75 –84.

Peterson, Warren A et al. (1985):Social Bonds in Later Life, Beverly Hills – London – New Dehli, Sage Publication Inc.

Plate, C. ,2000: Sosiale nettverk, Munksgaard 1. utg. 1. oppl.

Platz, M. (1992). Kommunens ældepolitik: Fra plejehjem til egne hjem. Rapport 92:2 Socialforskningsinstituttet, København

Polit, D., & Hungler, B.,P. (1999). Nursing Research. Principles and Methodes 6 th Edition,, Lippincott, Philadelphia, New York, Baltimore

Raustøl, T. og Nøhr, Ø.,N. (1994). Bolig ,trygghet og værhet. Dokumentasjon fra en undersøkelse av beboere på 67 år og eldre i Sofienberg/Grünerløkka bydel. Arbeidsrapport. Diakonhjemmets høgskolesenter.

Reime, M.,H (1993): Heimebuande eldre sine psykososiale levekår. Einsemnd –myte eller realitet. Hovedfagsoppgave, Universitetet i Bergen, Seksjon for Sykepleievitenskap

Rennemark, M.& Hageberg, B. (1999). What makes old people perceive symptoms of illness? The impact of psychological and social factors. Aging & Mental health. Abington, Cambridge, MA:Carfax.

Riehl, J.P og Roy, C. (1980): Conceptual Models in Nursing Practice. New York: Appleton. Century- Crofts

Rogers, M.E. (1970). An introduction to the theoretical basis of Nursing. Philadelphia: F.A. Davis

Romøren T.,I. (1997). Kronikk. Aftenposten 14.05.1997.

Romøren, T., I. (1999). Pasienter og beboere i sykehjem og aldershjem i Nord- Trøndelag, Oslo: NOVA

Rosenmayr, L. & Köckeis, E. (1963). Propositions for a sociological theory of aging and the family. International Social Science Journal ,15, pp 410 –426

Rosow, I. (1967): Sosial Integration of the Aged. New York: Free Press

Rosow, I., (1985). Status and role change through the life cycle, i R.H Bingstock & E. Shanas Handbook of aging and the social sciences. New York: Van Nostrand Reinhold

Rossi, A.S. & Rossi, P.H. (1990). Of human bonding. Parent-child relatoinis across the life course. New York:Aldine de Gruyter.

Rowles, G.,D. & Reinharz, S. (1988). Qualitative Gerontology, New York: Springer Publishing Company.

Roy, C. (1984). Introduction to Nursing: An Adaption Model. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall

Rud, T.,G., Hogstad, G. og Møinichen (red.)(1993). Klimateriehåndboken. Oslo: Universitetsforlaget.

Ryan, A., B. (1992). Beliefs about memory changes across the adult life span. The Journals of Gerontology. Psychological Sciences, 47, 1, pp 41 –46.

Rytter Evensen, Å., Abilgaard, B., et.al (1988). Sykehjemssøkere: hvem er de, hvorfor søker de, hva kan vi gjøre for dem? Rapport, Gruppe for helsetjenesteforskning. Oslo.

Schneider, E.L, og Rowe J.W. (1996). The handbook of the biology of aging. San Diego: Academic. Press.

Schaefer, C., Coyne, J., C., Lazarus, R.,S. (1981). The Health related Functions of Social Support. Journal of Behavioral Medicine, 4, pp 381-406

Schieflo, P.M. (1997). Sosialt nettverk. Allforsk.

Schroll, M., og Maagøe, H. (1992). Geriatrici 2. utgave. København Munksgaard.

Schwarzer, R. & Leppin, A.(1989). Social Support health, and helath behavior. Paper presented at the 5th International Symposium on Health Endangering Living Conditions and Lifestyles at University of Bielefeld, Research Center for Prevention and Inetervention in Childhood and Adolescence, September 24-27.

Seim, S., Moksnes, K., M. (1994). Aldring og angst, Gerontologiske skrifter ; nr 4 Norsk selskap for aldersforskning, Oslo

Slagsvold, B (1999). Hva med de hjemmeboende, Aldring & Eldre, 1999 nr 4

Slagsvold, B (2000). Velferd og levekår for sterkt hjelpeavhengige eldre tjenestebukere. Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. NOVA. Oslo

Sletvold ,O.(1999). Biologisk aldring. Bodevik, M og Nygaard, H (red.): Tverrfaglig geriatri – en innføring. Fagbokforlaget

Smith , L., H. og Thier, S.,O., (1985). Pathophysiology: The Biological Principles of Disease. Philadelphia: W.B Saunders Comp.

Smith, A.,D., (1996). Memory i J.,E., Birren & K.,W., Schaie (red.). Handbook of the psychology of aging. Fourth Edition. New York: Academic Press.

Solem, P., E. (1990). Aldring mestring og trivsel. Ger. Art. nr 5 – 1990. Oslo. Norsk gerontologisk institutt

Solheim, M., (1996). Kan eg komme inn? Verdier og val i heimesjukepleie. Oslo: Universitetsfolaget

Sosial- og helsedepartementet (1984). Lov om helsetjenesten i kommunen. Sist endret 2001.

Sosial – og helsedepartementet (1999). Sykehjemmenes rolle og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste (juli 1999).

Sosialt utsyn (1993). Oslo. Statistisk sentralbyrå.. Statistisk analyser.

Sosialt utsyn (1998). Oslo. Statistisk sentralbyrå. Statistisk analyser .

Statistisk Sentralbyrå. Ukens statistikk nr 23, 1998, [http://www.ssb.no/ukens statistikk/utg/9823/4.shtml](http://www.ssb.no/ukens_statistikk/utg/9823/4.shtml) .

Statistisk sentralbyrå, 1999. Samordnet levekårsundersøkelse 1997 – dokumentasjonsrapport.

Statistisk sentralbyrå, 1999. Aldersfordeling i befolkningen

Statistisk sentralbyrå, 2000. Omsorg for eldre og funksjonshemmede
<http://www.ssb.no/emner/03/03/20/>

Statistisk sentralbyrå, 2001. [www.ssb.no.folkemengde/tab-2001-04-19-01.html](http://www.ssb.no/folkemengde/tab-2001-04-19-01.html))

Stephoe, A. og Appels, A (1989). Stress, Personal Control and Health. Chicester:Wiley

St. meld. nr. 9, 1974-75. Sykehusutbygging m.v. i et regionalt helsevesen

St meld. nr. 22, 1976-1977. De eldre i samfunnet.

St meld. nr. 68, 1984-1985. Sykehjemmene i en desentralisert helse og sosialtjeneste.

St. meld. nr. 41, 1987 –1988. Nasjonal helseplan

St. meld. nr. 36, 1989 –1990. Røynsler med lova om helsetenesta i kommunane.

St meld. nr. 50, 1993-1994. Samarbeid og styring (Helsemeldingen).

St. meld. nr. 35, 1994 –1995. Velferdsmeldingen

St. meld. nr. 50, 1996- 1997. Handlingsplan for eldreomsorg. Trygghet – respekt- kvalitet.

St. meld. nr 28, 1997- 1998. Om miljøhensyn i bolig og byggesektoren.

Stigsdotter Neely, A. (1998): Ge minnet vad det vil ha – inlärning. Äldre i Centrum, 4 s 12-14

Strand, L. (1997). Fra kaos mot samling, mestring og helhet; psykiatrisk sykepleie til psykotiske pasienter. Oslo; Gyldendal Norsk Forlag AS 1 utg. 6. opplag

Strøm, G.H. (2001). Rådyr husleie i omsorgsbolig. Agderposten, 26.05.2001.

Szebehely, M., Lingsom, S. & Platz, M. (1997). Hemhjåpsutvecklingen: Samma problem, skilda lösningar, i S.O. Daatland (red.): De siste årene. Eldreomsorgen i Skandinavia 1960 – 1995.Oslo: NOVA, rapport 22 -1997

Sullivan, G. (1989). Evalueting Antonovsky Salutogenetic Modell for its adaptability to nursing. Journal of Advanced Nursing, 14, pp 336 -342

Sævareid, H.I. (1994). Hjemmeboende eldre og bruk av psykofarmaka. Hovedfagsoppgave. Seksjon for sykepleievitenskap. Institutt for samfunnsmedisin. Universitetet i Bergen.

Sævareid, H.,I.,(1998). Prosjektbeskrivelse: Mestringsevne og mestringsressurs hos pleieavhengige, hjemmeboende elder over 75 år, tilknyttet kommunal helsetjeneste, HIA,UIB

Tau, T. og Olsen I (1960). De eldre i de yngres verden. Oslo : Aschehoug

Thishelman, C., Taube, A., Sachs,L.,(1991). Self- reported symptom distress in cancer patiens: Reflections of disease, illness or sickness? Social Science Medicine, Vol. 33. No 11, pp 1229 -1240

Thompson, L.,V. (1995): Ageing Muscle: Characteristics and Strength Training. I: Issues on Ageing, vol. 18, nr 1

Thorsen, K., (1988 a). Ensomhet – som opplevelse og utfordring. En studie av ensomhet blant eldre, Norsk gerontologiske institutt (NGI), Rapport 9/88.

Thorsen, K., (1988 b). Vennskap, naboskap og livsform i eldre år. Rapport , Norsk gerontologisk institutt ; Oslo, 4/88.

Thorsen, K., (1990): Alene og ensom, sammen og lykkelig? Ensomhet i ulike aldersgrupper. Oslo: Norsk gerontologisk institutt, rapport 2 -1990

Thorsen, K. og Dyp, H.(1993): ”Er det noen som bryr seg?”. Uformell omsorg for eldre og offentlig støtte til omsorgsgiverne. Norsk Gerontologiske institutt, Oslo. Rapport nr 1 1993.

Thorsen, Å., (1998). Pårørende – Den glemte samarbeidspartner i eldreomsorgen. Hovedfagsoppgave i helsefag. Universitetet i Trondheim (NTNU)

Thurén, T. (1993). Vitenskap for nybegynnere. Oslo: Universitetsforlaget

Tornstam, L. (1988). Ensamhetens ansikten: En studie i ensamhetsopplevelser hos svensar 15 –80 år. Uppsala: Sociologiska institutionen

Tornstam, L (1998). Åldrandets socialpsykologi 6. opplag Rabèn Prisma

Townsend, P. (1957). Family life of Old People. London: Routledge & Kegan Paul.

Townsend , P.(1962). The Last Refuge: a survey of residentiaial institutions and homes for old people London, Routledge & Paul

Townsend, P. (1968). The structure of the Family. I Shanas, E., Townsend, P., Wedderburn, D., Friis,H.,P. Og Stehouwer,L. Old People in Three Industrial Societies. London: Routledge and Kegan Paul.

Townsend , P.,(1979). Poverty in the United Kingdom : a survey of household resources and standards of living London : Allen Lane,

Towsend, P. (1973). Isolation and loneliness in the aged. In Weiss, R.(red). Loneliness. The experience of Emotional and Social Isolation. Cambridge: The Massachusetts Institute and Technology(1974). The provisions of social relationship.

Tranøy, K.E. (1994). Medisinsk etikk i vår tid. Bergen: Sigma Forlag

Travelbee, J. (1971). Interpersonal Aspects of Nursing. Philadelphia: Davis

Undheim, J.O. (1996). Innføring i statistikk og metode for samfunnsvitenskapelige fag. Universitetsforlaget, Oslo

Ursin, H., Baade, E. & Levine, S. (1978). Psychobiology of stress: A study of coping men. New York: Academic Press

Vabø, M. (1998). Hva er nok?: om behovsfortolkning i hjemmetjenesten. Nova – rapport;8 1998

Vesterdal, A. (1989). Sundheds- og sygepleje II, København Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck

Wade, D.T., Hewer, R.L. (1987). Functional abilities after stroke: measurement, natural history and prognosis. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 50 (2) pp 177-182

Weiss, R. (1973): Loneliness. The experience of Emotional an Social Isolation. Cambridge: The Massachusetts Institute and Technology.

Weiss, R.S (1973). Materials for a theory of social relationships. I: Bennis, W., Berlew, D., Schein, E., Steele, F.: Inerpersonal Dynamics. The Dorsey Press pp 103 -110

West, J.B. (1995). Respiratory Physiology – the essentials. Baltimore: Williams & Wilkins.

Wellmann , B. og Berkpwitz, S.D.(1997): Social structures: a network approach.Greenwich, Conn.:JAI Press

Whall, A.L.(1990). Nursing approaches to the mental health of the elderly: A position paper. Issues in Metal Health Nursing, 11, pp71-77.

WHO (1967):Verdens sundhedsorganisations ekspertkomite om sygepleje. Femte rapport. København: Dansk Sygeplejeråd.

WHO, 1979 : Formulating Strategies for Health Care for all by the Year 2000. Geneva

Williams, S. (1990). The relationship among Stress, Hardiness, Sense of Coherence and illness in Critical Care Nurses. Medical Psychotherapy, Vol 3,pp 171-186

Yates, F.,E., 1996. Theories of aging: Biological, i JE Birren (red.), Encyclopedia of gerontology. Vol 2. New Yourk: Academic Press.

Ytrehus, S. (1997). Beboerne i nye omsorgsboliger. Prosjektrapport. Norges byggforskningsinstitutt

Ytrehus, S. (1999). Utbygging av omsorgsboliger og sykehjem. Aldring & Eldre, 3, s 2-7

Aalen, O.,O. (1998). Innføring i statistikk med medisinske eksempler. Ad. Notam. Gyldendal 2.utg.

Aas, M. (1999). Styring av helsetjenesten, mangfold og muligheter, Kommuneforlaget