

BACHELOROPPGÅVE

Korleis kan frivillige nyttast som ein ressurs på sjukeheimar, for å betre livskvaliteten til bebuarane?

Kva behov kan frivillige hjelparar vere med på å dekke, og korleis kan tilbodet bli påverka av samarbeidet mellom sjukeheimen og dei frivillige?

av

Kandidatnummer 124, Elisabeth Bjordal Gil

How can volunteers be used as a resource in nursing homes, to improve the quality of life for the residents?

Vernepleie heiltid

BSV5-300

Mai 2014



Innhaldsliste

1.0 Innleiing	2
1.1 Problemstilling og forskingspørsmål	2
2.0 Formålet med oppgåva	3
3.0 Metode	3
3.1 Teorifunn med søkehistorikk og kjeldekritikk	4
3.1.1 Livskvalitet og eldre.....	4
3.1.2 Eldreomsorg under press.....	6
3.1.3 Frivillig arbeid.....	6
4.0 Teori og omgrepsavklaring	7
4.1 Bebuar og sjukeheim	7
4.2 Livskvalitet for eldre	8
4.3 Eldreomsorga under press	9
4.4 Frivillig	11
4.4.1 Ei kryssing mellom frivillighet og offentlig tenestetilbod.....	12
5.0 Korleis kan frivillige nyttast som ein ressurs på sjukeheimar, for å betre livskvaliteten til bebuarane?	13
5.1 Kva kan frivillige hjelparar gje bebuarane?	14
5.1.1 Ein sosial kontakt.....	14
5.1.2 Meiningsfulle aktivitetar.....	15
5.2 Korleis kan samarbeidet mellom sjukeheimar og frivillige påverke tilbodet?	17
5.2.1 Ein klar samarbeidsavtale.....	17
5.2.2 Rekruttering og ivaretaking av dei frivillige.....	19
6.0 Avslutning	20
Kjeldeliste	22

1.0 Innleiing

Det er eit ønske frå velferdstaten Noreg at ein skal ta vare på dei eldre, og gje dei eit fullverdig liv til siste slutt. Dessverre så er den harde verkeligheita ikkje alltid slik. Med budsjettkutt, små kommunebudsjett og nedskjeringar – fokus på effektiviserande tiltak og sparing, så er det ofte dei eldre det går ut over. Mange av dei som arbeidar på sjukeheimar kjenner dette på kroppen heile tida, korleis det er å føle at ein aldri strekk til og aldri kan gje alt som ein har lyst å gje. Eg trur dei fleste eldre får nok stell og pleie til at dei ikkje har ein uverdige kvardag, men det er jo ikkje det livet handlar om. Det handlar og om å få fylt dagane med meining, få snakka med andre og føle seg som eit fullverdig menneske i kvardagen. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene seier blant anna at kommunane skal sikre at brukara av pleie- og omsorgstjenester får tilfredsstilt grunnleggende behov, ikkje berre elementære behov som mat, drikke og pleie, men sosiale behov og aktivitetar (Forskr. kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003).

Min hypotese går ut på at tidspresset dei tilsette i eldreomsorga er under går utover kvaliteten på tenesta dei gjev, og då særleg behova om sosialt samvær og aktivitet. I ei undersøking gjort blant sjukepleiarar, svarte og heile 50% av dei som blei spurt at behova for samvær og meningsfulle aktivitetar ikkje blei godt nok ivaretatt (Gautun & Hermansen, 2011). Dette kjem ikkje til å forandre seg i framtida. Det blir tvert imot fleire eldre, samtidig som arbeidskrafta i eldreomsorga allereie er under press for å svare på behovet. Difor er det heilt nødvendig å tenkje nytt. Dette har regjeringa innsett, og i melding til Stortinget nr.29 „Morgendagens omsorg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), blir det tatt opp korleis ein kan tilrettelegge framtidens eldreomsorg. Her får blant anna frivillige fokus som ein ressurs ein bør nytte. Som profesjonsgruppe er vernepleiarar ei av dei yrkesgruppene som er forholdsvis nye i eldreomsorga, men som ein i utstrekkt grad har sett betydninga i å inkludere, då særleg på dementavdelingar på sjukeheimar. Difor er temaet omkring organiseringa av framtidens eldreomsorg av stor relevans for vernepleiarar, då det omhandlar eit av dei felte der vi med stort sannsyn blir meir etterspurde i framtida.

1.1 Problemstilling og forskingspørsmål

Med bakgrunn i temaet eldreomsorg og korleis ivareta dei eldre i framtida, er problemstillinga mi; **„Korleis kan frivillige nyttast som ein ressurs på sjukeheimar, for å betre livskvaliteten til bebuarane?”**. Sjølv om livskvalitet er eit omgrep som er vanskeleg å få ei klar tyding på, så vil eg ha det med. Dette er fordi ein kan gripe fatt i faktorar som er

konkrete, og som er med i omgrepet. Kva faktorar som har betydning for at ein person skal ha god livskvalitet vil vere forskjellig frå kva fase i livet ein er, og difor vel eg å finne fram til faktorar som har betydning for dei eldre på sjukeheim. For å prøve å belyse problemstillinga har det skilt seg ut to forskingspørsmål eg gjerne vil sjå grundigare på. Det er: ***”Kva kan frivillige hjelparar gje bebruarane?”***, for å sjå på korleis livskvaliteten kan betras ved å få frivillige inn på sjukeheimane. Samtidig må eg og sjå på faktorar som inngår i eit samarbeid mellom frivillige og sjukeheimar, fordi dette kan vere av betydning for tilbodet. Difor blir det andre forskingspørsmålet: ***”Korleis kan samarbeidet mellom sjukeheim og frivillige påverke eit tilbod?”***.

2.0 Formålet med oppgåva

Det er mange forskjellige årsakar til å studere kva frivillig omsorg kan yte i tillegg til den profesjonelle og betalte hjelpa. I mi bachelor oppgåve er hensikta å sjå på kva dette kan ha å sei for livskvaliteten til dei eldre som mottar hjelpa. Mitt fokus er altså ikkje om velferdstaten reduserer utgifter på å nytte frivillige i eldreomsorga. Det er heller ikkje mi hensikt å sjå korleis dei frivillige kan avlaste dei profesjonelle, men korleis dei kan vere eit supplement til offentleg tenestetilbod. Ein stor del av tenestane som blir gjeve må vere utført av profesjonelle for å ha god fagleg kvalitet. Eg vil sjå på korleis frivillige kan nyttas for å utvide tenestetilbodet til å dekke behov for sosial kontakt og meningsfull aktivitet. I samanheng med å nytte frivillige på sjukeheimar, vil eg og sjå på korleis ein kan organisere eit slikt samarbeid, fordi eg trur det vil ha betydning for tilbodet til bebruarane. Sjølv om finansiering og økonomi kan spele ei stor rolle for eit slikt tilbod har eg valt å ikkje ha fokus på dette, fordi eg berre vil sjå på korleis ein kan organisere eit samarbeid.

3.0 Metode

Metode er reiskapet vårt når vi vil undersøke noko, og den hjelper oss til å samle inn data. Data er informasjonen vi treng til undersøkinga vår. I forhold til data kan vi stille to krav av betydning for kva dei kan nyttas til, og kva verdi dei har for undersøkinga. Det første er kravet om kva relevans dei har for problemstillinga ein stiller. Det andre er om dei er pålitelig innsamla, altså om ein kan stole på kjeldene. Dei kvantitative metodane gjev data i form av målbare einingar, medan dei kvalitative metodane har som mål og fange opp mening og opplevingar som ikkje lar seg måle. Det fins forskjellige metodar å finne svar på spørsmål og problem, og valet om metode må vurderast utifrå kva ein meiner er den beste framgangsmåten

og om det er praktisk gjennomførbart. Tekst og dokumentasjonsanalyse vil sei å bruke historiske, skriftlige kjelder som forskingsgrunnlag (Dalland, 2012). Eg har valt å nytte rein dokumentstudie i mi bacheloroppgåve. Dette er ein form for kvalitativ datainnsamling, der ein nyttar dokumenter som data. Det blir og presentert kvantitative metodar som spørjeundersøkingar fordi teorien eg har nytta er basert på det.

Når eg starta arbeidet med bacheloroppgåva var eg allereie godt klar over min forforståing. Etter å ha arbeidd som vikar på sjukeheim i over 8 år, har eg danna meg eit bilete av korleis eldreomsorga er. Eg har sjølv kjend den kjensla av å aldri ha nok tid til beubarane, og at nokre dagar er det kun dei heilt elementære behova som blir dekt fordi det er dette som er viktigast. Så eg meiner at sjukeheimar ofte berre er ein oppbevaringsstad, fordi dei tilsette aldri har nok tid til å ivareta behovet for sosial samhandling og aktivitet, og at dette fører til at dei eldre ikkje får ein meningsfull kvardag. Det er dette som gjer at eg har hatt ei forforståing om at berre vi fekk inn nokre frivillige som kan vere med å ivareta desse behova, så vil beubarane straks få det betre. Dette er sjølvsagt ei veldig forenkla førestilling, men det har vore med på å leggje føringar for kva eg leitte etter når eg skulle finne kjelder. Når eg skulle finne fram til relevant litteratur har eg nytta meg av søkemotorar som Google scholar, Academic Search Premier, sykepleien.no sin forskingsdatabase og bibliotekdatabasen BIBSYS. I tillegg til artiklane og bøkene har eg nytta forskrifter, meldingar til stortinget og lovverk som er aktuelle for problemstillinga mi. Eg har og nytta relevant pensumlitteratur.

3.1 Teorifunn med søkehistorikk og kjeldekritikk

I denne delen presenterer eg søkehistorikken og kjeldekritikken bak den litteraturen eg har nytta i oppgåva. Samtidig gjer eg kort greie for kvifor eg har valt litteraturen, og korte samandrag av den. For å gjere det mest mogleg oversiktelig har eg valt å dele inn ved å bruke temaorda for kjeldene.

3.1.1 Livskvalitet og eldre

Når eg skulle finne litteratur om livskvalitet hjå eldre, gav dette eit stort treff på BIBSYS, men eg hadde likevel problem med å finne bøker som hadde ein definisjon eg ville ha. Eg prøvde då gjennom Google scholar med søkeorda “livskvalitet” og “eldre”. Her fann eg ein brosjyre frå Norsk Pensjonistforbund som heiter “Helse og livskvalitet i eldre år” frå 1999. Denne er utarbeida i samarbeid med legen Peter Hjort som har publisert bøker og artiklar innan fagfeltet gerontologi, som er læra om alderdom. Denne brosjyren syns eg er relevant

fordi den skildrar faktorar som er viktig for ein god alderdom, og eg meiner den er pålitelig fordi det er dei eldre sin interesseorganisasjon som har publisert den. Når eg skulle finne artiklar om livskvalitet hjå eldre på sjukeheim blei dette svært vanskeleg gjennom dei søkemotorane som biblioteket har linka til. For å finne fram til dei har eg tenkt kva felt som kan vere interessert å skrive om dette, og fann slik fram til nettsida sykepleien.no som har eit eige bibliotek med forskingsartiklar, og andre artiklar. Her fann eg fram til to artiklar ved å nytte søkeorda "livskvalitet" og "sykehjem". Sjølv om eg ikkje fann ut om desse var fagfelleverdurdert vurderer eg dei som pålitelige kjelder fordi dei er lagt ut i ein database for forskning på ei nettside som er utarbeida av ei yrkesgruppe som er svært utbreidd innan eldreomsorg. Artikkelen "Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet" av Haugland (2012) ser på kva aktivitetar bebuarane på ein sjukeheim ønsker, og kva dei tilsette trur bebuarane ønsker, for å så samanlikne dette. Dette blei gjort ved hjelp av spørjeskjema på Løvåsen Undervisningssykehjem i Bergen frå desember 2007 til og med januar 2008. Denne artikkelen har eg nytta i drøftinga for å vise kva betyding det har kva dei tilsette meiner er meningsfulle aktivitetar. I den andre artikkelen "Pasienters behov viktigare enn rutiner" av Foss og Wahl (2002) skriv dei om faktorar ved livskvalitet hjå langtidspasientar på sjukeheim, og kva konkrete tiltak sjukepleiarar kan setje i verk for å gjere livskvaliteten til desse bebuarane best mogleg. Denne er relevant fordi den er skriven konkret om bebuarar på sjukeheim. Eg fann og ei masteroppgåve på BIBSYS "Frivillige som medspiller i eldreomsorgen : en kvalitativ studie om frivillig arbeid i sykehjem" av Kate Hoel frå 2011. Denne har eg ikkje nytta i oppgåva, men eg har nytta kjeldelista hennar til å sjå etter relevant litteratur sidan ho har skriven om same tema. Her fann eg fram til Den norske lægeforening sin statusrapport om situasjonen i helsetenesta for eldre frå 2001, som eg har nytta. Denne er relevant i forhold til at den omtalar presset i eldreomsorga, og klargjere kva behov dei eldre bebuarane har som frivillige kan vere med på å dekke. Via masteroppgåva fann eg og fram til ei dansk bok "Trivsel i plejeboligen – En antologi om trivselsfaktorer i plejeboliger" (Møller & Knudstrup, 2008) som eg har nytta for å definere livskvalitet. Dette er eit stort og vanskeleg omgrep, og i denne boka fann eg ei skildring som eg tykte passa godt i oppgåva fordi den gjekk på tydinga for eldre.

3.1.2 Eldreomsorg under press

Gjennom BIBSYS nytta eg søkeordet "eldreomsorg" for å finne meir litteratur omkring situasjonen i tilbodet eldreomsorg. Dette gav eit stort treff, og uhensiktsmessig mange titlar å sjå gjennom. Men eg valde likevel den tunge vegen ved å sjå gjennom titlane for å finne noko som kunne vere relevant, fordi eg ikkje fann andre søkeord å kombinere med. Eg fann då ein Fafo rapport om eldreomsorg under press, skrevet av Gautun og Hermansen i 2011. Denne valde eg å ta med, fordi dette er eit prosjekt gjort på oppdrag frå Norsk Sjukepleiarforbund hausten 2010 om helse- og omsorgstilbodet som blir gjeve eldre i kommunane. Den er nyare enn lægeforeninga sin, og eg syns denne var relevant å nytte for å vise korleis situasjonen blir opplevd blant dei som arbeider med dei eldre. I samband med prosjektet blei det gjennomført ei spørjeundersøking i QuestBack-form som blei besvart av 4187 sjukepleiarar frå NFS sine medlemmer frå heile landet, som jobbar i helse- og omsorgstenester i kommunane, og som har eldre pasientar. Metoden QuestBack er et nettbasert system for å gjennomføre spørjeundersøkingar som inneber at det blir sendt ut e-postar med informasjon og lenke til sjølve undersøkinga. Undersøkinga blir då besvart på nett. Dette er ein enkel og kostandssparande metode samanlikna med telefonintervju eller postale spørjeskjema. Spørjeundersøkinga blei sendt ut til i alt 13545 av sjukepleiarane som var tilsett i kommunal sektor, av desse svarte i alt 4187 på undersøkinga (Gautun & Hermansen, 2011). Eg vurderer den som påliteleg fordi den er ein forskingsrapport gjort av eit av Norges største forskingsmiljø, og i samarbeid med sjukepleiaranes eige forbund.

3.1.3 Frivillig arbeid

Om litteratur omkring temaet frivillig arbeid fekk eg tips om at forfattaren Håkon Lorentzen hadde skrive mykje om dette temaet, og fann fram til hans bok "Frivillighetens integrasjon. Staten og de frivillige velferdsproducentene" (1994) via BIBSYS. Eg nytta søkeorda "frivillig" og "eldreomsorg" i Google scholar når eg fann rapporten om "Prosjekt frivillige hjelpere i eldreomsorgen" av Gunnar Vold Hansen (2005). Denne skildrar korleis ein kan organisere eit samarbeid mellom sjukeheimar og frivillige, og erfaringane med dette. I 2003 blei det gjennomført eit prosjekt støtta av stiftelsen Helse- og rehabilitering som heitte "Frivillige hjelpere i eldreomsorgen" i Fredrikstad, der dei etablerte eit eksternt tilbod av frivillige retta inn mot to sjukeheimar. Utgangspunktet for prosjektet var at det stadig blir fleire eldre i samfunnet, og at eldre som kjem på institusjon får eit avgrensa aktivitetstilbod (Hansen, 2005). I drøftingsdelen har eg nytta denne for å understøtte kva betydning eit tilbod

frå frivillige kan ha å sei for bebuarar på ein sjukeheim, ved å vise til eit spørjeskjema som blei nytta i evalueringa. Ein stor del av bebuarane som fekk hjelp var demente, og i evalueringa av prosjektet blei det difor henta inn synspunkt frå dei pårørande angående tilbodet. Det var berre pårørande til dei som hadde individretta tiltak som gjennomførte spørjeundersøkinga. Spørjeundersøkinga var bygd opp med avkryssingsmoglegheit. Ein kunne krysse av frå 6 (heilt einig) til 1 (heilt ueinig), og eit felt for «veit ikkje» (Hansen, 2005). Elles har eg nytta rapporten i drøftinga kring korleis ein kan organisere eit tilbod frå frivillige til ein sjukeheim. Eg ser på dette som i høgste grad relevant for mi oppgåve, fordi eg er ute etter å sjå på korleis ein kan nytte frivillige som ein ressurs på sjukeheimar. Denne rapporten vurderer eg som ei påliteleg kjelde fordi den er utarbeida av førsteamanuensis Gunnar Vold Hansen ved Høgskolen i Østfold. I drøftinga har eg og nytta den amerikanske artikkelen "Using elderly volunteers to care for the elderly: opportunities for nursing" (Wasserbauer, Arrington & Abraham, 1996) som tar for seg korleis ein kan nytte eldre til å ta vare på andre eldre. Denne har eg nytta i samband med rapporten frå prosjektet i Fredrikstad, for å vise til viktige faktorar i organisering av frivillige i eldreomsorg. Artikkelen vurderer eg som relevant fordi den tar for seg frivillige i omsorg for eldre, og påliteleg fordi den er fagfelleurdert.

4.0 Teori og omgrepsavklaring

I denne delen vil eg gjere greie for teori som er relevant for temaet og problemstillinga mi, samt sentrale omgrep.

4.1 Bebuar og sjukeheim

I pasient- og brukarrettighetslova § 1-3 bokstav a) er pasient definert som: «*En person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle.*» (Pasient- og brukarrettighetslova, 1999). Det er denne definisjonen som blir rett å bruke når ein omtalar eldre på sjukeheim. Men eg i oppgåva har eg valt å bruke omgrepet bebuar. Når ein ser på tydinga av omgrepet i nynorskordboka så står det at det er ein person som bur i ein institusjon som pleieheim og liknande (Universitet i Oslo, 2014). Eg syns dette omgrepet passar betre når eg omtalar dei pasientane som bur fast på ein sjukeheim.

I helse- og omsorgstjenestelova er det ikkje noko definisjon av omgrepet sjukeheim. Men i "Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie" (1988) står det kva som er

formålet, og kva krav som blir stilt. Formålet er å gje heildøgns opphald, og i tilknytning til opphaldet skal det vere organisert legeteneste, fysioterapiteneste og sjukepleiarteneste. Buforma skal ivareta ei eller fleire av desse oppgåvene; medisinsk attføring med sikte på tilbakeføring til heimen, avlastning, permanent opphald, spesielt tilrettelagt opphald for funksjonshemma, skjerma enhet for senil demente, sjølvstendig bueining for barn/ungdom, dagopphald, nattopphald, terminalpleie. For å vere godkjent må buformen etter §3-2 ha ein administrativ leiar, ein lege som har ansvar for den medisinske behandlinga, ein offentlig godkjend sjukepleiar som har ansvar for sjukepleia og det talet tilsette som er nødvendig for å sikre bebuarane nødvendig omsorg og bistand. Gruppene av sengerom bør ha eige ete- og opphaldsareal, samt kokemoglegheiter som bebuarane kan nytte (Forskrift for sykehjem m.v, 1988). Kvar kommune kan altså utforme sjukeheimen litt forskjellig, så lenge dei oppfyller krava som forskrifta stiller. Når sjukeheim blir omtalt i mi oppgåve, så er det snakk om ei buform der ein både bur og får pleie- og omsorgstenester. I denne samanhengen blir bebuarane eldre menneske med langtidsplass på sjukeheim, som har behov for heildøgns pleie- og omsorgstenester. I forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstenestene (2003) står det blant anna at kommunane skal sikre at brukarar av pleie- og omsorgstenester får tilfredsstillende grunnleggande behov. Og ikkje berre elementære behov som mat, drikke og pleie, men og sosiale behov og behov for aktivitetar (Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003). Denne forskrifta presiserer difor at bebuarane på ein sjukeheim skal ha tilbod om meir enn berre pleie og stell. Ein sjukeheim skal vere heimen til bebuarane.

4.2 Livskvalitet for eldre

Livskvalitet er eit moderne ord som tyder omtrent det same som det å ha det godt. Livskvalitet er ei subjektiv kjensle, og det er nesten uendelege skilnadar i folks vurderingar og kjensler om kva som skal til for eit godt liv. Helsa og alt som heng saman med den er mest sannsynleg det viktigaste forholdet i livskvalitet. Men det fins andre forhold som betyr mykje for livskvaliteten i eldre år. Sosial rettferd og likeverd er ein avgjerande føresetnad for ein god alderdom, og utryggleik, manglande valfriheit, manglande optimisme og håp om framgang er forhold som spelar inn. Sosialt nettverk er avgjerande i alle fasar av livet, men kanskje spesielt i alderdommen fordi eldre menneske er særleg utsatt for einsemd. I si bok om alderdommen frå år 44 f. K. understrekar Cicero at aktivitet er det aller viktigaste for ein god alderdom. Aktivitet omfattar både kroppen, tankar, kjensler og det sosiale livet. Deltaking,

engasjement og kultur er helsefremjande aktivitetar, fordi dei gjev positive opplevingar, glede og samvær (Norsk pensjonistforbund, 1999).

Møller og Knudstrup (2008) skriv om eit perspektiv på trivsel og livskvalitet som tar utgangspunkt i Maslows behovshierarki. Der har Faulk formulert to nivå av behov som skal oppfylles for å trivast. Det grunnleggande nivå er det materielle nivået som består av fysiologiske behov (ernæring, daglige aktivitetar m.m), og tryggleik og sikkerhet (fysiske omgivnader, økonomiske forhold og rettferdig behandling). Det øvre nivået er satt saman av behov for sosial integrasjon som består av behov for kjærleik og tilhøyreforhold (relasjonar til familie, venner og andre bebuarar m.m.), behov for sjølvverd og behov for utvikling (aktivitetar, sosiale kontaktar m.m.). Bebuarar har behov for hjelp til å få dekkja dei materielle og sosiale behova, og livskvaliteten blir sett på som avhengig av i kva grad dei eldre får hjelp med å oppfylle desse behova (Møller og Knudstrup, 2008).

I artikkelen «Pasienters behov viktigere enn rutiner» av Foss og Wahl (2002) skriv dei om faktorar ved livskvalitet hjå langtidspasientar på sjukeheim. Sjølv om bebuarane på ein sjukeheim ofte har mange personar rundt seg kan det likevel sjå ut til at dei lid av einsemd og mangel på sosial kontakt. Dette kan vere ei oppleving av å sakne nære relasjonar til andre menneske, dyr eller eigendelar. Sjølv eldre menneske har behov for vekst og utvikling, og mange sjukeheimar fungerer som ein passiviserande oppbevaringsstad fordi det ikkje er lagt opp til aktivitetar og stimulering av dei ressursane dei framleis har. Det kan kome av at dei tilsette vurderer bebuarane som inkompetente ut frå eit einsformig syn på eldre, i staden for ut frå ei reell vurdering og kartlegging av funksjonsnivået. God livskvalitet inneber moglegheiter til å kunne delta i meningsfylte aktivitetar, og då aktivitetar som ein sjølv ønsker å delta i. Utfordringa er å skape fleire valmoglegheiter, så bebuarane ikkje opplev alderdommen som eit liv utan framtid og meining (Foss & Wahl, 2002). Det eg legg vekt på av livskvalitet i denne oppgåva er i forhold til dei sosiale behova, og då særleg sosialt samvær og aktivitetar.

4.3 Eldreomsorga under press

Det er tidspress i eldreomsorga som gjer at dei tilsette rapportera at dei får for lite tid til kvar pasient. I undersøkinga utført av Fafo (Gautun & Hermansen, 2011) svarte sjukepleiarane på ei rekke spørsmål for å belyse ulike sider ved kvaliteten på tenesta eller institusjonen dei jobbar. Desse gjekk først ut på om det er bevisstheit om kva som er god kvalitet, det vil sei god omsorg for den eldre der dei arbeider. Dette blei målt ved å spørje om kvalitetsforskrifta er førande for arbeidsstaden. For det andre blei det spurt om i kva grad informantane opplever

at eldre får dekkja behov som tenestene er pålagt og dekke gjennom kvalitetsforskrifta. Behov som blei undersøkt var elementære og medisinske behov, samt behov for tryggleik, samvær og meningsfull aktivitet. Det blei og undersøkt om informantane vurderte tenesta som tilstrekkelig bemanna, noko som blei knytt opp mot spørsmålet om tidspress. Under halvparten, fire av ti, var einig i påstanden om at kvalitetsforskrifta er førande for arbeidsstaden. Det var fleire sjukepleiarar som arbeidar i eldreinstitusjonane enn i heimesjukepleien som svarte at kvalitetsforskrifta er førande for arbeidsstaden. Men at kvalitetsforskrifta er førande behøver midlertidig ikkje tyde at den blir fulgt.

Spørjeundersøkinga viste at 50% av sjukepleiarane som er tilsett i eldreinstitusjon opplev at dei eldre sine behov for tryggleik, samvær og meningsfulle aktivitetar ikkje blei godt ivaretatt. Vidare viser spørjeundersøkinga at berre 19% av sjukepleiarane som er tilsette i eldreinstitusjon sa seg einig i at institusjonen var godt bemanna. Heile 57% av sjukepleiarane i eldreinstitusjonane svarte at dei dagleg opplever at tida dei har til rådighet til den enkelte eldre ikkje strekk til (Gautun & Hermansen, 2011). Etter mitt syn gjev denne undersøkinga ei god innsikt i tidspresset blant dei som arbeider på sjukeheimar, og korleis dei tilsette føler at det går utover kvaliteten på tenestene til bebuarane. Særleg med tanke på faktorar for livskvalitet; tryggleik, samvær og meningsfulle aktivitetar. Dette kan ikkje generaliserast til alle yrkesgruppene som arbeider på ein sjukeheim, fordi det er sider ved dei forskjellige stillingane som gjer at arbeidskvardagen kan opplevas som meir eller mindre travel. Til dømes har ein sjukepleiar fleire oppgåver enn ein helsefagarbeidar, ved at dei har ansvaret for å lage til dosettar, sårstell og legevisitt. Og igjen har ufaglærte som arbeider på ein sjukeheim mindre oppgåver enn ein helsefagarbeidar. Men utifrå eiga erfaring som ufaglært vikar på ein sjukeheim i ein liten kommune, og i Bergen, så vil eg tru at dei fleste opplever at det er lita tid, og at kvaliteten på tenesta ofte ikkje er god nok.

Den norske lægeforening publiserte i 2001 ein statusrapport om situasjonen i helsetenesta for eldre, der dei trekk fram områder der kvaliteten på tenesta ikkje er god nok. Angående eldre på sjukeheim trekk dei fram korleis mangel på pleiepersonell og tidspress føre til dårleg trivsel hjå bebuarane, og låg kvalitet på tenestane. Dei skriv difor at det er viktig å nytte frivillig arbeid, og at dei kan vere med å berike tenestene. Det frivillige arbeidet kan vere ein stor ressurs for eldre på sjukeheim og kan bidra til å betre bebuaranes livskvalitet og bryte einsame eldre sin sosiale isolasjon (Den Norske lægeforening, 2001). I Stortingsmelding nr.29 ”Morgendagens omsorg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013), blir det diskutert korleis ein kan legge til rette for at framtidens helse- og omsorgstenestar møter behovet. I kapittel 4

som heiter ”Samfunnets omsorgsressurser” trekk dei fram frivillige som ein ressurs. Her står det at deltaking i frivillig arbeid ikkje er noko som skjer av seg sjølv, men noko som må oppmuntrast og bli vedlikehald. Det skal utarbeidast ein nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet, og nokre element som strategien skal ta utgangspunkt i er mobilisering, organisering og koordinering. Det står vidare at frivillige må rekrutteras, motiveras, bli lært opp, følgt opp og bli ivaretatt (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

4.4 Frivillig

Frivillig er eit uttrykk som gjerne blir gjeve fleire typar meiningsinnhald. Lorentzen (1994) trekk fram eit skilje mellom frivillig sektor, frivillig organisasjonar, frivillig tiltak og frivillig arbeid. På kvart nivå har uttrykket frivillig ei eiga betyding. Han kallar desse

«Frivillighetens» fire nivå. 1) Frivillig sektor består gjerne av mange enkeltstående organisasjonar avgrensa ved hjelp av eitt eller fleire kjenneteikn, men avgrensingane er ofte vanskelege fordi dei er utydeleg basert på ei blanding av grunnleggjande kjenneteikn og idelle eigenskapar. For eksempel kan ein bruke sektornemninga nonprofit sektor som viser til dei økonomiske eigenskapane til organisasjonane (Lorentzen, 1994).

2) Omgrepet frivillig organisasjon kjem opphaveleg frå England (voluntary organisation) og i omgrepet låg det at midlar til gode formål ikkje blei krevje inn som skatt, men gjeve av fri vilje og moralsk forplikting. Seinare er innhaldet i frivillighetsuttrykket flytt frå individuelle formål til kollektive formål. Som fellesnemnar for organisasjonane blir det trekt fram at dei er medlemsorganisasjonar med frivillig og individuelt medlemskap, og allmenntytte ved at formålet er innretta mot å komme fleire enn private grupper til gode. Dei skal og vere frikopla frå det offentlege ved at dei kan bli danna og nedlagt utan offentleg innblanding (Lorentzen, 1994).

3) Frivillig velferdstiltak. Frivillig tiltak i denne samanhengen er uttrykk for ein aktivitet som er iverksett av ein frivillig organisasjon. Dei kan vere ad-hoc prega eller forma som meir permanente tilbod eller arrangement. Tiltaka kan ha til hensikt å skaffe pengemidlar, nokre er reine sosiale aktivitetar og andre har blanda formål som f.eks basarar som inneheld begge. Aktivitetar i regi av frivillige organisasjonar som er retta mot problem innanfor helse- og sosialsektoren og som har ein viss regelmessighet og formell struktur, blir kalla frivillige velferdstiltak, frivillige velferdstilbod eller frivillige tenester. Ein organisasjon som er ansvarleg for ei velferdsteneste blir kalla frivillig velferdsprodusent. I mange tilfelle er frivillige velferdstiltak organisatorisk åtskilt frå moderorganisasjonen, og ein organisasjon kan

ha ansvar for ei rekke tenester som kvar fins som åtskilte organisatoriske einingar. Røde Kors driv f.eks lokale eldresenter, besøkstenester og aldersinstitusjonar. Kvar av desse tiltaka har vanlegvis åtskilt økonomi, eige styre og nokre mottar offentleg øyremerka støtte. Frivillig tiltak kan ha ulikt økonomiske grunnlag, og at dei ikkje skapar privat fortjeneste vil ikkje nødvendigvis seie at dei er frikopla frå marknaden. Det fins frivillige organisasjonar som eig og driv tiltak som aldersinstitusjonar, og samhandlar med det offentlege om tenesteproduksjonen. Mange av velferdstenestane er så tett integrert i det offentlege velferdsapparatet at det kan bli stilt spørsmål ved om dei egentlig kan bli kalla frivillige, særleg dei som er fullt ut offentleg finansiert og blir drive med profesjonell bemanning utan bruk av frivillig arbeidskraft. Dei blir likevel kalla frivillige så lenge eigarorganisasjonen har grunnleggande rett til å legge ned tiltaket utan offentlig samtykke (Lorentzen, 1994).

4) Frivillig arbeid kan ein omtale som ulønna arbeidsinnsats innanfor rammene av ein frivillig organisasjon. Innsatsen er vanlegvis knytt til administrativt arbeid, tenestyting eller pengeinnsamling. Kjenneteiknet for frivillig arbeid er at arbeidsinnsatsen er sjølvvalt, og ikkje eit resultat av ytre press eller tvang. I nokre samanhengar kan grenselinja mellom betalt og ubetalt arbeid vere flytande, som pensjonistgrupper som gjer tenester for andre pensjonistar mot ei mindre økonomisk godtgjersle. Desse fenomenar peikar mot ei anna betyding av «frivillig arbeid» der ein ideelt motivert innsats blir utført med ein økonomisk kompensasjon som er vesentleg lågare enn lønnsarbeid ville gje. Frivillig arbeid kan og bli knytt til offentlege velferdstilbod, og ein rekke kommunar har organisert frivillige for å «fylle ut» omsorgsbehov som heimesjukepleiar og heimhjelp registrerer. Offentlege tilsette i helse- og sosialsektoren er og med på å starte opp frivillige hjelpeorganisasjonar (Lorentzen, 1994).

4.4.1 Ei kryssing mellom frivillighet og offentleg tenestetilbod

I mi oppgåve er eg interessert i å sjå på det siste av desse fire nivåa som Lorentzen (1994) nemner, nemleg frivillig arbeid. Eg har valt ei avgrensing i forhold til at dette ikkje treng å vere knytt til nokon frivillig organisasjon som Røde Kors eller liknande. Men eg held meg til krava om at det skal vere ulønna arbeidsinnsats, og ved at det er sjølvvalt arbeidsinnsats utan ytre press eller tvang. Dette blir meir likt «volunteering», omgrepet land som USA brukar om frivillig arbeid som ikkje treng å skje i ramma av ein formell, frivillig organisasjon. Då er fokuset heller på individet sitt ønske om å gjere ein frivillig sosial innsats, og ein finn det innanfor offentlege og private velferdsinstitusjonar i USA. Denne forma for frivillighet er ikkje så vanleg i Noreg, men med Frivilligsentralane kom det eit utviklingstrekk som kan

minne om dette. Dette er ein kryssingsform mellom frivillighet og offentleg tenesteform (Djupvik & Eikås, 2010). I «Retningslinjer for frivilligsentraler/nærmiljøsentralar» (Kulturdepartementet, 2005) står det at formålet er at det skal vere ein lokalt forankra møteplass som er open for alle med lyst til å delta i frivillig arbeid. Sentralen skal ta initiativ til, mobilisere og samordne frivillige aktivitet, og utviklas av menneska som er tilknytt sentralen. Aktivitetane skal leggas i tråd med lokale føresetnader og behov, og vere eit supplement til offentleg verksemd. På område der det er naturleg med samarbeid bør det leggjast vekt på samspel mellom frivillig og offentleg innsats. Sentralen og dei frivillige kan ikkje ta imot betaling utanom godtgjersle for direkte utlegg. Kulturdepartementet har forvaltningsansvaret for det statlege driftstilskotet, og for maksimalt tilskot må den daglege leiaren vere tilsett i ei 100% stilling, og minst 40% av drifta vere finansiert lokalt. Den statlege støtta skal vere med på å dekke lønna til den daglege leiaren (Kulturdepartementet, 2005). Pengane som kjem lokalt kan vere frå kommune, næringslivet, frivillige organisasjonar eller som gåve frå privatpersonar. Sentralane har årleg rapporteringsplikt, og står elles ganske fritt til å drive sentralen på best måte for sitt lokalsamfunn. Eigarane av sentralen kan vere til dømes organisasjonar, enkeltpersonar eller ein kommune. Leiaren blir valt av styret for sentralen, og det er viktig at den har vilje til å stå på for sentralen og eit godt kontaktnett i lokalsamfunnet (Djupvik & Eikås, 2010). I prosjektet ”Frivillige hjelpere i eldreomsorgen” i Fredrikstad blei det valt ei løysning som var ei form for kryssing mellom offentleg tenestetilbod og frivillighet, ved at prosjektleiaren blei lønna av frivilligsentralen med prosjektstøtte frå Helse- og rehabilitering. I rapporten om prosjektet er hovudkonklusjonen at prosjektet var ein suksess trass i småfeil. Sjølv om det var vellukka det året prosjektet varte, blir det nemnt at vidareføringa var problematisk utan finansieringa frå Helse- og rehabilitering til å lønne ein leiar, og dei frivillige sjølv tok over (Hansen, 2005). I drøftinga omkring samarbeid mellom frivillige og sjukeheim tar eg utgangspunkt i rapporten om prosjektet.

5.0 Korleis kan frivillige nyttast som ein ressurs på sjukeheimar, for å betre livskvaliteten til bebuarane?

I denne delen skal eg drøfte kva det kan gje bebuarane at det er frivillige hjelparar på sjukeheimen, i forhold til sosial kontakt og aktivitetar, som er faktorar for livskvalitet. Så vil eg gå inn på korleis eit samarbeid mellom sjukeheim og dei frivillige kan vere av betydning for eit tilbod.

5.1 Kva kan frivillige hjelpearar gje bebuarane?

Legeforeninga (2001) meiner som nemnt tidlegare at ein bør bruke frivillige som ein ressurs på sjukeheimar. Frivillige kan gje tilbod som kan vere med på å oppretthalde livsverdiane bebuaren hadde før. Slike verdiar kan vere livsoppgåver ein er stolt over å ha utført, opplevingar sosialt, kulturelt eller i naturen. Den frivillige kan i ei viss grad og vere med på å gje bebuaren evne og motivasjon til å igjen klare små daglegdagse oppgåver, som å ete sjølv eller ordne håret (Den norske lægeforening, 2001).

5.1.1 Ein sosial kontakt

I artikkelen «Pasienters behov viktigere enn rutiner» av Foss og Wahl (2002) blir fysisk aktivitet trekt fram som eit behov ein må setje fokus på. Dei skriv at dette må bli tilpassa kvar bebuar, men ein av tinga kan vere formålsteneleg trening som korte gåturar i gangen. Dette har stor betydning for livskvaliteten fordi den forbetrar opplevinga av helse og velvære, samt den bidrar til å tilfredstille behovet for sosial kontakt. Sjølv om bebuarane ofte har mange rundt seg, kan det sjå ut som dei lid av einsemd og mangel på kontakt. Manglande relasjonar og liten moglegheit for variasjon i kvardagen kan føre til einsemd, keisemd og hjelpeløyse (Foss & Wahl, 2002). Pårørande til dei med individuelt tilbod i samband med prosjektet i Fredrikstad svarte på eit spørjeskjema om tilbodet. Eit av spørsmåla var om dei syns tilbodet frå dei frivillige var eit viktig tillegg til det offentlege tilbodet, og her kryssa sju av dei ni av på 6 for heilt einig. Dei to andre kryssa av for 5 og 4, som svarar til einig. Det var altså einighet om at tilbodet var eit viktig tillegg. I ein kommentar som var gjeve på eit spørjeskjema skreiv ein pårørande følgjande: «*Min far har stor glede av å komme ut; gå turer, gå på kafè, ha en å snakke med, rett og slett en turkamerat*» (Hansen, 2005, s. 49). Gjennom loggbøkene som dei frivillige skriv kom det fram beskrivingar av korleis «vennskap» utvikla seg mellom frivillige og bebuar, og korleis bebuarar såg ut til å bli meir aktive og vakne. Det var litt motstridande tilbakemeldingar frå institusjonen sjølv om bebuarane med demens blei meir aktive og vakne, ved at nokon meinte det, medan andre ikkje såg noko forandring. Men Hansen trekk fram eksempel frå ei loggbok korleis det mellom ein bebuar og ein frivillig var ei utvikling for noko han ikkje hadde kompetanse å analysere, om det var vakenhet, vensskap eller noko anna. Men loggboka viser i alle fall ei forandring. Ved byrjinga var bebuaren ganske stille, og den frivillige opplevde han som hyggeleg men litt avmålt. Så den eine dagen skriv den frivillige: «*Jeg skøyet litt med han før jeg gikk – slo han på skulderen. Da vi skulle*

gå tok vi hverandre i hånden – da sa han plutselig «velkommen neste gang»» (Hansen, 2005, s. 51).

Uansett kva forandring som oppstod her, så vil vel alle vere einige om at når eit menneske ønsker ein anna velkommen tilbake, så er det uttrykk for at dette er noko som har vore ei positiv oppleving. Men her er det viktig å tenke gjennom kva som skal til for at det skal bli ein god sosial kontakt. Det må leggas til rette for at ein skal danne ein god relasjon mellom den frivillige som skal gje tilbodet, og den eldre som skal få tilbodet. I møtet er det viktig at den frivillige anerkjenner bebuaren som eit verdifullt og jamgodt menneske. Den frivillige kan gjere dette ved å la bebuaren i einerom dele sine livserfaringar, sorger og gleder.

Bebuaren kan og via den frivillige få høyre nytt frå lokalsamfunnet (Den norske lægeforening, 2001). Ved å ha nokon som tar seg tid til bebuaren og lyttar til livshistoria, kan dette vere med på å dekke det sosiale behovet og behovet for sjølvverd, som er viktige faktorar i livskvalitet. Men det er då svært viktig at ein sørgjer for at den frivillige er bevisst på korleis ein skal gå fram for å skape ein god sosial kontakt, så dette blir ein relasjon som kan vere til glede for bebuaren.

5.1.2 Meiningsfulle aktiviteter

Ved å nytte frivillige kan dei vere med på å ivareta behov som er viktige for det å ha ein meiningsfull kvardag og i teorien betre livskvalitet. Men det er svært mange eldre som ikkje kan gje uttrykk for kva behov eller ønsker dei har, eller ikkje blir høyrte i si meinung om kva aktivitetar dei ønsker. I rapporten frå prosjektet Fredrikstad blir det skriva at det i samarbeid mellom personalet og prosjektgruppa blei funne fram til kva aktivitetar ein skulle tilby, og kven av bebuarane som var aktuelle for eit slikt tilbod. Prosjektleiaren tok kontakt med dei pårørande til bebuarane som var aktuelle, sånn at dei fekk informasjon om prosjektet og prosjektet fekk utfyllande opplysningar om bebuaren. Dette var til dømes kva vedkommande hadde vore opptatt av og kva aktivitetar han/ho hadde deltatt i. Desse danna utgangspunktet for å ta kontakt med bebuaren (Hansen, 2005).

Studien frå artikkelen ”Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet” av Haugland (2012) som ser på kva aktivitetar bebuarar ønsker, viser at bebuarane i stor grad ønsker aktivitetar der dei sjølv er aktive, som hagearbeid, turar ute og liknande. Dei tilsette som blei spurt trudde derimot at bebuarane ønskte aktivitetar der dei blei undehaldt, som høgtlesing av aviser og konsertar. På ein del av aktivitetane samsvarte det ganske godt mellom det bebuarane sjølv

ønskte og det dei tilsette trudde, men det mest interessante var altså at det såg ut til å vere ein tendens til at dei tilsette ikkje trudde bebuarane i så stor grad ville delta sjølv. Noko som var svært interessant var at berre 38% av bebuarane ønskte ein individuell besøksvenn, medan 98% av dei tilsette trudde det. Men det heile 85% av bebuarane svarte ja til, var at dei ønskte seg spasertur. Her skriv forfattaren at frivillige kunne vore ein ressurs for å få oppfylt dette ønsket. Då er utfordringa å få presentert moglegheita på ein attraktiv måte for bebuarane (Haugland, 2012). Denne artikkelen belyser at det kan oppstå eit problem i å finne fram til kva tilbod bebuarane skal få av frivillige, fordi det ofte ligg mykje makt i hendene på dei som yter tilbodet. Den viser og til at det var svært få av dei som blei spurt som ønskte ein individuell besøksvenn. Det kan altså vere at ein møter motstand frå dei eldre som skal få eit tilbod frå frivillige, fordi dei ikkje kjenner den personen som kjem og skal ta dei med på tur og anna. Eg trur difor det er svært viktig at ein informerer bebuaren som skal få tilbodet om kva dette inneber, og at dei sjølv er med på å velje aktivitetane dei vil vere med på. I prosjektet i Fredrikstad (Hansen, 2005) sa dei tilsette at dei syns det var svært positivt at dei frivillige kunne gje eit tilbod om aktivitetar som dei tilsette sjølv ikkje hadde moglegheit til, som å reise på tur eller besøke ein gravstad. Ved å presentere tilbodet på attraktiv måte, og gjerne la bebuaren få prøve kva det går ut på, trur eg det er mange som ville hatt glede av eit slikt tilbod. Som ein pårørande skreiv kommentar om på spørjeskjemaet; *"Han blir med på biltur, kafébesøk, litt shopping, de går turer, leser aviser, "diskuterer" spøker, har fin kontakt. Den frivillige er tydeligvis en meget klok person, som familien er meget takknemlig for. Det er helt opplagt blitt lettere å få kontakt, han virker mer våken og uttalelser fra den frivillige understreker dette. Fra å være taus til å begynne med, kanskje litt negativ, er forholdet totalt forandret, veldig positivt."* (Hansen, 2005, s.49).

Ved at bebuaren får ein frivillig som kan hjelpe bebuaren til å utføre aktivitetar som den eldre sjølv syns er meningsfulle, kan det ha stor betydning for å betre livskvaliteten. Aktivitet blir ofte trekt fram som ein av dei viktigaste faktorane for ein god alderdom. God livskvalitet handlar om moglegheita til å delta i meningsfylte aktivitetar som ein sjølv vel (Foss & Wahl, 2002). Men noko av det som ligg i ordet meningsfulle aktivitetar, er at det er ein aktivitet som gjev mening for den enkelte. Det er svært mange som trivast i eige selskap, og ikkje kan tenke seg noko anna enn å sitje åleine på rommet sitt. Om det ikkje blir tatt på alvor kva ønsker og meiningar bebuarane sjølv har, så kan eit tilbod frå frivillige med hensikt om å gje ein betre kvardag, verke mot sin hensikt. I statusrapporten frå den norske lægeforeninga (2001) seier dei at bebuarane skal takast med i kvardagslivet på ein sjukeheim, så lenge det

aukar livsgleda og stimulera til eit godt sosialt samvær. Prinsippet om aktivisering er i utgangspunktet riktig men må ikkje forfølgjast på ein måte som går ut over omsorgen og nestekjærleiken. Nokon eldre er så svake at aktivisering blir ei plage og ei audmjuking (Den norske lægeforening, 2001). For nokon kan det vere at dei slett ikkje ønsker noko tilbod frå frivillige, eller at dei berre ønsker ein frivillig som kjem på besøk på rommet og pratar med dei. Ein må heile tida hugse på at alle menneske er forskjellige, og at for at tilbodet skal vere av betydning for bebuarane må ønska deira bli høyrte. Og i dei tilfella dei ikkje kan uttrykke det sjølv må ein nytte pårørande eller andre nære for å finne fram til kva tilbod dei skal få.

5.2 Korleis kan samarbeidet mellom sjukeheimar og frivillige påverke tilbodet?

I stortingsmelding nr.29, ”Morgendagens omsorg” (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013) skriv dei som nemnt om korleis frivillige kan vere ein ressurs, og at dei skal utarbeide ein nasjonal strategi for frivillig arbeid på helse- og omsorgsfeltet. Elementa i strategien er mobilisering, organisering og koordinering. Dei skriv også om kor viktig det er med rekruttering, motivering, opplæring, oppfølging og ivaretaking av dei frivillige (Helse- og omsorgsdepartementet, 2013).

5.2.1 Ein klar samarbeidsavtale

I prosjektet i Fredrikstad (Hansen, 2005) blei det valt ei løysning der prosjektleiar blei lønna av Frivillighetssentralen, og sjukeheimane bidrog med ein indirekte rolle som medlemmer i prosjektgruppa. Det blei altså eit sjølvstendig eksternt tilbod til sjukeheimane. Dette meiner Hansen har vore hensiktsmessig for at dei frivillige ikkje skulle bli sett på som styrt av dei tilsette, fordi dei frivillige skulle ha sine avgrensa og sjølvstendige oppgåver. Dei skulle gje eit ekstra tilbod til bebuarane, og ikkje bli nytta som assistentar. For organiseringa av tilbodet var det frå starten to grunnleggande prinsipp: 1) Dei frivillige skulle vere organisert som eigen enhet og ikkje overta oppgåver for dei tilsette. Dei skulle vere ei utviding av tilbodet, ikkje eit tilbod i staden for det offentlige. 2) Tilbodet som blei ytt av dei frivillige skulle vere av høg fagleg kvalitet og organiserast på ein måte så det blei oppfatta som positivt for bebuarane, institusjonen og dei frivillige. Kva tilbod som skulle setjas i verk blei funne fram til i samarbeid med sjukeheimane, og det var personalet som fant fram til bebuarane dei meinte ville ha nytte av tilbodet. Deretter tok prosjektleiar kontakt med dei pårørande til bebuarane som var aktuelle, sånn at dei fekk informasjon om prosjektet og prosjektet fekk utfyllande opplysningar om bebuar, og desse danna utgangspunktet for å ta kontakt med bebuaren.

Prosjektleiaren følgde den frivillige til første kontakt og gav rettleiing. Dette blei og ei form for kvalitetssikring, sånn at dei frivillige som ikkje passa til bestemte oppdrag fekk tilbod om andre ting. Prosjektleiaren var og i nær kontakt med personalet for å få tilbakemelding om korleis oppfølginga frå dei frivillige verka inn på bebuaren. Det frivillige tilbodet blei organisert på bestemte tider, og det var ikkje noko møteplikt for dei frivillige. Men ut frå vanleg høfligheit og respekt blei det forventa at dei frivillige følgde opp avtalene dei hadde inngått, eller gav beskjed på førehand om dei ikkje kunne komme. Slik kunne prosjektlearar finne ein anna frivillig, eller gå inn og vere stadfortredar sjølv (Hansen, 2005).

Eg trur det er veldig viktig at ein tenkjer på korleis ein introduserer ideen for sjukeheimen, for at eit samarbeid skal fungere. Frå eiga erfaring veit eg at det ofte blir ein kultur på sjukeheimar der ein er skeptisk til endringar, og er redd for å få ekstra arbeid. Det er difor viktig at ein legg til rette for kommunikasjon mellom dei tilsette og dei frivillige, der ein går saman om å utforme samarbeidet. Om det blir klargjort kva oppgåver kvar skal ha, så slepp ein mange misforståingar og kan skape eit felles mål. Djupvik og Eikås meiner at ein på første samarbeidsmøtet bør ta opp viktige tema som kvifor ein ønsker eit samarbeid, kva behov ein skal samarbeide om, kva rolle kvar skal spele og korleis ein skal få til eit samarbeid (Djupvik & Eikås, 2010). Visst dei tilsette ser for seg at dette blir ei ekstra oppgåve der dei skal følgje den frivillige rundt heile tida, så kan det føre til at dei motarbeida tilbodet. I rapporten frå prosjektet trekk Hansen (2005) dette fram som eit av problema dei støtte på undervegs, ved at det ved nokon tilfelle oppstod gnissingar mellom dei tilsette og dei frivillige. Difor legg han vekt på kor viktig det er å skape gode rutinar før det bygger seg opp motsetningsforhold (Hansen, 2005). Samtidig er det viktig å klargjere at dei frivillige er der for å gje ein berikelse av tilbodet, ikkje for å ta over arbeid for dei tilsette. Det kan vere vanskeleg å finne ein balanse mellom det at dei skal inn å gjere eit arbeid, samtidig som dei på ingen måte skal utføre arbeidsoppgåvene som stell og pleie. Det er og viktig at ein prøver å finne oppgåver som er tilpassa den frivillige. Dei skal vere der for å gje eit tilbod som skal vere til glede for dei eldre, og om den frivillige ikkje sjølv har interesse for det den skal gjere, så vil nok dette få innverknad på innsatsen. Difor bør ein finne fram til oppgåver som er tilpassa kvar enkelt, som t.d at dei som har interesse for hagearbeid tar med seg eldre på dette. Eller at ein frivillig som er glad i musikk deltar på musikkstunder. På denne måten vil tilbodet vere noko som kan danne basis for meningsfulle aktivitetar og god sosial kontakt for både den eldre og den frivillige. I artikkelen "Using elderly volunteers to care for the elderly: opportunities for nursing" (Wasserbauer, Arrington & Abraham, 1996) skriv dei og om dette å etablere eit

samarbeid mellom frivillige og det offentlege tenestetilbodet. Når det kjem til å presentere ideen om å nytte frivillige hjelparar til organisasjonen, kan det vere kritisk i forhold til om organisasjonen trur dette er noko som vil vere til det beste for klientane. Det er viktig at den som er leiar for dei frivillige finn passande roller og oppgåver for dei frivillige, og ser kor dei kan bli nytt for å betre effektiviteten, og her må ein nytte dei tilsette i samarbeidet. Deretter bør ein lage ein skriftleg arbeidsavtale som beskriv kva arbeid dei skal utføre (Wasserbauer et. al., 1996).

5.2.2 Rekruttering og ivaretaking av dei frivillige

Rekrutteringa til prosjektet i Fredrikstad (Hansen, 2005) skjedde gjennom annonsering i aviser og på TV, i tillegg som enkeltes private nettverk var viktige kanalar for å få kontakt med aktuelle frivillige. Det blei gjennomført to kurs for frivillige med følgjande innhald; orientering om frivillighetsarbeid generelt, orientering om Frivillighetssentralen i Fredrikstad, orientering om prosjektet, informasjon og opplæring om kva demens er, og korleis ein skal forholde seg til menneske med demens. På kurskveldar og samlingar var det lagt opp til å skape eit godt sosialt fellesskap mellom dei frivillige. Av dei 19 som gjennomførte kurs, var det 11 aktive frivillige igjen ved prosjektperiodens utløp. Etter dei faste kveldane på sjukeheimen blei det mogleg å samle alle dei frivillige etter oppdraga, og der la ein til rette for hyggelig fellesskap med ein kopp kaffi og litt attåt. I tillegg fungerte dette som ein arena der ein kunne ta opp problemstillingar knytt til opplevingar med bebuarane, og samtalane fekk etter kvart ein form for grupperettleing med prosjektleiar som rettleiar. Dei fleste frivillige var over 60 år sjølve (Hansen, 2005).

Det er nok mange som kjenner seg att i at det er lettare å ta del i noko ein har høyrte frå personar ein kjenner, eller får førespurnad om direkte, framfor å lese om det i ei avis. Terskelen for å oppsøke det kan då bli vanskelegare. Her kan for eksempel Frivilligsentralen vere eit fint bindeledd i rekrutteringa av frivillige til sjukeheimen. Den amerikanske artikkelen (Wasserbauer et. al., 1996) seier og noko om dette. Det er nemleg ei vanskeleg oppgåve å rekruttere og behalde dei frivillige. Det har vist seg at direkte henvisning ansikt til ansikt og frå kjende er meir effektive enn massemedia tilnærming. Kyrkjer og seniorsenter er spesielt effektive rekrutterings plassar. Ein kan for eksempel bruke steg-for-steg tilnærming, der ein lar dei prøve seg ut ein dag, og på den måten får ei kjensle av kva det vil sei (Wasserbauer et. al., 1996). Det er og viktig at ein tenkjer på at dette er menneske som gjer ein innsats utan å få lønn for det, så det må vere noko som gjev dei noko tilbake. Her meiner

eg prosjektet i Fredrikstad valde ein god strategi ved å legge opp til sosial samlingar rundt dei faste kveldane dei gav tilbod på sjukeheimane. På denne måten blei dette også noko som blei ein arena for sosial samhandling med andre menneske. Det er og viktig at ein tenkjer på korleis ein tar vare på dei frivillige ein har. Gjennom å gje dei kurs i samband med prosjektet blei dette ein stad for vekst og utvikling for den enkelte frivillige, samtidig som det nok gjorde dei tryggare i arbeidet, og i stand til å gje bebuaren eit betre tilbod. Det er og viktig at ein føler seg anerkjent og verdsatt i det arbeidet ein gjer. I den amerikanske artikkelen (Wasserbauer et. al., 1996) skriv dei at det har vist seg at ei klart definert frivillig rolle som er positiv av natur og som byr på prestisje og anerkjennelse for individet som er knytt til rolla, gjer at dei frivillige blir lengre. Dei ser og ut til å ønske eit samhald, stimulerande relasjonar, meiningsfulle oppgåver, vekst og fleksible arbeidstider. Det har også mykje å sei at dei får vere med på å ta avgjersler, komme med meiningane sine og får ros og anerkjennelse for arbeidet dei gjer (Wasserbauer et. al., 1996). Om dei frivillige følte at dei kom på sjukeheimen og gjorde ein innsats, utan å føle at det blei sat pris på, så ville det nok fort ført til at dei følte seg utnytta. Dette bør heller ikkje berre kome frå den som leiar dei frivillige, men vere noko som dei tilsette på sjukeheimen har med seg i tankane. For å rekruttere nye og halde på dei frivillige, har det stor betydning i å tilrettelegge arbeidet så folk ikkje går lei. Difor er det viktig med planlegging og innsikt i korleis ein kan oppmuntre dei frivillige (Djupvik & Eikås, 2010).

6.0 Avslutning

I dagens eldreomsorg er det behov for og tenke nytt for å møte behova i framtida. Det at det er press på eldreomsorga er ikkje noko som er nytt for dei som arbeider med det, men korleis ein kan løyse problema kan vere nytt. For mange sjukeheimar kan det vere ein framand tanke å inkludere frivillige som ein del av det dei ser på som sitt felt, sølv om det har vore lange tradisjonar med frivillig arbeid gjennom organisasjonar som samarbeida med velferdsstaten. I denne oppgåva har eg valt å sjå på korleis ein kan etablere eit samarbeid med mål om å gje bebuarar ei utviding av tenestetilbodet, og der dei frivillige ikkje er medlem i ein frivillig organisasjon. Eg valde å ta utgangspunkt i eit prosjekt som blei gjennomført i Fredrikstad, som eit eksternt samarbeidstilbod til sjukeheimar. Gjennom det har eg prøvd å belyse kva som er viktig å tenke på når ein skal nytte frivillige som ein ressurs på sjukeheimar, med tanke på organiseringa og samarbeid. Samtidig har mitt hovudfokus heile vegen vore å sett på korleis frivillige kan bidra til å betre livskvaliteten til bebuarane på sjukeheimar. Her har eg vist til

korleis dei kan dekke behova for sosial kontakt og meningsfulle aktivitetar, som det ofte blir gjeve beskjed om at blir nedprioritert. I dette har eg og tatt med kor viktig det er at tilbodet blir individuelt tilpassa kvar bebruar for at det skal bli ei god oppleving, ved att kvar enkelt har si oppfatning om kva ein meningsfull aktivitet er. Konklusjonen min er at frivillige kan vere ein stor ressurs i å dekke behov som har betydning for livskvaliteten til ein bebruar på sjukeheim. Dette er ei oppgåve som krev eit godt samarbeid og klare avtalar, for at sjølve samarbeidet mellom sjukeheimen og dei frivillige skal fungere. Men ikkje minst for at det tilbodet dei frivillige gjev er basert på kunnskapen om kva som skal til for at det skal bli eit godt tilbod. Her må ein alltid hugse på å ta med beburane og pårørande sjølve, for å ivareta deira interesser.

Kjeldeliste

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Den norske lægeforening. (2001). *Når du blir gammel og ingen vil ha deg. En statusrapport situasjonen i helsetjenesten frå Den norske lægeforening*. Oslo: Den norske lægeforening.

Djupvik, A. R., & Eikås, M. (2010). *Organisert velferd – Organisasjonskunnskap for helse- og sosialarbeidarar*. Oslo: Det Norske Samlaget.

Forskrift for sykehjem m.v. (1988). *Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie*. Fastsatt av Sosialdepartementet (nå Helse- og omsorgsdepartementet) 14. november 1988 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 1-3 femte ledd jfr. § 6-9. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932>

Forskr. kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* Fastsatt ved kgl.res. 27. juni 2003 med hjemmel i lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene § 6-9 og lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. § 2-1 tredje ledd og § 4-6. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>

Foss, B., & Wahl, K. A. (2002). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien*, 2002 (18), 35-39. Henta frå <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121282/pasienters-behov-viktigere-enn-rutiner>

Gautun, H., & Hermansen, Å. (2011). *Eldreomsorg under press – kommunens helse – og omsorgstilbod til eldre*. Oslo: Fafo.

Hansen, V. G. (2005). *Prosjekt frivillige hjelpere i eldreomsorgen*. Halden: Høgskolen i Østfold.

Haugland, Ø. B. (2012). Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet. *Sykepleien Forskning*, 2012 (1), 40-47. Henta frå <http://www.sykepleien.no/forskning/forskningsartikkel/833191/meningsfulle-aktiviteter-pa-sykehjemmet>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2013). *Morgendagens omsorg*. Meld. St nr 29, 2012-2013 Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Henta frå <http://www.regjeringen.no/pages/38301003/PDFS/STM201220130029000DDDPDFS.pdf>

Kulturdepartementet. (2005). *Retningslinjer for frivilligsentralar/nærmiljøsentralar*. Henta frå http://www.regjeringen.no/upload/KUD/Samfunn_og_frivillighet/Frivilligsentraler/2010_Retningslinjer_for_frivilligsentralar_nynorsk.pdf

Lorentzen, H. (1994). *Frivillighetens integrasjon. Staten og de frivillige velferdsprodusentene*. Oslo: Universitetsforlaget.

Pasient og brukerrettighetsloven. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter 2. juli 1999 nr. 63*. Henta frå <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient+og+brukerrettighetsloven>

Møller, K., & Knudstrup, M-A. (2008) Innledning: Trivsel i plejeboligen. I M-A. Knudstrup (Red.), *Trivsel i plejeboligen – En antologi om trivselfaktorer i plejeboliger* (s.9-17). Odense: Syddansk Universitetsforlag.

Norsk Pensjonistforbund. (1999). *Helse og livskvalitet i eldre år*. Oslo: Norsk Pensjonistforbund.

Universitet i Oslo. (2014). *Nynorskordboka*. Henta 05.05.2014, frå <http://www.nob-ordbok.uio.no/perl/ordbok.cgi?OPP=bebuar&nynorsk=+&ordbok=nynorsk>

Wasserbauer, I. L., Arrington, T. D., & Abraham, L. I. (1996). Using elderly volunteers to care for the elderly: opportunities for nursing. *Nursing Economic\$, 1996* (4), 232- 238. Henta frå <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=2b24b272-2433-42e3-9e80-c4deb2e8a596%40sessionmgr4002&vid=5&hid=4201>

Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)

Eg gjev med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva i Brage (Skriv inn littel)dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer 124, Elisabeth Bjordal Giil.

Ja: X