

**HØGSKOLEN I BERGEN**

Mastergradsoppgåve i Samfunnsarbeid – MA-SAA2010

# «Aktivitet som skapar fellesskap»

Ein studie om sjukeheimsbebuarar si deltaking i felles aktivitetar



Institutt for sosialfag og vernepleie  
Kristin Rivedal Yndestad

04.06.2012

## Føreord

Arbeidet med mastergradsoppgåva har utvilsamt vore lærerikt, spennande og interessant. Det har også til tider vore slitsamt og frustrerande. Både oppturar og nedturar har vore viktig for sluttresultatet. Eg trur utfordringar undervegs bidreg til gleda ved å levere vert endå større. Mange fortener takk for å ha bidrege i prosessen. Ein stor takk går til bebuarar og tilsette på sjukeheimen som tok så godt i mot meg. Vidare vil eg takke lærarar og medelevar ved Høgskolen i Bergen for nyttige og relevante tilbakemeldingar gjennom oppgåveprosessen. Spesielt vil eg takke rettleiar Tobba Therkildsen Sudmann for individuell oppfølging og rettleiing, til ei kvar tid. Vener og kjære, takk for motivasjon og støtte heilt til siste tastetrykk.

## Samandrag

Mastergradsoppgåve i samfunnsarbeid, «Aktivitet som skapar fellesskap»,  
av Kristin Rivedal Yndestad, Høgskulen i Bergen 2012.

E-post adresse: [kryndestad@gmail.com](mailto:kryndestad@gmail.com)

Mastergradsoppgåva er basert på deltakande observasjon på ein sjukeheim. Målet har vore å få innsikt i korleis fellesaktivitetar kan påverke eldre sjukeheimsbebuarar sin kvardag. Bakgrunn for studien er at det finst mykje litteratur om eldre og fysisk aktivitet og eldre sine kvardagsliv på sjukeheim, men lite forskning om korleis deltaking i felles aktivitetar kan påverke fellesskapet på ein sjukeheim.

Problemstillinga har vore todelt:

- 1) *«Korleis kan aktivitetar setjast i gang på måtar som skapar fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim?».*
- 2) *«På kva slags måte kan organisering av aktivitetane både skape fellesskap og utstøyting?».*

Datagrunnlaget har vore samla inn ved deltaking i aktivitetar på ein sjukeheim, samt gjennom samtalar med bebuarar og tilsette. Oppgåva er samansett av eit innleiingskapittel og fire essay.

Summert viser hovudfunna at i norsk samanheng er råda for fysisk aktivitet individretta og effektar av gruppeaktivitetar underkommunisert. Sentrale prinsipp i samfunnsarbeid er viktige for å auke deltaking i felles aktivitetar på sjukeheim. Sosiale og strukturelle forhold påverkar moglegheitene bebuarane har for deltaking, og vidare kan deltaking i felles aktivitetar skape både fellesskap og utstøyting blant bebuarane på sjukeheimen.

Det trengs vidare forskning på dette der ein samanliknar fleire aktivitetar over lengre tid, undersøker forskjellar mellom by og land og undersøker korleis fellesaktivitetar påverkar dei som ikkje deltek.

Nøkkelord: fysisk aktivitet, fellesskap, utstøyting, sjukeheim, eldre.

## Abstract

Master thesis in Community Work, «Activity that creates community»,  
by Kristin Rivedal Yndestad, Bergen University College, Bergen 2012.

E-mail address: [kryndestad@gmail.com](mailto:kryndestad@gmail.com).

A field work study in a Norwegian nursing home with purpose to gain insight into how group activities affect older residents. Much literature on elderly and physical activity and elderly people's everyday life in nursing home exists. However, there exists little literature in the Norwegian context on how participation in group activities can affect community in a nursing home.

My research question:

- 1) "How can activities be initiated in ways that creates community among older residents in nursing homes?"
- 2) "In which ways can the organization of the activities both create community and exclusion?"

Data have been collected by participation in activities at a nursing home, and through conversations with residents and staff. The thesis consists of an introductory chapter and four essays.

Summarized the main findings show that in Norwegian context the advices for physical activity are individualized, and the effects of group activities under communicated. Central principles in community work are important to ensure participation. Social and structural conditions affect the residents' opportunities for participation in group activities. Also, participation in group activities can create both community and exclusion amongst residents in a nursing home.

Further research is needed, where a number of activities over time are compared, and where one examine the differences between cities and countryside and examines how group activities affect those who do not participate.

Keywords: physical activity, community, exclusion, nursing home, elderly.

## Innhald

Innleiing.....	8
Del 1 .....	10
Bakgrunn: «Alderdommen er ingen ny oppfinnelse. Det nye er at så mange når dit». .....	10
«Alder, berre eit tal?» .....	12
Morgondagens eldre .....	13
Oss og dei .....	15
Eldre og fysisk aktivitet .....	16
Styrketrening.....	17
Uthaldstrening .....	18
Andre former for aktivitet.....	18
Inaktivitet .....	20
Oppsummering av litteratur .....	20
Problemstilling .....	21
Metodiske tilnærmingar .....	22
Val av forskingsdesign .....	22
Forskingsmetode.....	22
Strategiar for forskning .....	23
Vitskapleg verdssyn.....	23
Framgangsmåte.....	25
Førebuingar .....	25
Å finne eit felt.....	26
Sjukeheimen.....	27
Figur 1: Illustrasjon av sjukeheimen sett ovanifrå .....	27
Figur 2: Illustrasjon av ei avdeling .....	28
Figur 3: Illustrasjon av fellesstova .....	30
Aktivitetane på sjukeheimen .....	30
Tabell I: Aktivitetsplan for ein månad .....	30
Musikkstunder .....	31
Bowling.....	32
Bingo .....	32
Dans.....	32
Kor-øving .....	33
Bebuarane .....	33

Pårørende og andre besøkande .....	34
Tilsette og kvardagen .....	34
Struktur for aktivitet? .....	35
Kva gjorde eg? .....	36
Mi rolle i feltet.....	37
Etiske refleksjonar .....	38
Refleksjon kring metodeval.....	40
Institusjonen sjukeheim .....	43
Kven bur på sjukeheim? .....	44
Sjukeheimen og samfunnsarbeid.....	45
Mitt prosjekt .....	46
Framlegg til vidare forskning.....	48
Del 2 .....	50
Presentasjon av essaya .....	50
Essay 1 – Kva er fysisk aktivitet? .....	53
«Fysisk aktivitet er min medisin».....	53
«Den gode halvtimen» .....	54
Fysisk aktivitet – eller berre aktivitet? .....	55
Aktiv alderdom.....	56
«Stakkars, ho var så nervøs og grudde seg» .....	57
Aktivitet for alle.....	58
Aktiv heile livet? .....	60
Essay 2 – Å skape fellesskap.....	61
Samfunnsarbeid som tilnærming for å skape fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim	61
Eit nedanifrå- og opp perspektiv.....	62
Deltaking .....	63
Empowerment .....	64
Kollektiv handling.....	65
Strukturperspektiv .....	66
Prosjektorganisering som hjelpemiddel i arbeidet med å skape fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim .....	67
Avsluttande kommentarar .....	68
Essay 3 – Samfunnsarbeid og fysisk aktivitet.....	69
Møtet med sjukeheimen.....	69

«Ho kjem inn som ei solstråle og spreiar så god stemning».....	69
Dans i stova .....	71
Kjensla av noko felles.....	73
Korøving å møterommet.....	74
«Det er passeleg for meg det her, eg har ikkje vore så aktiv før».....	75
Aktiv i kvardagen.....	77
Deltaking uansett? .....	78
Essay 4 – Deltaking på godt og vondt .....	79
Fellesstova.....	79
Musikkstundene føregår på fellesstova .....	80
«Hanna sine høner og munnspelet til Eilert» .....	81
Fellesstova som sosial arena kan skape fellesskap og utstøyting.....	82
«Den var så søt den genseren».....	82
«Eg synst enkelte søv altfor mykje».....	83
«Vi var venner, hon er så søt» .....	85
«Stova mi?».....	86
Referansar .....	89
Vedlegg.....	94

## Innleiing

Levekår og levevanar ein har hatt i livet vil ha innverknad på kor gamal ein vert, kven ein vert gamal saman med, kvar ein vert gamal og korleis helsa vert i eldre år. Vala ein sjølv tek når det gjeld utdanning, arbeid, kosthald, fysisk aktivitet, tobakk og alkohol vil kunne påverke om eiga helse vert god, og om ein får auka eller minka risiko for sjukdom. Men også levekår ein ikkje rår over, som politiske ressursar, tilgang til helsetenester, om ein vert utsatt for smitte, stråling eller ureining i luft og vatn, eller har familiære sjukdomar, kan ha innverknad på eiga helse.

Kva tid ein lev i vil også kunne påverka helsa i eldre år. Nokre meiner at alderdom ikkje er det same som før, då ein ser nye vilkår for aldring ved at morgondagens eldre vil ha meir individualistiske og mindre kollektive verdiar (Slagsvold and Solem 2005).

Samtidig ser ein eit auka fokus frå statleg og kommersielt hald om at eldre skal halde seg aktive og sjølvhjelpne lengst mogleg. Det ventast at eldre held seg aktive og tek del i samfunnet ut i alderdommen (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Korleis eldre skal vere aktive, og fysisk aktive, skildrast stort sett med individretta råd.

Sjølv med auka innsats for at eldre skal halde seg spreke, reknar mange med at det vert behov for fleire sjukeheims plassar dei kommande åra. Korleis livet og kvardagen på sjukeheimen vert vil blant anna avhenge av kvar eldre bur. Det er skilnad på by og land. Kor fort får ein sjukeheims plass, kven bur ein saman med på sjukeheimen, og korleis er kvardagslivet organisert her? Dette er faktorar som kan påverke korleis livet på sjukeheimen blir.

Nokre vilkår for eiga helse kan ein altså styre sjølv, medan andre ikkje let seg styre. Det vil slik vere skilnader på alderdom. Nokre blir gamle på same måte som forgjengarane sine, andre ikkje. Ein kan spørje om, og korleis, nye former for aldring påverkar dei eldre. Skapar forventningane til at eldre skal halde seg aktive heile livet, og dei individfokuserte råda nye former for fellesskap og utstøying? Ser vi større skilnader mellom dei eldre som er aktive og eldast på den «riktige» måten, samanlikna med dei som ikkje gjer det?



Tema for studien er felles aktivitetar for eldre bebuarar på sjukeheim. Ord som fellesskap, utstøyting, samhandling, deltaking og makt er sentrale omgrep i samfunnsarbeid, og sentrale i denne mastergradsoppgåva. Eg ville undersøke korleis desse ulike samansetningane på ein sjukeheim kan påverke fellesskap mellom bebuarane. Det gjorde eg ved å fokusere på felles aktivitetar på sjukeheimen. Problemstillinga eg nytta i arbeidet er todelt:

- 1) *«Korleis kan aktivitetar setjast i gang på måtar som skapar fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim?».*
- 2) *«På kva slags måte kan organisering av aktivitetane både skape fellesskap og utstøyting?»*

I studien har eg undersøkt korleis felles aktivitetar kan nyttast for å skape nye sosiale fellesskap mellom bebuarane. Studien er viktig fordi den viser korleis sosiale og strukturelle forhold på sjukeheimen kan påverke eldre bebuarar si deltaking i felles aktivitetar. Studien viser også kva slags ulike former for fellesskap og utstøyting som kan oppstå ved deltaking i felles aktivitetar.

Det empiriske materiale har eg samla ved feltarbeid på ein sjukeheim utanfor ein mellomstor by i Noreg. Eg besøkte sjukeheimen seks dagar, deltok i tolv ulike aktivitetar og danna samtalegrupper med bebuarar tre gongar. Eg hadde også intervju med musikkterapeut på sjukeheimen. Ei stund etter enda feltarbeid var eg på ny visitt. For å kunne skildre strukturelle forhold på sjukeheimen betre hadde eg no ny omvising og samtale med aktivitøren.

Del 1 av mastergradsoppgåva er eit innleiingskapittel med bakgrunnsinformasjon relevant for temaet mitt. Her presenterer eg forskning om eldre og fysisk aktivitet. Det gjennomgåande er at det er eit stort individretta fokus på trening for eldre. Den første delen inneheld også eit metodekapittel der eg presenterer framgangsmåten min og refleksjonar knytt til den.

Del 2 består av fire essay som på kvar sin måte svarar på problemstillinga. Ein nærare presentasjon av essaya kjem på slutten av innleiingskapitlet.

## Del 1

### Bakgrunn: «Alderdommen er ingen ny oppfinnelse. Det nye er at så mange når dit».

Med dette sitatet skildrar Daatland mykje av det som er sentralt i eldrepolitikken i dag (2008:10). Eldre utgjer ein stadig større del av jorda si befolkning, og her i landet vil auka av eldre merkast med ei dobling av menneske over 67 år før 2050 (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Dette har fått omgrep som «eldrebølgje» og «eldrebombe» til å vekse fram, som skapar eit inntrykk av at framtida er ikkje trygg. Det er nesten så vi går og ventar på denne bølgja av eldre som vil kome skyljande over landet, og bombe vekk alle andre.

Realiteten er vel at «bomba» er meir ei gradvis utvikling, sjølv om den sterkaste veksten ikkje tek til før etter 2020 (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Vi veit at det blir stadig fleire eldre. Metaforar som «bombe» og «bølgje» har vore med oss så lenge at det ikkje burde kome som ei overrasking på nokon at vi er eit aldrande land. Vi veit at det auka talet av eldre fører til auka behov innan helseomsorga, og at slik stoda er i dag er det ikkje ressursar til å møte slike krav. Difor ser ein stadig meir statleg satsing på førebyggjande arbeid, slik at eldre kan klare seg sjølv lengst mogleg (Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) ; Andersen, Hansen et al. 2009; Bahr 2009; Lexell, Frändin et al. 2009). Summert frå ulike offentlege utgreiingar og stortingsmeldingar kan ein lese at i tillegg til at vi blir fleire eldre, møter vi også andre utfordringar. Før låg mykje av omsorgsansvaret hos familien, no er det ei offentleg oppgåve. Demografiske utviklingar har også resultert i ein mangel på yrkesaktive som kan yte omsorg. Kombinasjonen av desse faktorane gjer at samfunnet står ovanfor store oppgåver på omsorgsfeltet i åra framover (Meld.St.13 (2011-2012) ; NOU 2011:11 ; NOU 2011:17 ; St.meld.nr.25 (2005-2006) ; St.meld.nr.47 (2008-2009)).

Kommersielle aktørar fokuserer også på helse og kropp for eldre. Felles for mange av råda frå både offentleg hald og kommersielle aktørar er at dei er nokså individretta. Det handlar om kva *du* kan gjere for *di* helse. Samfunnsarbeid handlar derimot om kva menneske kan skape *saman*, korleis menneske gjennom felles innsats kan utvikle sosiale fellesskap. Vidare byggjer samfunnsarbeid på ei forståing av at samfunn og

sosiale strukturar skapast og endrast gjennom menneske si handling (Sudmann and Henriksbø 2009). Tydinga, viktigheita og resultata av kollektiv handling er for meg noko av det viktigaste med samfunnsarbeid.

Tidlegare har eg tatt bachelorgrad i folkehelsearbeid. Eit studie som også til ei viss grad har eit individretta perspektiv. Kva ein sjølv kan gjere for å førebygge sjukdom og fremme helse, og korleis ein kan lære andre det same, er fokus. Å ta med kunnskapen frå folkehelseutdanninga eit steg vidare og skape ein forbindelse til samfunnsarbeid har heile tida vore eit ynskje og eit mål under mastergradstudiet mitt. No er det rart å sjå kor innlysende det er, at samfunnsarbeid kan seiast å vere ein grunnleggande del av helsefremmande arbeid (Wakefield and Poland 2005), og omvendt. For at individ og grupper i eit samfunn skal lukkast med å påverke faktorar som har innverknad på eiga helse, må dei først kjenne seg i posisjon til å klare dette (Bracht 1990:84). Å kjenne til sentrale prinsipp i samfunnsarbeid er slik naudsynt for ein folkehelsearbeidar som skal arbeide for å fremje helse blant alle grupper i samfunnet. Bracht påpeikar at samfunnsarbeid som metode lenge har vore nytta i arbeid med sentrale folkehelseproblem (Bracht 1990:84). Grunnen til at samfunnsarbeid er så viktig i helsearbeid, er i følgje Minkler og Wallerstein fordi det reflekterer eit av feltet sitt mest sentrale prinsipp, nemleg å starte der folk er (2005).

Noregs offentlege utgreiing «Innovasjon i Omsorg» påpeikar at omgrepa omsorgsforsking og omsorgstenesteforsking som blir nytta i Skandinavia, ikkje har nokon parallell i engelsk fagterminologi. Internasjonal forsking på same tema vil til dømes publiserast under «community work» (samfunnsarbeid) (NOU 2011:11:135). Det tyder gjerne på at vi har ei utfordring når det gjeld å tenke utanfor boksen i omsorgsdiskursen. Folkehelsearbeid er helsefremmande og førebyggjande arbeid, som vi ser blir meir og meir viktig innan eldreomsorg. Med ein fagleg bakgrunn frå både folkehelsearbeid og samfunnsarbeid har eg gode føresetnader for å utfordre det individualistiske synet som står sentralt i råda for fysisk aktivitet, med ein meir kollektiv tenkjemåte. Eldre er ei relevant samfunnsgruppe for studiane mine, men er også ei gruppe som interesserar meg. Eg har difor valt eldre som tema for mastergradsoppgåva, for å sjå kva eg kunne oppdage i møtet mellom folkehelsearbeid og samfunnsarbeid, for eldre.

### «Alder, berre eit tal?»

Ifølgje Verdas helseorganisasjon kan eldre delast i tre grupper, yngre eldre frå 60 – 70 år, middels eldre frå 70-85 år og gamle eldre frå 85 år og oppover (WHO 2002). Å gruppere eldre etter kronologisk alder seier lite om kva eller kven ein finn bak tala. Spennet frå 60 til 85 år og oppover kan romme menneske med store skilnadar i fysisk og psykisk form. Bergan skildrar eldre som den kanskje mest heterogene aldersgruppa i samfunnet (2002). Oddgeir Synnes (Eldre og helse 2012) forklarar noko av årsaken til at dei eldre er meir heterogene enn ungdom og vaksne med at ein blir meir *ulike* i takt med alderen. Utsegnen «de fleste eldre er friske, samtidig som de fleste syke er gamle» er motstridande, samtidig som det gir eit bra bilete på dagens og morgondagens eldre (Tuntland 2005:5).

Likevel omtalast eldre ofte som ei samla gruppe, til dømes «dei over 60» eller «pensjonistane». Å kategorisere slik er i følgje Bauman og May ein grunnleggande del av oss menneske, det er naudsynt for å skape orden og system (2004). Og eldre, som alle andre grupper i samfunnet, vil ha mykje til felles. Dei kjenner den same historia, dei same songane og har same reglar for kva som er rett og gale (Daatland 2008:43). Slik kan eldre seiast å bli meir *like* med alderen. Med alderdommen føl til dømes kroppslege forandringar, som gjer at eldre finn seg sjølv i ei gruppe saman med andre eldre som også treng hjelp til å klare seg i kvardagen.

Uavhengig om ein skildrar eldre som ei homogen eller heterogen gruppe, så er det gjennomgåande at eldre skildrast som eit problem, framfor alt eit økonomisk problem. Aftenposten hadde 17.4.2012 ein artikkel om eldre med følgjande overskrift «Eldrebølgen mye dyrere enn antatt». I artikkelen vert det påpeika at Noreg er førebudd på auka pensjonsutgifter som følgje av auka levealder. Men det ligg ei «bombe» og ventar her og, som er den offentlege utgiftsbomba i auka av utgifter til helse- og eldreomsorg. Daatland seier at eldre i offentlegheita ikkje blir omtalt som handlande aktørar, men blir gjort om til truande objekt som kjem til å bruke opp alle pengane våre (2008:10). Ikkje berre Aftenposten, men også andre aviser og medieaktørar bidreg til dette. Kommersielle aktørar lagar overskrifter som skal tiltrekkje lesarar og selje aviser. Korleis påverkar dette bildet avisene lagar av eldre?

Negative overskrifter om eldre kan bidra til det aukande fokuset på eldre som ein byrde framfor ein ressurs.

Stortingsmelding 25 «Mestring, muligheter og mening» viser at det stadig er fleire yngre brukarar som står for mykje av auka i utgifter knytt til omsorgstenestane. Med tal som seier at brukargruppa under 67 år har dobla seg dei ti siste åra, syner stortingsmelding 25 oss at omsorgstenesta omfattar meir enn berre pleie- og eldreomsorg. Den venta utgiftsbomba kan ikkje skuldast eine og åleine på eldre menneske som lever lengre, det synast å vere ei langt meir komplisert utfordring (St.meld.nr.25 (2005-2006)).

Med eit stadig fokus på eldre som ei utfordring og eit problem er det lett for å gløyme Gro Harlem Brundtland sine ord om at «ei aldrande befolkning først og fremst er ei historie om suksess». Vi lever lengre i Noreg fordi folkehelsa har vorte betre. Medisinske gjennombrøt har utrydda eller skapt behandling mot sjukdommar mange døydde av før. Den venta levealderen i Noreg har i løpet av dei siste hundre åra stege frå 50 til 80 år. Eldre menneske er i dag sprekare enn forgjengarane sine, og er dermed også sprekare enn dei sjølv trudde dei ville bli (Daatland 2008:11). Det at vi blir både eldre og sprekare er noko positivt. Gløymmer ein dette?

Kanskje er noko av grunnen til den store skepsisen mot eldrebølgja at vi ikkje veit korleis framtida vil bli? Daatland med fleire hevdar at dei demografiske endringane vi har sett i familien dei siste tiåra, med fleire skilsmisser, fleire einslege og færre generasjonshushald rører ved sjølve fundamentet for familien som ein omsorgsinstitusjon (2012:20). Demografiske skiftingar vil blant anna påverke eldreomsorg og eldrepolitikk. Vil eldre også endre seg? Blir dei påverka av «kravet om å verte sjølvhjelpete»? Skaper det nye former for fellesskap?

### **Morgondagens eldre**

Rapporten «Morgondagens eldre» hevdar at nye generasjonar av eldre vil skilje seg frå dagens (Slagsvold and Solem 2005:9). Stemmer dette? Kor annleis vil dei bli? Samfunnsutviklinga har stor innverknad her. Kommande generasjonar har delteke i moderniseringa av samfunnet, og har hatt ulik oppvekst og livsvilkår enn tidlegare generasjonar. Dei vil vere høgare utdanna, ha andre familiestrukturar og andre verdjar.

Resultatet blir at morgondagens eldre har sterkare individualistiske verdiar og mindre kollektivistiske verdiar, sjølv om forskjellane er små. Skal vi tru forfattarane av rapporten vil tradisjonalistiske verdiar svekkast, og realisering av eigne mål og verdiar stå sterkt hos morgondagens eldre. Dei vil altså bli mindre kravlause og meir kravstore (Slagsvold and Solem 2005).

Ikkje alt endrar seg. Likeins med dagens eldre vil morgondagens eldre også oppleve å få svekka helse. Om sterkare individualistiske verdiar blir ein realitet blant denne gruppa, kan konflikthar med å tilpasse seg realiteten at alle blir gamle og døyr oppstå (Slagsvold and Solem 2005:46). «Målet er å dø ung, så sent som mulig» vert det sagt. Alle eldast, men ein skal helst ikkje bli gamal, er det slik? Daatland seier at aldriing både fornærmar og provoserer oss. Ingenting står i dag i vegen for det moderne menneske, bortsett i frå alderen (Daatland 2008:9). Ein kan prøve å forhindre og skjule alderdommen med alle slags tips og triks, sunn mat og fysisk aktivitet, men til slutt vil alderen nå igjen alle. Det er noko som ikkje let seg styre, og det provoserer.

Daatland hevdar at då ein innsåg at ingen kom til å leve for alltid, og ingen klarde overvinne døden, sprang det fram ein ny konkurranse; vellukka aldriing. Omgrepet samanliknar livsløpet med noko ein kan tape eller vinne (2008:39). Også i offentligeita vert det fokusert mykje på kva ein mister ved auka alderdom, samt svekking og tap av funksjon. Å jobbe for å oppretthalde alle funksjonar blir naudsynt, og aller helst vil vi alle vere mykje yngre enn vi er. Kvifor er det slik at alderdommen blir noko negativt, ein konkurranse om å kome best i frå den, og eit mål på alt ein ikkje lengre kan og er? Kven er det som er mest redd for alderdommen, og vil ha ein aktiv alderdom? Er det dei eldre som har levd i 80 år, eller er det heller dei yngre generasjonane som veks opp med ei haldning om at det berre er fælt og bli gamal? Yngre menneske trur at eldre trivst mindre enn dei gjer, og meiner eldre har meir grunn til å vere misfornøgdde enn dei eldre sjølv tykkjer (Daatland 2008:35). Når dei eldre sjølv ikkje fargar eit heilgrått og trist bilete av alderdommen, kvifor gjer andre det? Kvifor ser ein berre ein gamal kropp som forfell, blir skrukkete og udugeleg når eldre kjenner seg som dei alltid har gjort? (Hjort 2005:19).

## Oss og dei

Kva har det å seie for fellesskapet mellom eldre at det kategoriserast slik? «Alderisme» er eit omgrep som vaks fram for nesten 30 år sidan, der eldre menneske blir gjort annleis enn oss, dei har ikkje lenger same behov og verdiar, dei er ikkje lenger folk, men blir til «ting» som ikkje lengre har rett til det same gode livet som oss andre (Daatland 2008:14). «Alderisme» tillét yngre generasjonar å betrakte gamle menneske som forskjellige og mindreverdige (Bondevik 2000:65). Vi skil mellom «oss» og «dei» og diskriminerer og kategoriserer på bakgrunn av alder. Bauman & May (2004) seier at om ein ikkje lukkast i å passe inn i samfunnets ønskelege og godtekne kroppsformer kan ein lettare utsetjast for dagleg diskriminering (:123). Ein gamal og skrøpeleg kropp gjer teikn til omverda om at ein er oppbrukt og svak. «Dei» gamle blir ei gruppe «vi» ikkje ynskjer å høyre til eller identifisere oss med. Kva gruppe vi sjølv identifiserer oss med, vil slik ha automatiske konsekvensar for korleis vi ser på dei gruppene vi ikkje er ein del av. I denne oss/dei-diskursen er nettopp dette med identifisering det viktigaste, der “dei” representerer noko som er fundamentalt forskjellig frå “oss” (Solvang 2000).

Korleis ein kan unngå eller utsette alderdommen er eit stadig populært tema. Det har blitt skapt eit inntrykk av at aldring og naturlege prosessar kan «kurerast». Slik Lian seier så har helse blitt ei vare (Lian 2007). Marknadsideologien som pregar samfunnet med stoff om kropp, trening og helse er sentrale i det som kan omtalast som ei medikalisering av kropp. Også legemiddelindustrien og andre helseprofesjonar bidreg til denne medikaliseringa (Kirkevold 2012). No er det helse og «fitness» som er blitt normaliteten, og «idealpasienten» klarar å kurere seg sjølv. Eldre i dette paradigme blir den idealgamle som klarar halde seg frisk og forsinke alderdommen. Alderdom er noko unormalt, ved å oppretthalde helse kan ein oppretthalde normalitet (Pickard 2011). Å ikkje ha god helse kan bli ein risiko slik Lupton ser det. Inaktivitet, usunt kosthald, alkohol og tobakk er alle risikofaktorar for dårleg helse. Kroppen blir eit symbol på denne risikodiskursen, dei som klarar å oppretthalde normale kroppar har mindre risiko (Lupton 1999).

Ulikt frå mange andre grupper vi kategoriserer etter, som kvite, svarte, funksjonshemma, funksjonsfriske, tjukke og tynne så vil alle etter kvart bli ein del av gruppa eldre. «Dei eldre» blir til «oss eldre», og ein må på nytt finne identiteten

innanfor den gruppa ein no høyrer til. Korleis er dette? Kva om det å bli ein sjukeheimsbebuar alltid har vore ein skrekk, og så er ein til slutt nøydd til å godta alderdommens krefter og flytte? Ein kjenner seg gjerne ikkje heime i gruppa, ein kjenner seg ikkje mentalt gamal, men kroppen vil ikkje lengre samarbeide. Aldrande kroppar som held seg spreke har mindre risiko for å bli avhengige av andre og hamne på sjukeheim. For å halde seg ung lengst mogleg finst mange virkemiddel. Fysisk aktivitet er ein av dei.

### **Eldre og fysisk aktivitet**

Det finst mykje litteratur om eldre, med stikkord som blant anna aktiv alderdom, fysisk aktivitet, trening, helsefremmande og førebyggande aktivitetar. Globalt er den aldrande jordkloden eit sentralt tema. Verdas helseorganisasjon kom i 2002 med rapporten "Active Ageing: A policy framework". Målet var å informere og diskuterte utfordringane ved den aldrande befolkninga. «Korleis fremje ein sunn og aktiv alderdom?», «korleis hjelpe eldre med å vere sjølvhjelpne så lenge som mogleg?», og «korleis kan livskvaliteten til eldre betrast?» er nokre av spørsmåla som diskuterast (WHO 2002). Fysisk aktivitet vert skildra som ein viktig førebyggande og helsefremjande faktor for å halde eldre friske, i lag med ein sunn livsstil og sunn mat. Verdas helseorganisasjon argumenterer også for at land har råd til å bli gamle om regjeringar, internasjonale organisasjonar og det sivile samfunn jobbar for ein politikk som fremjar aktiv alderdom, helse, deltaking og tryggleika til eldre (WHO 2002:6).

Også i Noreg vert det satsa på førebyggande arbeid. Stortingsmeldingane «Resept for et sunnere Norge» og «Samhandlingsreformen» er dømer på dette (St.meld.nr.16 (2002-2003) ; St.meld.nr.47 (2008-2009)). For å førebygge meir ligg det eit potensiale i å motivere befolkninga til auka fysisk aktivitet. I 2009 kom "Aktivitetshåndboken" som er tenkt som eit verktøy i arbeidet med å legge til rette for og fremme fysisk aktivitet. Kapitlet om eldre påpeikar at regelmessig fysisk aktivitet og trening kan førebygge og redusere forskjellige aldersrelaterte endringar (Lexell, Frändin et al. 2009).

Helsegevinsten av fysisk aktivitet er den same for alle aldersgrupper, og eldre menn og kvinner kan betre kondisjon, uthald, balanse, styrke og evna til rørsle står det vidare. Eldre som ikkje har trena på lenge vil også ha gode effektar av å starte trening som gamal då eldre musklar er like tilpassingsdyktige som yngre musklar. Fysiologiske



effektar av trening er godt dokumentert, men når det kjem til psykologiske faktorar er det mindre sikkert. Ein ser ein positiv samanheng mellom kondisjon- og styrketrening og psykologisk funksjon, men spesifikke retningslinjer manglar. Det sosiale miljøet rundt aktiviteten har også mest sannsynleg ein positiv innverknad på hukommelse, tankeevne, initiativevne, humør og helseoppleving (Lexell, Frändin et al. 2009).

I rapporten “Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge – resultater fra en kartlegging i 2008 og 2009” publisert av Helsedirektoratet, kan vi summert lese at fysisk aktivitet er ein viktig førebyggande faktor når det gjeld tidleg død, hjarte- og karsjukdommar, høgt blodtrykk, overvekt og fedme, type 2-diabetes og enkelte kreftformer. Regelmessig fysisk aktivitet betrar også mental helse og er heilt nødvendig for muskel-, skjelett- og leddhelse (Andersen, Hansen et al. 2009).

Fleire andre studiar framhevar også fysisk aktivitet som ein viktig faktor for å styrke eiga helse, auke eigenomsorg og sjølvstende samt redusere avhengigheit. Potensialet for å gjere eldre sjølvhjelpne lengre ut i alderdommen skildrast som stort. Då er det viktig at eldre får tilbod om aktivitetsmoglegheiter innanfor rammene av kva den enkelte har ynskje om, og kapasitet til. Tilrettelagde tilbod i nærmiljøet er viktig for dei eldre, og meir kunnskap om eldre sitt behov for tilbod og organisering trengst (Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) ; Bergan 2002; Andersen, Hansen et al. 2009).

### **Styrketrening**

For eldre kan svekka muskelstyrke hindre dei i å utføre daglege gjeremål. Helbostad med fleire påpeikar i si bok «Aldring og bevegelse: fysioterapi for eldre» at med styrketrening kan ein trene utvalde muskelgrupper, og slik trene opp igjen spesifikke funksjonar som eldre kan ha mista (2007:104). Forfattarane skildrar oppvarming, repetisjonar, kor mange seriar, kor ofte og med kva belastning eldre kan trene (Helbostad, Granbo et al. 2007). Jorunn Helbostad har også utforma ein presentasjon om fysisk aktivitet til sjukeheimsbebuarar. Her skildrast korleis eldre kan trene styrke, balanse, koordinasjon, uthald og rørsletrening og kva effektar slik trening har (Helbostad 2010). Andre har også vist at maksimal styrketrening kan auke styrken hos eldre (Østerås, Rygvik et al.).

Fleire mastergradsoppgåver har undersøkt effekten av styrketrening for eldre. Andersen har gjennomført ein studie der effekten av tre ulike treningsregimer på muskelmasse, muskelstyrke og fysisk funksjon hos eldre vart samanlikna. Alle tre formene for styrketrening viste ei auke i total muskelstyrke (Andersen 2009). Cumming har sett på effekten av tradisjonell styrketrening og funksjonell styrketrening hos eldre menneske (2009), også her opplevde ein auke i maksimalstyrke hos begge gruppene. Dalene har sett på kva effektar fysisk aktivitet i form av styrketrening har på beinmineraltettleiken hos eldre, og kome med resultat som syner ein positiv samanheng (2010). Undrum har undersøkt effekten av trening på kroppssamansetning, og funne resultat som seier at sjølv i høg alder vil ein kunne endre kroppssamansetning og auke muskelstyrken med både styrke- og uthaldstrening (Undrum 2010).

### Uthaldstrening

Det er gjort undersøkingar som viser at oksygenopptaket vert redusert med aukande alder, blant anna frå Fosse (2010). Som for styrketrening har Helbostad med fleire tilsvarende tilrådingar for uthaldstrening; korleis kan eldre gjere intervalltrening, kor lenge kan eldre trene uthald, med kva intensitet, kva treningsform, kor ofte og kor hardt kan dei trene. Generelt vert det vektlagt at intensitet er avgjerande for effekten når det kjem til dei fleste typar trening. Forfattarane trekkjer også fram rørsletrening som naudsynt for å klare dagleglivets oppgåver, men at det ikkje bør prioriterast framfor styrke- eller uthaldstrening då desse treningsformene er viktigast for dei eldre (Helbostad, Granbo et al. 2007:108-109).

Hos eldre i pleieinstitusjon er det vist at aerobic kan ha ein innverknad på psykologiske og fysiske sjølvrapporterte endringar. Både menn og kvinner rapporterte meir positive kjensler knytt til helse etter deltaking i aerobicgrupper (Rabaglietti, Liubicich et al. 2011).

### Andre former for aktivitet

Effektar av styrke- og uthaldstrening for eldre er godt dokumentert. Kva effekt har andre former for aktivitet? Song har vist seg å ha effekt på lungefunksjon og livskvalitet hos kols-pasientar (Bonilha, Onofre et al. 2009). Musikk kan også gje mindre uro, angst og mindre kjensle av mismot om ein tilpassar individuelt (Kloster 2011). Eldre i dag er

ein generasjon som gjerne har delteke i song og kor, difor kan musikk tenkjast å vere ein viktig aktivitet for denne gruppa.

I Storbritannia undersøkte forskarar effekt av sosial og kreativ aktivitet på helse og velvære hos eldre isolerte menneske (Greaves and Farbus 2006). Resultat viste ei betring av eldre sitt nettverk og kontakt med andre i nærmiljøet. Johansen og Røsnes har i sin rapport også sett på sosialt nettverk for eldre. Dei påpeikar at sosial isolasjon er eit stort samfunnsproblem. Familieband og sosiale relasjonar svekkast, som kan gje svekka livskvalitet, utryggheit og redusert helse. Å auke frivillig innsats vert trekt fram som ein av utfordringane i samband med dette. Saman med offentleg tilrettelegging kan frivillige tilby aktivitetar som kan skape helsefremmande prosessar der sosial einsemd og isolasjon brytast (Johansen and Røsnæs 2011). Rapporten manglar konkrete forslag til kva slike aktivitetar kan vere. I Kina har ei undersøking vist at åtte vekers deltaking i innadørs hageaktivitetar har positiv effekt på sosiale nettverk og tilfredshet med livet (Tse 2010).

På bakgrunn av eiga forskning konkluderer Hansen med at meningsfulle aktivitetar er trivselsskapande for eldre bebuarar på sjukeheim. Meningsfulle aktivitetar i dette tilfelle er til dømes at eldre får kome seg ut, få frisk luft og oppleve naturen (Hansen 2010). Richter har sett på korleis sjukepleiarar kan førebygge einsemd hos eldre på sjukeheimar, og konkluderer med at det finst lite handfast litteratur med skildring av konkrete tiltak. Haldningar og handlingar til sjukepleiarar, som merksemd, respekt og interesse vert trekt fram som faktorar som kan betre livssituasjonen til eldre bebuarar (Richter 2011).

Fimreite har undersøkt kva betyding sosial støtte frå vener og familie samt forventning om meistring har i forhold til å tilfredsstille tilrådingane om fysisk aktivitet hos personar frå 20-85 år. Undersøkinga viste at familiestøtte var viktigast i den eldste aldersgruppa (Fimreite 2010).

Ei undersøking frå 2010 som undersøker forskjellane mellom erindring i grupper og erindring åleine, konkluderer med at gruppemedlemsskap spelar ei viktig rolle for å vedlikehalde og fremme helse og trivsel (Haslam, Haslam et al. 2010). Artikkelen diskuterer om det er gruppemedlemsskap i seg sjølv eller den fysiske aktiviteten som i

mange tilfelle gir positive samanhengar. To artiklar frå forfattarane Gleibs med fleire viser at det sosiale ved aktivitetar gjer positive effektar på helse, uavhengig av kva aktivitet det er (Gleibs, Haslam et al. 2011; Gleibs, Haslam et al. 2011).

### **Inaktivitet**

Inaktivitet er vist å auke med alderen (Andersen, Hansen et al. 2009; Rantakokko, Iwarsson et al. 2010). I "Handlingsplan for Fysisk Aktivitet" kan vi lese at i aldersgruppa 67-79 år er det 32 % som aldri mosjonerer, og berre 6 % av dei eldre tilfredsstillar tilrådinga om ein halv time fysisk aktivitet dagleg. Eldre oppgjer helseproblem, høg alder og redsel for skader som dei viktigaste barrierane for å vere fysisk aktive (Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009)). Det er i dag lett å vere fysisk passiv. Maskiner har avlasta muskelkraft i mykje arbeid, og ein nyttar seg av transportmiddel når ein skal frå ein plass til ein annan. For eldre som ikkje lenger er i jobb, vil den kvar dagslege aktiviteten med å kome seg til og frå jobb, og det ein hadde av aktivitet på jobb, forsvinne, som gjer det endå lettare for eldre å vere fysisk passive. Muskulatur som ikkje vert brukt vert svekt, dette gjeld også hjartemuskulaturen. Andre følgjer av inaktivitet er at funksjonen til ledd svekkast, og i vektberande ledd som hofter og kne blir brusken tynnare. Kalktap som følgje av inaktivitet kan føre til beinskjørheit, og nedsett blodomløp kan føre til smerter i underekstremitetane. Fysisk inaktivitet er også forbunde med fordøyingsproblem, reduksjon i stoffskifte, utvikling av overvekt og fedme, høgt blodtrykk, nedsett glukosetoleranse, og høgare verdiar av feittstoff i blodet, samt psykiske problem som depresjon (Helbostad, Granbo et al. 2007:102-103).

### **Oppsummering av litteratur**

Inaktivitet er ein sentral risikofaktor for auka tilfelle av død, sjukdom og reduserte funksjonar i eldre år. Eksisterande litteratur dokumenterer effektar av fysisk aktivitet for eldre godt. Fysisk aktivitet er medisinen som kan redde oss frå alle livsstruande risikofaktorar. Undersøkingar viser at personar som er aktive etter myndigheitene si tilråding kan vente å leve 3,25 år lengre enn inaktive personar. Er ein svært aktiv kan ein vente å leve heile 5-6 år lengre enn inaktive (Sælensminde and Torkilseng 2010). Fysisk aktivitet kan også gje psykologiske effektar til dømes ved at humør og livskvalitet påverkast i ein positiv retning (Bahr 2009). Summert kan fysiske og

psykologiske effektar av ulike former for fysisk aktivitet seiast å vere godt dokumentert. Fysiske effektar er kanskje best dokumentert, som kan ha ein samanheng med at desse effektane har vore enklare å måle.

Kven dei eldre er, korleis dei er, og korleis dei kjem til å bli er også forska ein del på. Framtidas eldre slik vi ser på dei som ressurssterke, spreke og lystne på opplevingar skildrast som «den tredje alder». Eldre her har kapasitet, krefter og funksjon til å vere fysisk aktive og leve etter retningslinjene frå statleg hald og media. «Den fjerde alder» er neste steg, når ein blir skrøpeleg og hjelpetrengande (Slagsvold and Solem 2005). I norsk samanheng finst det mykje litteratur om eldre på sjukeheimar. Mykje av det eg har funne er skrive av sjukepleiarstudentar, og omhandlar einsame eldre på sjukeheimar, korleis ein kan skape trivsel, og korleis eldre har det. Forsking på kva sosialt samvær, samhandling, fellesskap og deltaking i felles aktivitetar har å seie for eldre bebuarar på sjukeheim er det i norsk samanheng vanskelegare å finne litteratur på. Litteraturen om fysisk aktivitet og eldre er stort sett individretta, og fokusert på korleis eldre kan trene, og korleis barrierar eldre har for å trene kan overvinnast. Vi ser ei medikalisering av alderdommen når alderdom blir noko ein kan kurere. Helst vil vi ikkje ha eldre som utgiftspostar, men eldre som klarar seg sjølv? Vi ser statlege retningslinjer for korleis eldre kan realisere seg sjølv som «aktive eldre», som minner om paternalisme på den måten at «det er det beste for deg sjølv om du lever sunt og held deg aktiv, slik at du klarar deg sjølv». Det kan synast som om ein ikkje har lov til å bestemme over eigen kropp, det forventast at ein deltek aktiv for å fremme helsa til befolkinga.

Finst det former for aktivitet som er meir viktig og riktig enn andre former? Kven bestemmer og lagar råd for fysisk aktivitet, korleis kan råda hemme og fremme fysisk aktivitet? Det er eit stort fokus på individretta trening, kva med trening i grupper? Kva er sosiale og strukturelle vilkår for deltaking? Dette er nokre av spørsmåla eg har stilt meg når eg har gått gjennom litteraturen eg har funne.

## **Problemstilling**

I mastergradsoppgåva mi vil eg prøve å undersøke noko av dette nærare. Eg vil forsøke å utfordre folkehelseperspektivet på fysisk aktivitet, og undersøke kva andre måtar

eldre kan vere aktive på, og kva meir som skjer når eldre kjem saman i aktivitet. Eg vil også sjå på metodar for å skape fellesskap blant eldre, og kva felles aktivitetar kan tyde for eldre.

Problemstillinga mi er todelt:

- 1) *«Korleis kan aktivitetar setjast i gang på måtar som skapar fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim?»*.
- 2) *«På kva slags måte kan organisering av aktivitetane både skape fellesskap og utstøying?»*.

## Metodiske tilnærmingar

### Val av forskingsdesign

For å finne ut om deltaking i felles aktivitetar kan ha noko å seie for kvardagen til eldre, må eg finne fram til dei midla som er best egna til målet mitt (Everett and Furseth 2004). Det vil seie at eg tar utgangspunkt i det eg ville undersøke når eg bestemmer meg for metode. For å skildre eit forskingsdesign må forskingsmetode, strategiar for forskning og vitskapleg verdssyn vere med (Creswell 2009).

### Forskingsmetode

Kvalitativ forskning blir skildra som verktøyet for å utforske og forstå meininga bak det individ eller grupper legg i eit sosialt eller menneskeleg problem (Creswell 2009:4). Dette kan samanliknast med sentrale prinsipp i samfunnsarbeid, som også handlar om kva som kan skapast i det kollektive når menneske går saman (Tesoriero 2010). Ein av grunnane til at eg valte kvalitativ forskning er at eg ved bruk av denne metoden kan syte for samhandling med informantane, og slik skape materiale gjennom innsamling av informasjon (Alver and Øyen 1997:130).

Det finst mange ulike metodar for å samle inn kvalitativ data. I samfunnsforskinga er ein av dei mest sentrale kvalitative metodane deltakande observasjon. Som det ligg i namnet tyder det å følgje menneska eg studerer og delta saman med dei i deira samanhengar. I tillegg til å delta og observere tillèt metoden meg også å samtale med deltakarane. Det gjer at eg kan delta i felles aktivitetar saman med bebuarane, og etterpå gå inn i samtalar for å oppdage deira fortolking av det eg nettopp har

observert (Fangen 2010:28). Å jobbe slik interesserer meg fordi det er ein unik moglegheit til å studere menneske si samhandling og språkbruk (Fangen 2010:9), men også fordi det gjer at eg får moglegheit til å delta i dei aktuelle aktivitetane, og angripe tema frå fleire kantar. Målet med deltakande observasjon er å trenge så djupt inn i feltet som mogeleg (Eriksen and Eraker 2010:36).

### Strategiar for forskning

Som deltakande forskar er eg godt førebudd på å møte andre menneske og skape eit forhold til andre menneske (Album, Hansen et al. 2010). Med deltakande observasjon som metode kan eg ikkje unngå å få ein subjektiv posisjon sidan eg inviterer til samhandling og samtale med dei eg studerer. Eg er nøydt til å *både* involvere meg i samhandling med andre samstundes som eg observerer kva dei føretek seg (Fangen 2010:29). Tilnærminga mi avgjer derimot om forholdet mellom oss blei mest prega av ein subjekt- eller ein objektposisjon (Fangen 2010:14). Det vil seie at eg heile tida vekslar mellom å delta og observere, altså å vere deltakande observatør eller observerande deltakar.

For meg vart den enklaste måten å kombinere desse to handlingsprinsippa på å velje å delta mest mogleg på lik linje med resten av bebuarane. I nokre aktivitetar passa det best å delta som ein av arrangørane, medan andre gongar vart eg rein observatør. Dette hadde gjerne samanheng med kor mange deltakarar og andre tilsette som var til stades. Mange av aktivitetane eg deltok i var basert på musikk som gjorde at det somme tider var vanskeleg å småprate med bebuarane undervegs. Eg valde då og danne små samtalegrupper med nokre av bebuarane etter at aktivitetane var ferdige. Ei meir grundig skildring av staden og aktivitetane eg deltok i kjem seinare.

### Vitskapleg verdssyn

Innan sosiologien skil ein gjerne mellom to paradigme, faktaparadigmet og handlingsparadigmet. Handlingsparadigmet er enkelt å relatere til samfunnsarbeid, då utgangspunktet i handlingsparadigmet gjerne er den sosiale handlinga, altså opphavet til sosiale relasjonar gjennom samspel med andre. Det handlar om korleis individa i kollektiv handling kan påverke strukturane, og ikkje omvendt (Gilje and Grimen 1993). Noko av kjernen i samfunnsarbeid er nettopp kollektiv handling, og kva som skapast når menneske går saman. Ved å delta i felles aktivitetar saman med eldre bebuarar på

sjukeheim, vil eg sjå på kva sosial deltaking har å seie for fellesskapet til dei eldre bebuarane her. Kva skapast mellom menneska, og korleis påverkar dette dei eldre sin kvardag? Kva strukturelle og sosiale forhold eksisterer på sjukeheimen som påverkar dei eldre sin kvardag?

For å lukkast i dette er det ikkje nok å berre forstå *kva* som skjer mellom dei eldre, men også *kvifor* det skjer. Det er dette Karlsen (2009) omtalar som *fortolking*, som har ein sentral plass i samfunnsvitskapen. I arbeidet med å tolke informasjonen kan eg spørje «*korleis skal eg forstå dette*»? Læra om fortolking er hermeneutikken, og hermeneutikken er i utgangspunktet ein metode for å få fram meininga i ein tekst (Karlsen 2009:12-13). Ein hermeneutisk fortolking for å forstå kva som skjer i aktivitetane eg deltek i blir sentralt. Men, når eg skal fortolke det dei eldre seier og gjer, fortolkar eg ei verd som allereie er fortolka, av dei eldre sjølv. Forholdet mellom desse fortolkingane kallast dobbelt hermeneutikk (Gilje and Grimen 1993; Karlsen 2009). Å nytte seg av dei termene og omgrepa dei eldre sjølv brukar blir viktig for å sikre ei truverdig skildring av det som skjer. Like viktig er det at eg som forskar nyttar meg av teori og omgrep som eg meiner er relevant for oppgåva (Karlsen 2009).

Det eg forstår, forstår eg i relasjon til den samanhengen det førekjem i, i samspel med kunnskap eg har med meg frå før, og det eg tileignar meg i prosessen med analysen etterpå. Teorien som er valt som bakgrunn for prosjektet er basert på kunnskap frå tidlegare utdanning. I møtet med innsamling av ny kunnskap, både eksisterande litteratur og datamateriale frå feltarbeidet, oppstår prosessar som skapar nye tankar. Desse er med å forme prosjektet mitt, at ein har kjennskap til prosessane vil vere viktig i forskingsarbeidet. Å systematisere og kategorisere både litteratur og datamateriale vil vere naudsynt for å finne mønstre og samanhengar. Likeins vil arbeidet med analysen fremje nye idear og tankar. Eg vekslar mellom å fokusere på teori og empiri, som gjer at dette arbeidet er ein dynamisk prosess som heile tida er i utvikling (Grønmo 2004; Karlsen 2009).



## Framgangsmåte

### Førebuingar

I studiegangen min har tema eldre og aktivitet vore gjennomgåande, men eg har mangla erfaringar frå institusjonsbasert eldreomsorg. Det var difor viktig at eg på førehand av feltarbeidet noterte ned det eg visste om felten, samt kva eg trudde eg kom til å finne i miljøet eg skulle studere. Ei av dei største utfordringa med ein slik type forskarrolle som eg har valt er nettopp å vere kritisk til eiga forskning og funn (Album, Hansen et al. 2010). Å ha notatar frå før prosjektet starta har gitt meg moglegheit til å gå tilbake og samanlikne dei opphavlege tankane mine med funn eg har gjort undervegs (Fangen 2010:44). Til dømes fann eg fleire aktivitetar enn eg trudde eg ville finne, og fekk utfordra synet mitt om at alle aktivitetar berre er positivt og kjekt for bebuarane. Dette vil eg diskutere i essaya mine.

Det bildet eg danna meg av eldre under studiane i folkehelsearbeid samsvarar ikkje med fleirtalet av eldre eg har møtt i dette prosjektet. Det eg hadde av tankar og oppfatningar kring eldre bebuarar på sjukeheim har endra seg med nye erfaringar frå feltarbeidet. Å skrive ned tankar på førehand har vore eit hjelpemiddel for å vere medviten denne prosessen (Fangen 2010:44), samt at det har bidrege til at eg klårare har sett kva det er eg har oppdaga. For ein forstår alltid noko nytt på grunnlag av det ein bærer med seg av førforståing, om det er språk, omgrep, tru eller personlege erfaringar (Gilje and Grimen 1993:148), og desse fordommane som Gadamer kalla dei er naudsynte for å i heile teke få forskinga vidare. Karlsen (2009) seier at ein kvar samfunnsforskar i ei eller anna grad vil vere påverka av eigne erfaringar i sine skildringar og forklaringar (:15). Korleis kan eg utfordre meg sjølv og nytte seg av desse fordommane? Eg har i mastergradsprosjektet mitt oppsøkt eit felt eg veit lite om, eldreomsorg, og møtt det på grunnlag av noko eg veit mykje om, folkehelsearbeid. Det har til dømes utfordra det synet på fysisk aktivitet som folkehelselitteraturen mykje nyttar seg av.

I tillegg til eigne tankar og oppfatningar, er det å undersøke og gjere greie for kva for forskning og litteratur som allereie eksisterer på feltet viktig. Dette for å lage ei teoretisk ramme der eg plasserer oppgåva mi (Everett and Furseth 2004:98), og for å unngå at eg gjer noko som har blitt gjort tidlegare (Fangen 2010:44).

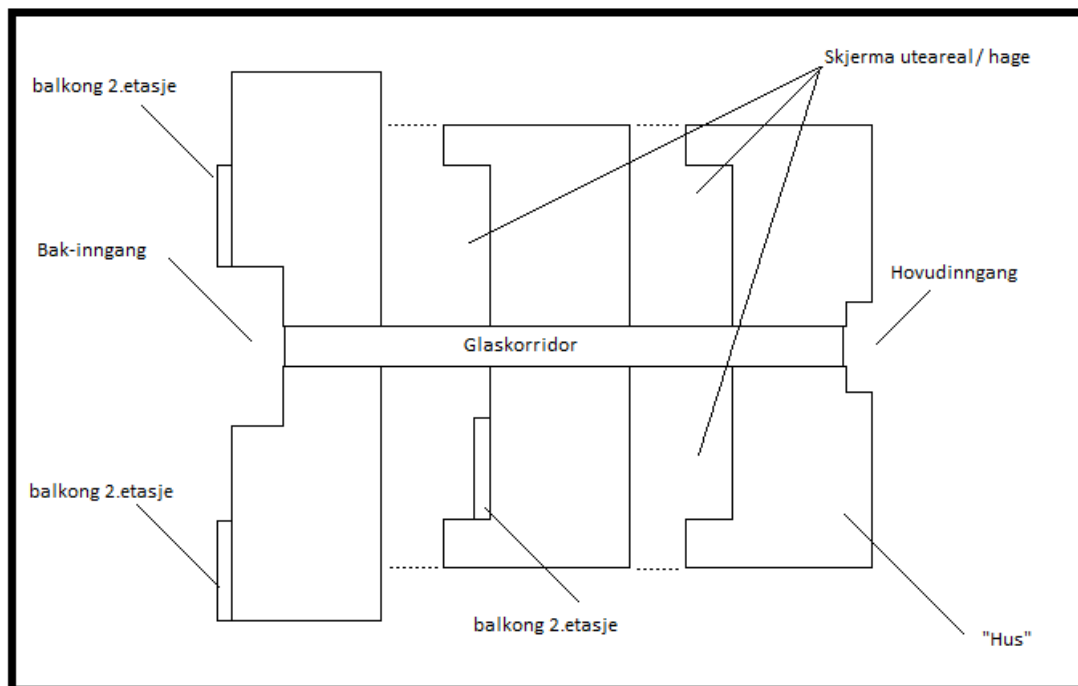
## Å finne eit felt

I februar 2011 vart eg styremedlem i stiftinga *Livsglede for Eldre* si lokalforeining i Bergen. *Livsglede for Eldre* er ei landsomfattande stifting som fokuserer på å gje pleietrengande eldre eit påfyll av livsglede i kvardagen, og eit tilbod om felles aktivitetar. Det er eit supplement til det offentlege tilbodet i Noreg, og vert drive på lokalnivå av frivillige. I løpet av våren 2011 arrangerte stiftinga folkemøte og teaterbesøk med eldre bebuarar frå to sjukeheimar i Bergen. Samtidig skulle eg byrje på arbeidet med prosjektplanen for mastergradsoppgåva. Eldre er ei samfunnsgruppe som har interessert meg mykje som student, og eg fekk ideen om å undersøke kva ei stifting som *Livsglede for Eldre* kunne bidra med for eldre bebuarar på sjukeheim. Prosjektplanen vart klar og godkjent i juni 2011, og målet var å starte prosjektet i august 2011. Styret hadde planlagt ulike aktivitetar utover hausten, som dans, turar og foredrag, og eg ville delta i aktivitetane som deltakande forskar.

Første utfordring kom då eg måtte endre korleis eg skulle få tilgang til feltet. I løpet av sommaren 2011 vart styret oppløyst, og alle dei planlagde aktivitetane avlyst. Arbeidet med å danne nytt styre kom seint i gong, og var ikkje klart før mot slutten av året. Eg håpte fortsatt at datamaterialet mitt kunne samlast inn gjennom deltaking i aktivitetar i regi av stiftinga. Det viste seg at det tok lang tid å planlegge aktivitetar for 2012, og eg måtte finne ein annan måte å samle inn data på. Eg kontakta dei vidaregåande skulane i området som hadde prosjektbaserte aktivitetar knytt til *Livsglede for Eldre*, men dei hadde lite planlagt i dei aktuelle månadane. Løysinga vart at eit av medlemmene i det nye styret arbeidde som aktivitør på ein sjukeheim, og eg var velkommen til å delta i aktivitetar her. Eg endra prosjektet mitt frå å omhandle aktivitetar i regi av *Livsglede for Eldre*, til å omhandle aktivitetar på ein sjukeheim. Kjernen i prosjektet var fortsatt felles aktivitetar for eldre bebuarar på sjukeheim.

Før eg skulle besøke sjukeheimen første gong fekk eg via e-post oppretta kontakt med musikkterapeuten, som i lag med aktivitøren har ansvaret for dei fleste aktivitetane på sjukeheimen. Sidan eg ville undersøke kva det å delta i felles aktivitetar har å seie for eldre bebuarar på sjukeheim var det desse to eg hadde mest kontakt med. Eg sendte ein kort presentasjon av meg sjølv og prosjektet. Prosjektet var også tema på eit personalmøte der leiarar og tilsette vart informert om deltakinga mi.

## Sjukeheimen

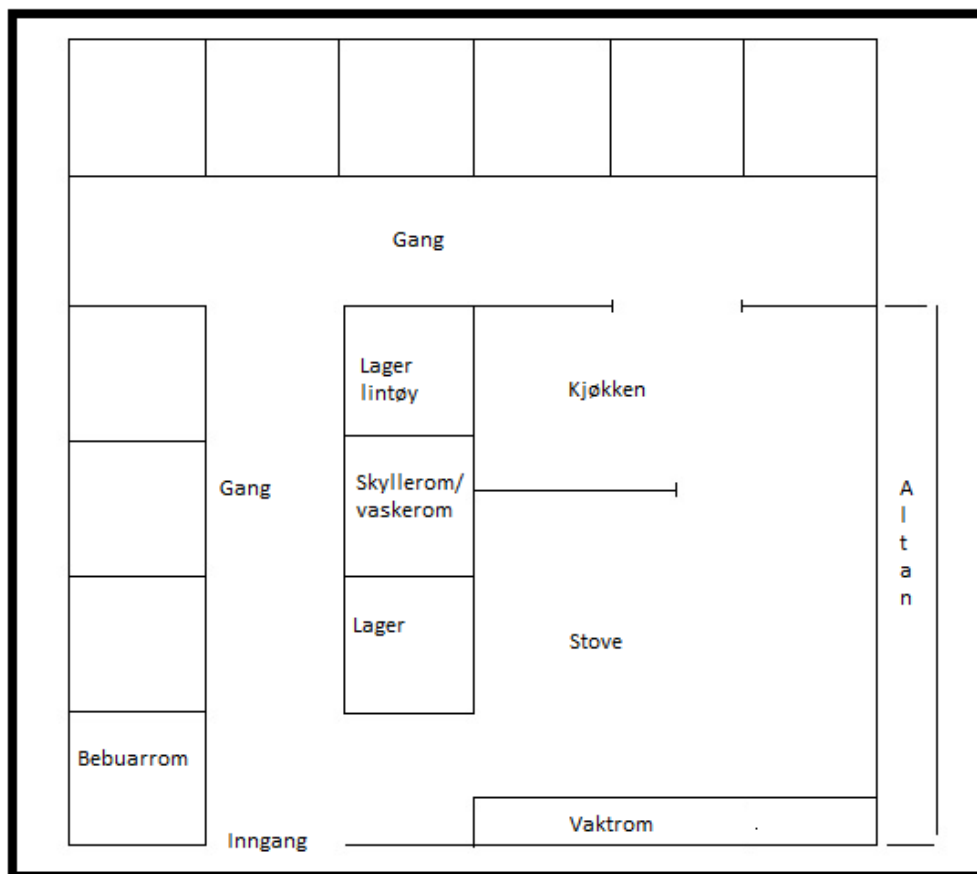


**Figur 1: Illustrasjon av sjukeheimen sett ovanifrå**

Sjukeheimen eg besøkte ligg i ein mellomstor by i Noreg. Den ligg eit godt stykke utanfor bykjernen, med meir landlege omgjevnader. Rundt er det fleire bustadhus i små byggjefelt. Hovudvegen går forbi ikkje langt i frå sjukeheimen, og her går det buss til og frå fleire andre bydelar. Det er ein ny, privat sjukeheim som stod klar for 8 år sidan. Sjukeheimen er eigd av kommunen, men har privat driftsavtale.

Sjukeheimen er fordelt på seks «hus». To og to hus heng saman, og utgjer ein «firkant». Til saman er det tre firkantar og to mellomliggende uteareal/hagar som utgjer heile sjukeheimen. På to av desse firkantane er det ein liten «arm» ut på sida som skjermar utearealet/hagen. For å binde saman sjukeheimen har dei ulike bygningane gjennomgåande glaskorridorar i 1. og 2. etasje. Området til sjukeheimen kan skildrast som ein stor rektangel. Det er tre ulike nivå på sjukeheimen, bakkeplansnivå, 1.etasje på bakkeplansnivå og 2.etasje. Det er heis mellom nivåa. Sjukeheimen består av både ein dagsenterdel og ein sjukeheimsdel. Det er to dagsenter, eit med plass til ti eldre og eit til tre autistar. Desse er i kvar sin ende av huset på bakkeplansnivå, og drivast av bydelen. I dagsenteret for ti eldre er det fysioterapirom, som også blir nytta av sjukeheimen. Det er lite kontakt mellom sjukeheimen og dagsenterdelen.

Hovudinngangen er på bakkeplan, og inneheld i tillegg til dei to dagsentra administrasjon, garderobe, tekniske rom, resepsjon, frisør, fotpleiar, stillerom, bårerom, pauserom og møterom. Sjukeheimen delt inn i ni avdelingar, med ti bebuarar på kvar avdeling. Seks avdelingar ligg i 1. etasje på bakkeplansnivå, ei i kvart «hus». Desse seks avdelingane har direkte utgang frå fellesareal til eigen skjerma hage på bakkeplan. Tre avdelingar ligg i 2.etasje. Desse tre avdelingane har eigen balkong, også med utgang frå fellesareal. På illustrasjonen over sjukeheimen har eg teikna inn desse tre balkongane i 2.etasje. Dei ligg rett over tilsvarande uteareal i 1.etasje som ligg på bakkeplansnivå. Dei resterande tre uteareala/hagane ligg i skjerma område som vist på illustrasjonen. I gangen i 1.etasje låg det også eit møterom, eit gjesterom og eit erindringsrom. Erindringsrom er eit rom med sofa og bord og gjenstandar som kan vekke gamle minner hos bebuarane. Her kan ein ta med seg familie eller anna besøk, eller tilsette på sjukeheimen. På bakkeplan i 1.etasje er det også ein bak-inngang frå parkeringsplass. I 2.etasje finnast eit legekontor, institusjonsbad og to akuttrom.



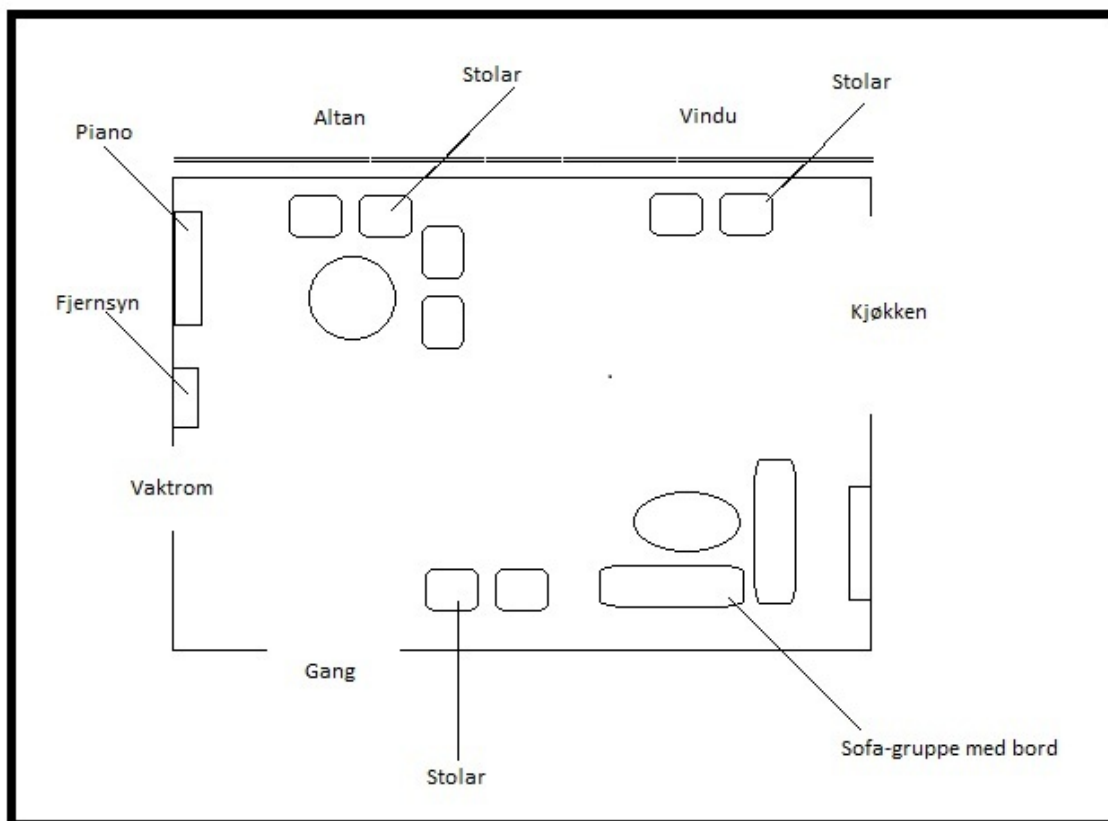
Figur 2: Illustrasjon av ei avdeling

Frå glaskorridoren som går gjennom heile huset i 1. og 2.etasje er det dører inn til dei ulike avdelingane. Når eg besøkte sjukeheimen var alltid desse dørene opne, og ein kunne gå ut og inn som ein ville.

Kvar avdeling har som nemnt plass til ti bebuarar. Alle desse har eige rom med bad. I tillegg er det felles stove og kjøkken, lager for lintøy, lager for hjelpemiddel, vaskerom, skyljerom og vaktstasjon/kontor på kvar avdeling. Alle ti avdelingane er nokolunde like store og likt bygd opp. Avdelinga er strukturert som ein sirkel. Fire bebuarrom ligg nedover gangen ein kjem inn i, og dei resterande seks romma ligg på langsida rett fram når ein kjem inn i gangen. På høgre eller venstre hand, avhengig av kva veg avdelinga er snudd, er det opning inn til stova. Vidare ned i gangen er det lintøylager, vaskerom og lager for hjelpemiddel. Føl ein gangen ned forbi desse romma, rundar hjørnet og følg gangen med seks bebuarrom kjem ein til kjøkkenet. Frå kjøkkenet er det opning inn til stova, og slik heng heile avdelinga saman som ein sirkel. Det at det er opning inn både til kjøkken og stove, gjer at bebuarane har kort avstand til fellesareala om dei bur i den eine eller andre enden av gangen. At avdelinga er strukturert slik gjer også at bebuarane kan gå rundt heile avdelinga i ein sirkel.

Fellesstova er eit stort, firkanta rom på alle avdelingane. Den er innreia som «ei vanleg stove» med sofa, bord, stolar, tv, blomster og pynt på veggane. Møblane såg like ut på kvar avdeling eg var på besøk hos. I den eine enden er det ope inn til kjøkkenet, der måltida tek plass. Eg var aldri på avdelingane når det var tid for mat, og såg sjeldan nokon opphalde seg der, bortsett i frå tilsette som lagde saft, steikte vaflar eller snakka saman med andre tilsette.

I den andre enden av fellesstova er vaktstasjonen. Dette er eit lite kontor, med pc og telefon. Når eg var på besøk var døra hit alltid lukka, både når det var tilsette til stades og når det var tomt. Frå fellesstova er det frå alle avdelingane tilgang til eit uteareal. Det går langs med kjøkkenet og stova på utsida, og har god plass til alle bebuarane. Avdelingane i 1.etasje hadde altan på bakkenivå, medan det i 2.etasje var balkongar.



Figur 3: Illustrasjon av fellesstova

## Aktivitetane på sjukeheimen

Tabell I: Aktivitetsplan for ein måned

	Mandag	Tirsdag	Onsdag	Torsdag
Veke 1	Bowling Bingo for alle	Erindring for avd.2 Musikkstund avd.1 Musikkstund avd.3&4	Musikkstund avd.5 Musikkstund avd.7&8	Musikkstund avd.2
Veke 2		Erindring avd.1 Musikkstund avd.2 Musikkstund avd.6&4 Musikkstund avd.1 Musikkstund avd.3&5	Musikkstund avd.6&7 Musikkstund avd.8	Musikkstund avd.9 Kor for alle
Veke 3		Musikkstund avd.2 Musikkstund avd.6&4 Musikkstund avd.1 Musikkstund avd.3&5	Andakt for alle	Felles dans
Veke 4	Bowling Erindring for alle	Eksternt kulturtilbod Musikkstund avd.2 Musikkstund avd.8&9	Musikkstund avd.1 Musikkstund avd.3 Musikkstund avd.4&7	Musikkstund avd.5&6 Kor for alle
Veke 5	Film-premiere	Musikkstund for avd.2 Musikkstund avd.5&4		

Tabell I viser oversikt over aktivitetane som vart arrangert på huset månaden eg besøkte sjukeheimen. Det var ikkje alle aktivitetane eg hadde anledning til å delta i. Eg var med på bowling, bingo, felles dans, kor for alle og på musikkstunder på fem av avdelingane. Eg valte bevisst å konsentrere meg om musikkstundene. Då dei føregjekk inne på dei ulike avdelingane var det enklare å få tak på samhandlinga mellom bebuarane her samanlikna med fellesaktivitetane for heile huset. Mykje av skildringane og funna mine vil difor basere seg på musikkstundene.

Aktivitetar vart arrangert frå måndag-torsdag. Fredag, laurdag og søndag vart det ikkje arrangert noko i regi av sjukeheimen. Eg var ikkje til stades på sjukeheimen dei dagane det ikkje vart arrangert noko. Nærare refleksjonar kring dette kjem nedanfor.

### **Musikkstunder**

Musikkstundene fann stad på fellesstova på dei ulike avdelingane. Når eg deltok var det mellom sju og ti bebuarar med. Det var ti bebuarar på kvar avdeling, som vil seie at det var to eller tre som ikkje deltok i nokre av musikkstundene eg var med i. Bebuarane sat stort sett på stova når eg kom. Nokre sat i stolar med hjul, medan andre sat i rullestolar av ulik størrelse, som gjorde det enkelt å flytte på bebuarane.

Musikkterapeuten ville gjerne samle bebuarane i ein halvsirkel slik at alle var vendt mot ho når det var musikkstund. I desse stundene deltok eg på lik linje med bebuarane. Eg hjelpte musikkterapeuten med å få piano og diverse anna utstyr på plass, sat meg ned i halvsirkelen som vart danna på fellesstova, og song i lag med bebuarane. Somme gonger hjelpte eg musikkterapeuten med å dele ut instrument og songhefter eller eg dansa med bebuarane. Det var etter musikkstunda at eg tre gonger danna uformelle samtalegrupper. Då vart vi gjerne sittande slik vi hadde gjort under musikkstunda, berre at pianoet og utstyret var fjerna. Somme av bebuarane forlèt fellesstova når musikkstunda var over, men dei fleste sat igjen slik dei gjorde før vi kom. Det gjorde at det var lett for meg å innleie til samtale etter at aktiviteten var ferdig. Eg deltok i musikkstunder på ulike tider av døgnet. Dei gongane eg danna samtalegrupper etterpå var det ikkje andre aktivitetar som skulle skje, som måltid eller liknande. Rett før eg avslutta eine gongen kom tilsette og hadde «spa-dag» for dei eldre, med manikyr og handpleie. Dei to andre gongane hadde eg uforstyrra samtalegrupper.

Musikkstunda med meir fokus på fysisk aktivitet fann også stad på fellesstova. Den gongen eg skulle delta i musikkstund med fysioterapi (fysmus) vart den avlyst. Musikkterapeuten gjennomførte då ei vanleg musikkstund, med litt fleire øvingar enn eg hadde sett før. Alle bebuarane sat, og det var ikkje naudsynt med meir plass til desse øvingane enn øvingane i musikkstundene. I tillegg deltok eg som nemnt i bowling, bingo, kor og dans.

### **Bowling**

Bowling vart arrangert på gangen mellom dei ulike avdelingane. Under mine besøk på sjukeheimen opplevde eg sjeldan å sjå folk i gongane, bortsett frå tilsette og ein av bebuarane som «vandra». Når det var bowling vart gangen derimot gjort om til ei bowlingbane. Bowlinga var eit tilbod til «Gutteklubben» som var mennene på huset. Det deltok åtte eldre menn når eg var med. Dei sat på stolar og rullestolar, på to rekker vendt mot kvarandre, fire stykk på kvar side. I midten låg ei matte, som stod tre kjepler på. Målet var å få ned alle tre kjeplene med ein ball som gjekk på omgang. Aktivitøren fortalde at blei ekstrapoeng til den som klarde å hive ballen ned trappa til første etasje.

### **Bingo**

Bingo vart også arrangert på fellestova. I motsetnad til musikkstunda som vart arrangert på kvar avdeling var bingoen felles for heile huset. Samanlikna med musikkstunda der mellom åtte og ti bebuarar deltok, var det om lag 30 bebuarar til stades på bingoen. Følgjeleg vart fellesstova mykje fullare, bebuarane sat tettare, og det var fleire tilsette til stades. Det gjorde også at bebuarar frå andre avdelingar måtte kome over på avdelinga der bingoen skulle haldast. Nokre vart difor nøydd til å skifte etasje. Fellesstova som bingoen vart arrangert på var lik dei andre stovene, med sitjemøblar, salongbord, gardiner og blomar. Det var opa løysing til kjøkkenet også her, som gjorde at det vart plass til fleire bebuarar.

### **Dans**

Dans vart arrangert på om lag same måten som bingoen. Den var felles for heile huset, og fann stad på ei avdeling. Sidan det kom trekkspelorkester vart det av plassomsyn sett ei grense på maks tre bebuarar frå kvar avdeling. Det var likevel ikkje så mange som kom, til saman var det om lag 20 bebuarar til stades. Nokre sat i rullestol, medan dei fleste andre sat i vanlege stolar. Fellesstova var lik dei andre stovene med tanke på



storleik, utsjånad og møblement. Sjølv om det var mykje folk og utstyr, vart det god plass til dansegolv. Bebuarar som sat i rullestolar fekk svinga seg rundt i stolen, og dei som klarde å gå sjølv røyste seg opp og dansa om dei ville. Eit trekkspelorkester innpå ei fellesstove som dette skapte nærast kjensla av ein «intim-konsert» som gjorde at bebuarane og tilsette kunne kommunisere med orkestert, og kvarandre. Det vart også bra lyd og god stemning.

### **Kor-øving**

Kor-øvinga var også felles for heile huset. Den fann stad på møterommet på bakkeplannivå. Dei fleste bebuarane budde i første eller andre etasje, som gjorde at nokre trengde assistanse for å kome seg hit. Om lag 15 bebuarar møtte, og då var rommet om lag halvfullt. Musikkterapeuten hadde ansvaret for aktiviteten og stod framme med pianoet, medan bebuarane sat på stolrekker bakover. Rommet var firkanta. Veggen bakarst var ein skiljevegg som skilte av rommet frå pauserommet. Ved store arrangement tok ein ned veggen og fekk eit stort lokale. Det var ikkje møblar her utanom nokre bord, stolane og pianoet. På veggen hang det nokre bilete, og det var vindaug med utsikt ut til parkeringsplass.

### **Bebuarane**

Bebuarane som bur på sjukeheimen kjem hovudsakleg frå tre ulike bydelar. Ein bydel er nærare sjukeheimen enn dei to andre. Aktivitøren fortalde meg at det har vore tilfelle der bebuarane har kjent kvarandre frå før, men at det er veldig sjeldan. Utvalet av bebuarar eg kom i kontakt med på sjukeheimen var tilfeldig, og dei kom frå ulike bydelar. Så vidt eg erfarte kjente ingen av desse kvarandre frå før.

På sjukeheimen var det som nemnt 90 bebuarar, fordelt på ni avdelingar. Eg besøkte fem av avdelingane. Eg deltok i musikkstunder på desse fem avdelingane. Mellom sju og ti bebuarar deltok i kvar musikkstund eg var med i. Bingo, dans og kor var felles for heile huset. Her deltok mange av dei eg møtte i musikkstundene, men også nye fjes frå avdelingane eg ikkje besøkte. Til saman møtte eg om lag 60 av dei 90 bebuarane i ulike aktivitetar. Av desse er det om lag 20-25 som eg fekk kontakt med på ein eller annan måte, og som er skildra i det empiriske materialet mitt. Ei gruppe på rundt seks personar står for den største delen av dialogane i materialet mitt. Det var desse eg i tre

tilfelle danna samtalegrupper med etter musikkstundene. Hendingar, personar og dialogar som vert skildra i essaya baserar seg på dette utvalet av bebuarar.

### **Pårørande og andre besøkande**

Pårørande kjem også frå ulike delar av byen. Sidan sjukeheimen ligg eit stykke utanfor bykjerna har nokre av pårørande eit stykke å reise. Dei av bebuarane som kom i frå bydelen nærast sjukeheimen kunne ha pårørande som hadde kortare veg å reise. Aktivitøren fortalde meg at det er mange pårørande som kjem på besøk. Korleis og kor mykje desse engasjerer seg i arrangerte aktivitetar og elles varierer. Nokre er ofte med når det er aktivitetar som musikkstunder, ulike festar, dans og liknande. Nokre er også flinke å stelle i stand aktivitetar på avdelingane, som å setje i med ein allsong eller steike vaflar på kjøkkenet. Det er likevel stort sett ein terskel for pårørande å ta initiativ til å stelle i stand aktivitetar for fleire bebuarar, fortalte aktivitøren meg.

Aktivitøren fortel at det er fleire andre som også er innom huset. Til dømes Røde Kors besøksvener, tralledamer og frivillige korps og kor. Desse aktivitetane er gjerne planlagt på førehand, og skrive inn i aktivitetsplanen for ein månad.

### **Tilsette og kvardagen**

Dei tilsette kjem også frå ulike bydelar. Hittil har det vore få med minoritetsbakgrunn tilsett, men det byrjar bli fleire. Tilsette har det ofte travelt, og arbeider under tidspress i følge aktivitøren. På eit formiddagsskift er det tre tilsette på kvar avdeling, og på ettermiddagsskiftet er det to tilsette. Dette gjer at arbeidsoppgåvene ofte planleggjast ut i frå ulike behov på den enkelte avdeling. Ein vanleg dag startar med frukost mellom 09-10, frukt 11.30, middag kl. 13, kaffi/ettermiddagsmat kl. 16 og kveldsmat mellom 18-19. Om det er mange som treng hjelp til å ete er det ein fordel at middagsmåltidet vert gjennomført på formiddagsskiftet slik at det er tre tilsette å hjelpe til. Ønsker bebuarane å ete middag seinare, kan ein planlegge middag på ettermiddagsskiftet om fleire av bebuarane klarar å ete sjølv.

Som eg har vist i aktivitetsplanen for ein månad skjer alle dei planlagde aktivitetane på kvardagane. Det er stor forskjell på kvardag og helg, og det er også stor forskjell på formiddag og kveld. Stort sett vert aktivitetar arrangert på føremiddagen frå måndag til torsdag. Det er aktivitøren og musikkterapeuten som er ansvarleg for aktivitetane.

Eg besøkte sjukeheimen i februar, som var den siste månaden musikkterapeuten var tilsett her. Når eg var på ny visitt var det fortsatt ikkje tilsett ny musikkterapeut, og det vart ikkje arrangert musikkstunder. Aktivitøren er tilsett i ei 50 % stilling, og fortel at aktivitetane ofte blir avlyst når ho er sjuk. Det er vanskeleg å få andre tilsette til å gjennomføre dei planlagde aktivitetane då dei ofte har det travelt. Slik sett er månadsplanen sårbar ved at uventa hendingar ofte fører til avlysing av aktivitetane. I feriar er det også lite aktivitetar.

### Struktur for aktivitet?

Utforminga av sjukeheimen, bebruarane, pårørende, besøkande, tilsette og kvardagen på sjukeheimen er alle faktorar som kan vere med på å påverke om, og korleis aktivitetar blir stelt i stand på sjukeheimen. Til dømes om aktivitøren vert sjuk, og aktivitetane vert avlyst fordi ingen andre tilsette har tid til å gjennomføre, forsvinn dette tilbodet til bebruarane. Ein kan ikkje vente at bebruarar skal halde seg aktive om ikkje strukturane legg til rette for det. Men det er dermed ikkje sagt at bebruarane er aktive om dei får moglegheita. Ikkje alle eldre vil vere aktive, noko som vert diskutert i det eine essayet mitt.

Shilling påpeikar at strukturar ikkje berre er eit produkt av individ, men at det også er omvendt (1999). Slik kan aktivitet seiast å vere *både* struktur og handling. Aktivitetane på sjukeheimen er med å setje strukturelle rammer som bebruarane kan handle innanfor. Bebruarane er avhengig av slike strukturar for å kunne handle og samhandle (Shilling 1999). Vidare er aktivitet handling, bebruarane vel om og korleis dei er aktive innanfor strukturane på sjukeheimen.

Fuchs seier også at ein må sjå individa sine handlingar i relasjon til struktur, den eine kan ikkje eksistera utan den andre. Igjen, ein kan altså ikkje sjå på bebruarane sine handlingar utan å sjå på strukturane som omgjev dei (Fuchs 2001). Eg har besøkt sjukeheimen når det vart arrangert aktivitetar, og fått eit innblikk i korleis deltaking kan skape nye former for fellesskap. Men eg har vore lite til stades på sjukeheimen utanom arrangerte aktivitetar. Ei grundig skildring av sjukeheimen er slik sett nadusynt for å betre kunne forstå bebruarane si deltaking i aktivitetar. Både fordi alle forholda på sjukeheimen kan spele inn på om og korleis aktivitetar vert stelt i stand, men også fordi eg i feltarbeidet mitt berre har sitt ein liten del av livet på sjukeheimen.

## Kva gjorde eg?

Feltarbeidet på sjukeheimen gjennomførte eg i februar 2012. I løpet av denne månaden besøkte eg sjukeheimen seks dagar, i tre forskjellige veker. I veke ein og to av desse tre vekene var eg på sjukeheimen ein dag per veke. I veke tre besøkte eg sjukeheimen fire dagar på rad. Til saman deltok eg i tolv aktivitetar saman med aktivitør og musikkterapeut. Det var sju musikkstunder, ei musikkgruppe med fokus på fysisk aktivitet, kor-øving, bingo, bowling og dans. Eg besøkte berre sjukeheimen på kvardagar, sidan det ikkje vart arrangert aktivitetar i helgene i det aktuelle tidsrommet. I tillegg hadde eg ny visitt på sjukeheimen ei stund etter feltarbeidet.

Eg deltok i fleire aktivitetar kvar gong eg besøkte sjukeheimen, bortsett frå to dagar då eg deltok i ein aktivitet. Av sju musikkstunder deltok eg to gongar i musikkstund på same avdelingar. Tidsramma for aktivitetane varierte i frå 30 til 60 minutt. Tre gonger arrangerte eg uformelle intervjugrupper etter at aktiviteten var slutt. Kor mange av dei eldre bebuarane frå avdelinga som var med i samtalegruppene varierte i frå to til fire. Tidsramma for desse varierte frå 30 til 45 minutt. Eg hadde også eit intervju med musikkterapeut på sjukeheimen (sjå vedlegg 2). Sidan musikkterapeuten skulle slutte i mars vart det eit avgrensa tidsrom med moglegheit for å delta i musikkstundene saman med henne. Eg oppfatta det som usikkert kor tid det ville bli tilsett ny musikkterapeut, og valde å delta i flest mogleg av musikkstundene som vart arrangert i februar.

Som oftast var eg med musikkterapeuten og aktiviteten i førebuingane før og oppryddinga etter aktivitetane. Om det var aktivitetar både før og etter lunsj åt eg saman med musikkterapeuten, og var rundt på huset også utanom sjølve aktiviteten. Eg gjekk ikkje inn på avdelingane utan at eg kom med aktivitør eller musikkterapeut, men eg kunne sjå meg om kring i resepsjonen og gangane. Til saman var eg på sjukeheimen i om lag 25 timar. I tillegg hadde eg ny visitt på sjukeheimen ei stund etter enda feltarbeid. Dette for å friske opp minnet om utforminga på sjukeheimen. Eg hadde då ny omvising på huset og samtale med aktiviteten.

Materialet mitt består av feltnotat, notat frå uformelle samtalar med bebuarar og intervju med musikkterapeut. Eg noterte ikkje ned noko medan eg var i lag med bebuarane på sjukeheimen, heller ikkje ved dei uformelle samtalanene. Eg sat av tid kvar

dag etter har eg hadde vore på sjukeheimen, og skreiv ned notatar seinare på dagen. Reisetid til og frå sjukeheimen nytta eg til å systematisere tankar frå dagen som letta skriveprosessen når eg kom heim.

### **Mi rolle i feltet**

For å opprette kontakt med bebuarane presenterte eg meg og mitt ærend, og spurte til dømes «om nokon var interessert i å prate litt meir med meg». Det freista som regel eit par stykke som eg skildra prosjektet nærare for før eg innleia til samtale. Nokre av bebuarane var veldig villege til å prate, og forsto kva eg var ute etter, medan andre var meir utfordrande å få «i gang».

Eg kom i lag med musikkterapeuten då ho skulle byrje gruppene, og ho presenterte meg for bebuarane. Det gjorde kanskje til at det vart lettare for meg å kome i kontakt med dei eldre etter at musikkstunda var ferdig. Ein slik nøkkelinformant som hjelper deg å få tilgang til feltet kallar Fangen portvakter (Fangen 2010). Aktivitøren, som også var styremedlem i stiftinga *Livsglede for Eldre*, har vore ein anna slik nøkkelperson. Ho hjalp meg med å etablere den første kontakten med sjukeheimen, og opplyste leiinga om førespurnaden min. Også nokre av dei eldre bebuarane vil eg omtale som nøkkelinformantar. Det var eit par som var villege til å prate med meg kvar gong, og som gjerne engasjerte andre bebuarar til og bli med i samtalane.

Som deltakande forskar har eg moglegheit til å veksle mellom kor mykje eg vil delta og kor mykje eg vil observere. Fangen skil fleire ulike forskarroller, blant anna deltakande observatør og ikkje-deltakande observatør (2010). Eg opplevde at eg veksla mellom rollene, eller var litt av begge deler samtidig.

Eg deltok i musikkstundene saman med musikkterapeuten og bebuarane. Då kom eg i lag med musikkterapeuten, hjalp ho å arrangere stova slik ho ville ha den. Etterpå deltok eg på lik linje med bebuarane, sat meg ned med dei, spelte og song slik dei gjorde. Også ved dans på stova og kor-øving var eg deltakande. Eg dansa med bebuarane, song i lag med dei, og småprata undervegs. Det skildrar deltakande observasjon.

På bingo saman med aktivitør og bebuarar var eg ikkje-deltakande observatør. Aktivitøren hadde ansvaret for arrangementet, og eg hjelpte ikkje til slik eg gjorde i musikkstundene. Eg deltok heller ikkje i spelet, men sat i utkanten og observerte det som føregjekk. På bowlinga veksle eg veldig mellom rollene. Eg stod mykje og såg på, men var også «assistent» for aktivitøren og hjelpte ho med å hente ballen, sende den rundt og liknande.

For bebuarane presenterte eg meg som student som skreiv om tilbod av aktivitetar på sjukeheim. At eg var student og skreiv «hovudoppgåve» interesserte fleire av bebuarane. I eitt tilfelle opplevde eg at ein bebuar var usikker på kven eg var. Det var ei gamal dame som trudde eg skulle overta for musikkterapeuten som skulle slutte.

Det at eg er ei ung kvinne kan også ha påverka bebuarane si oppfatning av mi rolle. Det var fleire helsefagstudentar på sjukeheimen. I eitt tilfelle spurte ein bebuar om eg kunne finne saft til ho. Kanskje ho trudde eg var der som student i praksis? Eg gjekk i private klede, som i utgangspunktet skulle vere nok for å skilje meg frå dei tilsette. Nokre av dei tilsette på avdelingane var ikkje informert om deltakinga mi. I eitt tilfelle blei eg spurd om eg var på besøk hos ein bebuar.

Det var vanskeleg å vite korleis perioden med feltarbeidet skulle bli. Eg opplevde at det eg planla var vanskeleg å gjennomføre. Spesielt gjaldt dette i samtalegruppene eg danna etter musikkstunder. Eg hadde ikkje med intervjuguide eller noko å notere på, men eg hadde på førehand laga ein mal som eg hadde med «i hovudet» (sjå vedlegg 4). Eg stilte bebuarane spørsmål, men fekk ofte ikkje dei svara eg var ute etter. Det var lett for at bebuarane «let praten gå», og kom innom tema eg i utgangspunktet ikkje tykte passa for prosjektet mitt. I ettertid, med analysearbeid og i skriveprosessen, har derimot fleire av desse tema vorte sentrale i oppgåva. Det er nettopp i denne prosessen, med å planlegge og oppleve og planlegge på nytt at eg har gjort oppdagingar. Det er dette som er samfunnsarbeid.

### **Etiske refleksjonar**

All forskning inkludert studentforskning vert regulert av etiske normer og verdiar. Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH) har laga klåre forskningsetiske retningslinjer for blant anna samfunnsvitenskap, som skal hjelpe

forskarar vere bevisst sin ståstad i forskingsarbeid (NESH 2006). Sjølv eg som masterstudent må underlegge arbeidet mitt ein forskningsetisk refleksjon på same måte som etablerte forskarar må (Everett and Furseth 2004:26).

Sidan eg ville nytte meg av menneske som informasjonskjelder måtte eg på førehand av undersøkingane mine søke norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) som skal sikre dataformidling og tenesteyting ovanfor forskingssektoren. Svaret eg fekk var at prosjektet mitt ikkje medførte meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysingslova. Det vart i midlertidig lagt vekt på at eg måtte vere medviten mi dobbeltrolle som styremedlem i stiftinga og forskarrolla, og skilje tydeleg mellom desse to ovanfor deltakarane (sjå vedlegg 1).

Då prosjektet endra seg til at eg gjennomførte datainnsamlinga mi utanfor *Livsglede for Eldre*, ringte eg NSD igjen for å avklare om dette hadde noko å seie. Svaret eg fekk var at prosjektet fortsatt ikkje var meldepliktig, men at eg burde undersøke med REK. Dette fordi eg kunne kome i konflikt med teieplikta sidan eg gjennomførte undersøkingane mine på ein sjukeheim. REK fastslo at prosjektet ikkje var meldepliktig ettersom hovudfokuset var på felles aktivitetar og bebruarane si oppleving av dei, og ikkje helse eller medisinske spørsmål.

Det blir rekna som god moral at ingen skal forskast på utan å vere orientert om at dei forskast på og kva forskinga går ut på. Når ein har informasjon om dette kan ein bestemme seg for om ein vil delta eller ikkje (Alver and Øyen 1997:104). Frå NSD vart eg tilrådd å få munnleg samtykke til deltaking, slik at eg ikkje hadde samtykkeerklæringar med deltakarane sin signatur på, så framt at alle deltakarane var kompetente til å gje samtykke (samtykkeerklæringa eg på førehand hadde skrive ligg som vedlegg nummer 3). Retningslinjene frå NESH påpeikar krav om respekt for integritet, fridom og medrårderett, særleg til dømes «når de menneskene som er gjenstand for forskning, har liten mulighet til å unngå å delta i forskningsprosessen, for eksempel når forskningen skjer som feltarbeid i en institusjon».

Når eg deltok i gruppeaktivitetar med mellom sju og ti bebruarar kan det ha vore vanskeleg for alle å oppfatte kven eg var. Ikkje alle bebruarane var «til stades heile tida», og dette er naudsynt å ta omsyn til. Som forskar må eg arbeide ut i frå ein

grunnleggande respekt for menneskeverdet, både i forhold til dei eg studerer men også ved formidling av resultat. Som forskar må eg alltid tenkje på både utval og tilgjengelegheit av kjelder, men også om kjeldene er gyldige og pålitelege (Everett and Furseth 2004). Spørsmål om redusert samtykke kan til dømes oppstå med demente personar (NESH 2006). På sjukeheimen var det bebuarar med ulike grader av demens og Alzheimers. I tilfelle der eg var usikker på om bebuarane var medviten kven eg var, og kva eg skulle, presiserte eg anten deltakinga mi, eller eg har utelatt desse personane frå forskingsmateriale. Risiko og belastning ved studia er også avgjerande om ein kan forske med manglande eller redusert samtykke. Eg oppfattar risikoen som låg i dette tilfelle, då prosjektet ikkje er meldepliktig, og eg forskar på fellesskap framfor enkeltpersonar.

Eg har også sikra anonymitet til bebuarane ved å gje dei fiktive namn.

Feltarbeidsnotatar har ikkje vorte notert for hand, men direkte på privat pc. Under arbeidet har alt vorte lagra på passord-beskytta pc.

### **Refleksjon kring metodeval**

Ein av dei store fordelane ved å nytte deltakande observasjon som metode har vore at eg har kome nært innpå dei eldre bebuarane. At eg i første omgang lærte dei å kjenne gjennom deltaking i aktivitetar kan også ha vore positivt for den tilliten eg følte dei viste meg i samtalegruppene. Å kome inn i felten hovudsakleg via musikkterapeuten og aktiviteten kan også ha noko å seie for at bebuarane tok godt i mot meg.

Inntrykket eg sit igjen med er at deltakande observasjon er ein metode der ein blir rik på data, både ved det eg har fått ned på papiret, men også ved alle opplevingane som sit igjen. Fangen seier det er mange av dei inntrykka ein får gjennom feltarbeid som er vanskeleg å setje ord på, men dei pregar likevel forståinga mi av det eg forskar på (2010:30). Eg har opplevd å oppdage noko nytt i datamateriale kvar gong eg har gjennomgått det, nettopp fordi metoden har gitt meg tilgang til både kva bebuarane gjorde og sa, og korleis dei gjorde og sa det. Alle samanhengar og mønster i slikt materiale ser ein ikkje med ein gong, men dei blir synlege dess meir ein jobbar med det. Til dømes var eg først var skeptisk til om eg kunne bruke mykje av det bebuarane fortalte meg, men undervegs i skriveprosessen har mykje av det eg trudde var uvesentleg blitt det mest sentrale i oppgåva.



Negative sider ved å velje denne metoden kan vere at nokre av bebuarane ikkje forstod kven eg var. At eg først deltok i gruppene saman med musikkterapeuten og aktiviteten, for så «å intervju» dei etterpå forvirra kanskje nokre av bebuarane, sjølv om eg presiserte målet mitt. Eine dagen annonserte musikkterapeuten at ho skulle slutte. Då var det ei dame som trudde eg skulle ta over. Ho var svært glad i musikken, og tykte det var dumt at musikkterapeuten skulle slutte. «Eg tenkjer det er du som skal fortsette» sa ho plutselig til meg då vi sat og snakka om det å vere med i musikkstundene.

Ein faktor som kan sjåast som både positiv og negativ er at eg fekk betre kontakt med nokre av bebuarane på sjukeheimen enn andre. Sjølv om det var mellom sju og ti bebuarar til stades på fellesstovene etter musikkstundene, danna eg samtalegrupper med to-tre bebuarar. Dei kjende meg igjen frå gong til gong, og var villege til å dele erfaringar og tankar med meg. Noko av grunnen til at eg valde desse var også fordi desse var «klåre». Det var nokre demente på dei fleste avdelingane eg besøkte. Det gjorde at det var lett for å snakke med nokre av dei same kvar gong, som kan ha gjort at eg mista nyttig informasjon frå andre bebuarar. Samtidig har eg fått eit grundig innblikk i nokre enkelte si oppleving av deltaking i felles aktivitetar på sjukeheimen.

Som Album et.al seier så er det å vere kritisk til eiga forskning og funn noko av det vanskelegaste med å velje feltarbeid (2010). Eg sit igjen med mange inntrykk og opplevingar som gjer at eg lett kan gløyme å reflektere over det som eg ikkje har gjort. Eg var til stades på sjukeheimen og deltok i aktivitetar i løpet av ein måned. Eg deltok ikkje i alle aktivitetane denne månaden, men valde dei som passa inn i forhold til jobb og andre forpliktingar. Hovuddelen av aktivitetane eg deltok i vart musikkstunder. Dette var som nemnt fordi det var lett å få tak i samhandling og samtalar mellom bebuarane i desse aktivitetane.

I ettertid sit eg igjen med fleire spørsmål som hadde vore interessante å undersøkt nærare. Til dømes kva som skjer i aktivitetane eg ikkje deltok i, kva skjer på heimen på kveldstid, kva skjer her i helgane, kva skjer før og etter aktivitetane, kva skjer når musikkterapeuten sluttar og når aktiviteten er sjuk, og skapar aktivitetane fast struktur eller forvirring for bebuarane. Dette kunne eg fått eit betre inntrykk av om eg var med

på alle aktivitetane i løpet av denne månaden, og om eg besøkte heimen når det ikkje var planlagde aktivitetar. Eg har vore til stades og sett korleis deltaking i aktivitetar har innverknad på eldre bebuarar under, og rett etter aktivitetane. Dette har vore viktig for å få innblikk i korleis aktivitetar kan skape fellesskap og utstøyting. Men eg har berre sett ein liten del. Om og korleis aktivitetane påverka bebuarane på andre måtar, til andre tider på døgnet og i veka har eg ikkje undersøkt i den perioden eg var på sjukeheimen.

Datainnsamlinga mi vart gjennomført på ein sjukeheim som er privat drifta. Dette kan ha hatt innverknad på mengda av tilbod om aktivitetar. Det hadde vore interessant å besøke ein kommunal sjukeheim for og samanlikne tilboda på dei to stadane. Eg kunne i tilfelle også undersøkt om hyppigheita av aktivitetstilbod hadde noko å seie for bebuarane sin kvardag.

Eg besøkte fem av ni avdelingar, og veit ikkje korleis forholda var på dei andre avdelingane, sjølv om dei såg like ut. Eg deltok i aktivitetar på fellesareala, og var ikkje innom bebuarane sine eigne rom. Dette fordi eg var til stades på avdelingane når det var planlagt aktivitetar, og då var stort sett alle bebuarane på fellesstova. At eg ikkje besøkte alle avdelingane og snakka med bebuarane på sine private rom kan ha gjort at eg har mista viktig informasjon. Hadde eg besøkt bebuarane på sine private rom kunne eg kanskje lettare fått informasjon om korleis desse felles aktivitetane påverka livet på og utanfor rommet. Til dømes om aktivitetane gjorde at det var lettare eller vanskelegare å delta i fellesskapet på stova.

Under besøka mine på sjukeheimen møtte eg ingen pårørande bortsett frå ved eit tilfelle. Ved å få pårørande sine meiningar og opplevingar om felles aktivitetar kunne eg fått større innsikt i kva dette betydde for bebuarane. Eg kunne med fordel også undersøkt kva pårørande gjorde på heimen når dei var på besøk. Stelte dei i gang aktivitetar på eige initiativ, og i tilfelle, kva hadde dette å seie for bebuarane?

Hadde ein annan forskar fått dei same funna i ein tilsvarende situasjon? Det er berre eg som har gjort det eg har gjort. Difor kan eg seie at ingen anna forskar ville fått nøyaktig same funn som meg. Faktorar som sjukeheim, stad, tid, tilsette og bebuarar vil alle spele inn på kva ein forskar finn. Om eg ville tilrådd ein anna student å gjere det

same som meg er eit anna spørsmål. Under og etter arbeidet med mastergradsoppgåva har det dukka opp idear om kva som kunne vore gjort annleis. Det at eg har lita erfaring frå deltakande observasjon frå før kan ha hatt innverknad på kva eg har fått med, og kva eg eventuelt har mista av informasjon. Med utgangspunkt i refleksjonane kring metodevalet ovanfor vil eg seie at det er fleire forhold på sjukeheimen eg ville tatt stilling til om eg skulle gjere det heile på nytt. For å styrke studien min undervegs i arbeidet valte eg å besøke sjukeheimen på nytt ei stund etter enda feltarbeid. Dette for å få betre grunnlag for å skildre ulike strukturelle forhold på sjukeheimen. Eg hadde då samtale med aktivtøren og ny omvising på sjukeheimen.

### **Institusjonen sjukeheim**

«Å etablere institusjoner er en måte å møte et samfunnsbehov på» (Garsjø 2008:13). Sjukeheim er ein institusjon som møter kravet om omsorgstilbod til eldre og andre som ikkje klarar seg på eigenhand. Det er eit sosialt system, med bestemte mål og funksjonar, i dette tilfelle bustad, pleie og omsorg.

Tidlegare låg ansvaret for omsorg hos familien, og det var ikkje behov for eigne institusjonar for eldre. Dei siste 150 åra har derimot institusjonsomsorga for gamle utvikla seg gjennom fleire fasar (Hauge 2005:157). Hauge skildrar desse fasane som oppbevaringsfasen, behandlingsfasen og bustadfasen. Namna på fasane er i tråd med dei dominerande karakteristika ved dei ulike tidsepokane. Oppbevaringsfasen dominerte i vel hundre år, frå om lag 1850-1950. No vart det for første gong bygd eigne institusjonar for eldre, som vart kalla gamleheim eller pleieheim. Slike institusjonar fekk etter kvart kritikk for å vere ei rein oppbevaring av eldre menneske som ikkje greidde ta vare på seg sjølv, og likna lita på ein «heim». Frå 1950-1985 vart det eit skifte til å bruke namnet sjukeheim. Det skulle symbolisere at institusjonen var ein stad for behandling, og berre ein mellombels opphaldsstad for pasientar som trong aktiv behandling. Dette lukkast ein ikkje med, og sjukeheim utvikla seg til å bli ein institusjon for langtidsopphald, utan bustadkvalitet. Frå ca 1985 vaks det fram ei forståing av at mange eldre måtte bu i institusjon siste delen av livet sitt. Institusjonar vart etter dette både ein bustad og ein behandlingsstad, noko som er vanskeleg å kombinere innanfor institusjonen (Hauge 2005:157-163). Hauge påpeikar at om

sjukeheimen skal innfri denne doble målsetjinga må ein tydeliggjere kva ein meiner med at sjukeheimen skal vere eit bu- og behandlingssenter.

Skilja mellom offentlege og private rom er uklåre på ein sjukeheim. Hauge meiner at skal sjukeheimen kjennast som ein «heim» må skilja mellom det offentlege og det private bli meir tydelege (Alvsvåg 2008:112). Dei nye sjukeheimane er bygd etter prinsipp om at små avdelingar eller bu-einingar skal skape ei kjensle av ein «heim». Det klassiske institusjonspreget skal skjulast i kvardagen, og kvar avdeling har eige kjøkken, vaskerom og stove (Madsen 2002). Desse romma er felles for alle. I tillegg har bebuarane sitt eige rom (nokre bur på tomannsrom). Men soverommet er ikkje privat slik ein kjenner det frå eigen heim. Det er gjerne hit ein tar med gjestar, og tilsette er stadig innom. «Heim» slik ein kjenner det frå eige privat hushald endrar seg mykje når ein flyttar på sjukeheim.

### **Kven bur på sjukeheim?**

Om lag 40 000 innbyggjarar i Noreg bur på sjukeheim (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Av desse viser statistikk frå 1997 at den største gruppa institusjonsbebuarar er mellom 80-89 år. Dei utgjer om lag 50 % av heildøgnsbebuarar i institusjon for eldre og funksjonshemma. Gruppa av eldre frå 67-79 år og gruppa av eldre frå 90 år og oppover utgjer om lag 23 % kvar. Delen av bebuarar under 67 år var i 1997 3,7 % (Sosial- og helsedepartementet 1999). Forsking viser at det er denne gruppa som har auka mest dei siste ti åra (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Gjennomsnittsalderen på bebuarane er 84,0 år, gjennomsnittleg opphaldstid er 2,9 år, og andelen av kvinner er 73,0. 8 prosent av bebuarar i sjukeheim er innlagt på kortidsopphald, noko som viser at sjukeheim i stor grad nyttast til langtidsopphald og er varig buform i livet si slutfase (Sosial- og helsedepartementet 1999).

Undersøkingar viser og at bebuarar med permanent opphald i vanlege avdelingar er dei mest skrøpelege av dei som mottar ulike omsorgstenester (Helsetilsynet 2003). Krava for å få omsorgshjelp no, samanlikna med tidlegare, har vorte strengare (St.meld.nr.25 (2005-2006)), som fører til at bebuarane på sjukeheimar blir meir skrøpelige. Aldersdemens er den viktigaste helsemessige årsaken til hjelpebehov for personar på sjukeheim. Andre viktige årsaker er hjerneslag, alderdomssvekking, kreftsjukdom, hjarte- eller lungeliding og psykiske lidingar (Helsetilsynet 2003).

Vi ser at på mange måtar er sjukeheimsbebuarane like. Mange er kvinner, av same alder, gjerne med same sjukdommar og svekkingar. Dei som flyttar gjer det gjerne fordi dei treng meir hjelp enn det er mogleg å gje dei i sin eigen heim (Alvsvåg 2008:113). Samstundes kan forskjellane mellom bebuarane vere store. Spesielt i byar kan det tenkjast at alle bebuarane er «nye ukjende». Ein kjem frå forskjellige bydelar, og har gjerne ulik oppvekst, bakgrunn og sosioøkonomisk status. Det hevdast at dei som bur på landet har eit nærare og meir varig forhold til familie, vener og naboar enn kva bybebuarane har (Houg 1996). For sjukeheimsbebuarar på landsbygda kan det tenkjast at ein kjem på sjukeheim med naboen, vener og slekt på same avdeling. Overgangen til livet på sjukeheimen kan slik bli mindre for bebuarar på bygda samanlikna med bebuarar i byane. Ein kan sjå fordelar og ulemper ved både by og land. Etablerte hierarki i lokalsamfunnet kan halde fram på sjukeheimen og ein kan risikere å bli nabo med «sin verste fiende». Sjansane for at dette skjer er kanskje større på bygda der forholda er mindre enn i byane. På sjukeheimar i byar er avstandane større, og å flytte på sjukeheim kan bli ein «ny start» på den måten at ein møter nye menneske.

### **Sjukeheimen og samfunnsarbeid**

Sosiologi og samfunnsarbeid er opptekne av samhandling og relasjonar mellom menneske, grupper og samfunn, og korleis dette skapar sosiale mønster og prosessar. Når eg får spørsmål om kva eg studerer og svarar «samfunnsarbeid», spør mange tilbake «kva er det?». Kva samfunnsarbeid er, let seg vanskeleg forklare på ei linje, for det kan omhandle så mykje. Å prøve på dette vil lukke og innsnevre forståinga av feltet. Samfunnsarbeid er å identifisere handlingsrom og undersøke vilkår for sosial deltaking saman med dei det gjeld. Å vere samfunnsarbeidar vil seie å ha ein katalysatorfunksjon i eit nedanifrå-og-opp-inspirert arbeid saman med dei det gjeld. I samfunnsarbeid ser ein på menneska som kreative, kompetente og handlande aktørar som sjølv kan betre sine moglegheiter for sosial deltaking og endre sine levevilkår (Henriksbø and Sudmann 2011).

Grønmo seier at metodologisk relasjonisme, det å sjå aktør- og strukturperspektivet i samanheng, er naudsynt for kunnskap om samfunnsmessige forhold (2004:30-31). I mitt prosjekt kan dei eldre bebuarane skildrast som aktørar, medan institusjonen

sjukeheim er ein struktur. Eg kan ikkje studere dei eldre isolert, utan å omsyn til kva institusjonelle rammer ein finn på sjukeheimen. Korleis strukturen på sjukeheimen formar bebuarane og dei tilsette er sentralt i institusjonssosiologi. Skildringar av sjukeheimen er slik sett naudsynt for studien.

Samfunnsarbeid byggjer på visse prinsipp og strategiar som blir nytta for å sikre vellukka inkludering og fellesskap. Blant anna er nøkkelomgrep som empowerment, deltakarperspektiv, eit bottom-up-perspektiv og kollektiv handling sentralt i samfunnsarbeid-diskursen. Skal institusjonar som sjukeheimar kunne sikrast som sosiale fellesskap må det vere mål og meining med aktivitetane som vert sett i gang her.

Fenomen ein vil forske på kan ofte vere enklare å få auge på innanfor rammene til ein institusjon seier Garsjø (2008:13-14). Å undersøke kva deltaking i felles aktivitetar har å seie for eldre er eit stort og komplekst tema. Ved å nærme seg tema frå ein kant, fordjupe seg i ei målgruppe innanfor rammer som til dømes ein institusjon kan gjere det enklare å få tilgang til feltet og oppdage det som skjer.

Sjukeheimen som institusjon kan også romme andre institusjonar. Slik Martin ser det er institusjon noko sosialt, bygd opp av grupper, eit kollektiv av menneske (2004). Slik kan vi også sjå bebuarane på avdelingane som ein institusjon. Korleis eldre her handlar og det dei gjer, om det er individuelt eller i grupper, konstituerer institusjonar. Institusjonar har sosiale posisjonar og relasjonar som er karakterisert av visse forventingar, reglar, normer og prosedyrar. Slik kan institusjonar både hindre og leggje til rette for oppførsel og handling frå ulike gruppemedlem (Martin 2004). Korleis eldre handlar og samhandlar og slik skapar fellesskap og utstøying på sjukeheimen er interessante spørsmål frå eit samfunnsarbeid-perspektiv.

## **Mitt prosjekt**

Studien har hatt tema fysisk aktivitet og eldre. Det har blitt snevra ned til å omhandle deltaking i felles aktivitetar for eldre på sjukeheim. Problemstillinga har vore todelt:

- 1) *«Korleis kan aktivitetar setjast i gang på måtar som skapar fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim?».*

2) «På kva slags måte kan organisering av aktivitetane både skape fellesskap og utstøying?».

Bakgrunnen for problemstillinga er at eksisterande litteratur om eldre og fysisk aktivitet har eit individretta fokus og handlar om kva ein sjølv kan gjere for eiga helse. Samfunnsarbeid er derimot oppteken av det kollektive, og eg vil difor undersøke kva felles aktivitetar har å seie for bebuarar på sjukeheim.

Fleire eldre kan bety fleire på sjukeheimar dei kommande åra. Med auka individualistiske verdiar blant eldre, og skrøpelegare eldre på sjukeheim vil samfunnsarbeid bli eit viktig bidrag for å skape fellesskap her. Eg har sett korleis ulike aktivitetar kan nyttast som helsefremmande og førebyggjande aktivitetar. Samtidig har eg blitt medvit at det går an å utfordre tanken om at aktivitetar må vere *fysiske* før dei gir nokon effekt. Som student i folkehelsearbeid, ei utdanning som skal ta omsyn til heile mennesket, var synet på fysisk aktivitet både treningsretta og individretta. I møtet mellom folkehelsearbeid og samfunnsarbeid har eg blitt utfordra på dette synet, og blitt medviten korleis samfunnsarbeid er ein grunnleggjande del av helsefremmande arbeid. Til dømes er deltaking eit nøkkelomgrep i helsefremmande arbeid, som vil inkludere både folkehelsearbeid og samfunnsarbeid. Diskusjonen kring deltaking har fått kritikk for å vere for enkel og for lite opptatt av sosialteoretiske tilnærmingar (Marent, Foster et al. 2012).

Makt er eit anna omgrep som er viktig for vellukka folkehelsearbeid og samfunnsarbeid. Makt finst i alle relasjonar. Det ligg makt i utdanning og arbeid. Ein finn makt mellom personar, til personar og over personar. Korleis ein får makt, brukar makt, utnyttar makt og korleis makt verkar inn på strukturar er viktige spørsmål for helsefremjande arbeid. Marent med fleire hevdar at sosialteori kan tilby ein meir kompleks tankegang kring makt (Marent, Foster et al. 2012). Kombinasjonen av utdanning i folkehelsearbeid og samfunnsarbeid vil vere relevant og viktig for komande utfordringar og arbeid ved helsefremmande og førebyggjande spørsmål.

Eg har vore på ein sjukeheim og brukt deltakande observasjon som metode for å undersøke problemstillinga mi. Eg har delteke i aktivitetar her, saman med tilsette og bebuarar. Funna mine herifrå presenterast hovudsakleg i essay 3 og 4. Før eg starta

med datainnsamling skreiv eg essay 1 og 2. Spesielt essay 1 er redigert i etterkant og har fått med innslag frå empirien min. Presentasjon av essaya kjem lenger nede.

Forholda på denne sjukeheimen kan samanliknast med andre sjukeheimar, og ha ein overføringsverdi. Kunnskap om ein institusjon som sosialt system har også ein overføringsverdi til samfunnet i sin heilskap (Garsjø 2008:13). Funna frå min studie kan mellom anna nyttast av og med:

- Tilsette på sjukeheim
- Andre som jobbar med eldre
- Folkehelsearbeidarar
- Samfunnsarbeidarar
- Arbeid med korleis ein kan få med eldre i aktivitetar, sikre at dei varar, og korleis ein kan forstå og bruke retningslinjene for fysisk aktivitet.

### **Framlegg til vidare forskning**

I arbeidet med mastergradsoppgåva mi har eg besøkt ein sjukeheim i ein mellomstor by. Eg har vore til stades på sjukeheimen og delteke i ulike aktivitetar på ulike avdelingar i løpet av ein månad. Musikkterapeut og aktivitør tilsett på huset har vore ansvarleg for aktivitetane eg deltok i. Eg har ikkje delteke i alle aktivitetane som vart arrangert denne månaden, og ikkje besøkt alle avdelingane. Eg har ikkje vore til stades på avdelingane utanom då det vart arrangert aktivitetar. Funna mine er basert på dei aktivitetane eg deltok i på denne sjukeheimen, saman med dei som deltok i aktivitetane, og deltok i fellesskapet på stova.

Ved å delta i desse aktivitetane har eg fått eit godt innblikk i korleis ulike sosiale og strukturelle forhold påverkar ulike former for fellesskap. Det er også andre forhold som kan ha noko å seie for livet på sjukeheimen.

Kva innverknadar har det at sjukeheimen var plassert i ein by? Eksisterer det andre former for fellesskap på ein sjukeheim på landsbygda? Innbyggjarar på bygda har gjerne eit nærare forhold til andre innbyggjarar. Det kan vere gode vener og slekt på heimen, både tilsette og bebuarar, og utanfor i nabohusa. Korleis dette kan påverke livet på sjukeheimen, på godt og vondt, er eit interessant spørsmål.



Eg møtte som nemnt få pårørende på sjukeheimen. Ved å planlegge eit lengre feltarbeid kunne eg kanskje møtt fleire pårørende og sett om, og eventuelt korleis, dei påverka livet på sjukeheimen. Eit lengre feltarbeid kunne også gitt meg moglegheit til å samanlikne fleire typar aktivitetar, og sett om ulike aktivitetar påverka bebuarane på ulike måtar.

For å få ei djupare innsikt i korleis ulike strukturar, aktivitetar og fellesskap påverkar kvarandre og bebuarane på sjukeheim vil eg foreslå at andre studiar;

- Har lengre feltarbeid der ein samanliknar fleire aktivitetar og undersøker kva som skjer utanom planlagde aktivitetar
- Undersøker forskjellar mellom by og land
- Undersøker korleis aktivitetane påverkar dei som ikkje deltek

## Del 2

Problemstillinga mi er:

- 1) «Korleis kan aktivitetar setjast i gang på måtar som skapar fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim?».
- 2) «På kva slags måte kan organisering av aktivitetane både skape fellesskap og utstøying?».

### Presentasjon av essaya

Essay 1 heiter «Kva er fysisk aktivitet?». I dette essayet tar eg utgangspunkt i den delen av utdanninga mi i folkehelsearbeid som handlar om fysisk aktivitet. Er det å vere fysisk aktiv så lett og greitt som det kan synast i folkehelsediskursen? Utdanninga mi i folkehelsearbeid er basert blant anna på helsemyndigheitene sine tilrådingar om fysisk aktivitet. Korleis påverkar desse retningslinjene korleis ein tenkjer om fysisk aktivitet?

I møtet med samfunnsarbeid har eg blitt utfordra på synet om kva fysisk aktivitet her. I dette essayet vil eg prøve å opne opp omgrepet fysisk aktivitet, og diskutere kva fysisk aktivitet kan vere. Eg vil også diskutere kvifor eg meiner dette er viktig, både generelt og i forhold til eldre bebuarar på sjukeheim spesielt.

Essayet svarer på første del av problemstillinga ved å vise kvifor felles aktivitetar er viktige, og kva helseeffektar ein kan oppnå ved å delta i felles aktivitetar. Andre del av problemstillinga blir svart på ved at eg viser korleis felles aktivitetar kan auke deltaking blant bebuarane på sjukeheimen. Deltaking i aktivitetar kan skape ei kjensle av tilhøyrsløse og fellesskap ved at ein kjenner seg lik dei andre, og klarar delta i aktivitetar på lik linje med dei andre bebuarane på ein sjukeheim. At aktivitetane vert organisert på ein slik måte at flest mogleg kan delta er difor svært viktig for å inkludere flest mogleg.

Essay 2 er «Å skape fellesskap». Samfunnsarbeid handlar om kva menneske kan skape saman. Ei kjensle av fellesskap er ein føresetnad for kollektiv handling. Ein institusjon som ein sjukeheim kan vere første skritt i ein prosess som skal skape endring, og samhandling. I dette essayet diskuterer eg korleis samfunnsarbeid kan nyttast for å skape eit fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim, gjennom deltaking i aktivitetar.

Både det at eldre er ei aukande samfunnsgruppe, at mykje litteratur om eldre har eit individretta fokus, samtidig som mange eldre gjerne lever eit lite sosialt og aktivt liv på sjukeheimar, gjer at eg ser nytta av samfunnsarbeid med denne gruppa. Mennesket er aktivt, og mennesket er sosialt, dei eldre er ikkje noko unntak.

Dette essayet svarar direkte på problemstillinga mi ved å vise korleis eit nedanifrå- og opp perspektiv, deltaking, empowerment og kollektiv handling, som er sentrale prinsipp i samfunnsarbeid, kan nyttast for å setje i gang aktivitetar som skapar fellesskap. Lukkast ein ikkje å nytte seg av prinsippa på riktig måte kan resultata heller vere at ein skapar avstand og utstøyting.

Essay 3 har fått tittelen «Fysisk aktivitet og samfunnsarbeid». Essayet er basert på det empiriske materialet mitt, og vil spørje korleis deltaking i fysisk aktivitet kan vere med på å skape fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim. Eg vil diskutere dette ved å vise dømer frå det empiriske materialet mitt. Korleis var eldre fysisk aktive på denne sjukeheimen? Kva betydde det å få vere med i felles aktivitetar? Skapte det fellesskap? Vart det skapt noko anna?

Essayet svarar på første del av problemstillinga mi ved å vise korleis musikkstunder, dans i stova og kor-øving kan skape ei kjensle av fellesskap, både blant bebuarane på ei avdeling og på tvers av avdelingane. Andre del av problemstillinga vert svart på ved at eg viser korleis deltaking i aktivitetane påverkar bebuarane, til å anten ville delta eller ikkje. Nokre vil vere meir aktive, og kjenner seg kanskje utstøytt på den måten at dei ikkje får vere aktiv så mykje som dei ønskjer. Andre har ikkje vore så aktiv tidlegare, og opplev press frå andre bebuarar om å delta meir. Eg diskuterer også korleis organisering av aktivitetane, som musikkstunda, kan auke deltaking og skape ei større kjensle av fellesskap.

Essay 4 heiter «Deltaking på godt og vondt». Samfunnsarbeid handlar om å endre sosiale forhold saman med det dei gjeld, og slik vil samfunnsarbeid variere med tid stad og rom. Målgruppa mi i denne oppgåva er eldre bebuarar på sjukeheim. Vi kan omtale sjukeheim som ein institusjon slik vi brukar ordet institusjon om store organisasjonar som har eksistert lenge (Martinussen 2008:45). Sjukeheimen er ikkje

berre ein fysisk institusjon, men kan vere ein stad med mange ulike rom, både fysiske og abstrakte.

Samfunnsarbeid vil ikkje berre variere med tid, stad og rom, men kan også vere med på å skape nye tider, nye stader og nye rom. I dette essayet vil eg ta føre meg korleis ulike former for rom kan fremme eller hemme aktivitet, samt korleis ulike strukturar og rom kan påverke dei eldre si oppleving av deltaking i felles aktivitetar.

Essayet svarar på problemstillinga ved at eg gjennom dømer frå sjukeheimen viser korleis fellesskap og utstøying kan skje på sjukeheimen, og kva som er grunnlaget for at det anten skapast fellesskap eller oppstår utstøying. Eg viser at bebuarane kategoriserer seg sjølv på grunnlag av andre, og dei andre gjer noko eller er noko som bebuarane anten aksepterer eller ikkje.

Summert viser hovudfunna at i norsk samanheng er råda for fysisk aktivitet individretta og effektar av gruppeaktivitetar underkommunisert. Sentrale prinsipp i samfunnsarbeid er viktige for å auke deltaking i felles aktivitetar på sjukeheim. Sosiale og strukturelle forhold påverkar moglegheitene bebuarane har for deltaking, og vidare kan deltaking i felles aktivitetar skape både fellesskap og utstøying blant bebuarane på sjukeheimen.

## Essay 1 – Kva er fysisk aktivitet?

I dette essayet vil eg opne opp omgrepet fysisk, og diskutere kva fysisk aktivitet kan vere. Oppgåva handlar om aktivitet for eldre sjukeheisbebuarar. Ein grunnleggande føresetnad for å diskutere dette er at det i oppgåva mi finst ein presentasjon av kva fysisk aktivitet er i denne samanhengen.

### «Fysisk aktivitet er min medisin»

Fysisk aktivitet har for meg ikkje vore eit spørsmål, men eit svar. Det har vore eit sentralt tema i studiane i folkehelsearbeid. For ein folkehelsearbeidar er fysisk aktivitet hovudsakleg eit middel for helsefremmande og førebyggjande arbeid. Endringar i livsstilen til den norske befolkninga har ført til at folkehelsearbeid har vakse fram som eit viktig fagfelt dei siste tiåra. Stortingsmeldinga «Resept for et sunnere Norge» trekkjer blant anna fram reduksjon i kvardagsaktivitet som ei utfordring og ein risikofaktor knytt til helse. Fysisk inaktivitet har saman med eit for lite sunt kosthald og røyking vorte peikt ut som viktige årsaker til auka i sjukdommar som diabetes, visse kreftformer, hjarte- og karsjukdommar og lidingar som overvekt og fedme (St.meld.nr.16 (2002-2003)). Den positive effekten av fysisk aktivitet i denne samanheng godt dokumentert, og kan brukast både til førebygging og behandling (Lexell, Frändin et al. 2009).

Noreg står ovanfor endringar i livsstil, men også i samansetning av alder. Vi blir stadig fleire eldre i landet, noko som skapar store omsorgsutfordringar. Stortingsmeldinga «Mestring, muligheter og mening» hevdar at samanlikna med andre land er Noreg i ein gunstig situasjon, då effektane av dei demografiske endringane er mindre dramatiske her. Likevel vil det bli færre yrkesaktive og færre middelaldrande til å yte omsorg for ei aukande eldre aldersgruppe. I den samanheng er det venta at eldre lever etter prinsippet om «active ageing», og deltar aktiv i samfunnet (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Det medfører også at eldre er fysisk aktive og trenar for å førebygge helseplagar og betre fysisk og psykisk kapasitet, og slik oppretthalde ein høg grad av personleg sjølvstende og livskvalitet (Lexell, Frändin et al. 2009:63).

Utfordringane med endringar i livsstil og demografi er aktuelle arbeidsområder for ein folkehelsearbeidar. Fysisk aktivitet er ikkje fasiten, men er eit svar på korleis utfordringane kan løysast. Helsedirektoratet er difor aktive med å understreke kor

viktig regelmessig fysisk aktivitet er for eiga helse og trivsel. Vi vert oppmoda til å vere fysisk aktive heile livet, då det kan beskytte mot ei rekke sjukdommar og plager.

Helsedirektoratet er også med på å leggje til rette for, samt stimulere befolkninga til, auka fysisk aktivitet (2011). Også media er opptekne av emnet, og saker om «fysisk aktivitet», «trening» og «god form» er stadig oftare på tv, i aviser, radio, vekeblad og ulike nettsamfunn.

Sjølv om vi ser eit auka fokus på emnet viser undersøkingar at gjennomsnittsvakta går opp, medan nivået av fysisk aktivitet går ned (St.meld.nr.16 (2002-2003)). Heile 83 % av den vaksne befolkninga i Noreg er rapportert til å ikkje tilfredsstillende helsemyndigheitene si tilråding om moderat fysisk aktivitet 30 minutt dagleg (Ommundsen and A.Aadland 2009). Er vi verkeleg så lite aktive? Kva med kvardagsaktivitetar som å lage mat, rydde, vaske, støvsuge, handle og bere inn varer, leike med ungar, henge opp klesvasken, gå i trapper osv.? Er ein ikkje fysisk aktiv om ein har ein travel kvardag med jobb, born, barneborn, handling, matlaging, sex, korpsøving, og rydding i heimen? Korleis vi målar aktivitet og korleis vi forstår aktivitet vil kunne påverke korleis vi ser på fysisk aktivitet.

### «Den gode halvtimen»

Det er mange ulike måtar å definere eller skildre fysisk aktivitet på. Ulike profesjonar nyttar seg av ulike omgrep. Frå eit folkehelseperspektiv blir fysisk aktivitet brukt som ei overordna nemning på ei rekkje termar knytt til fysisk utfolding, som til dømes idrett, mosjon, trening, leik, trim, kroppsøving, fysisk fostring og fysisk arbeid. Ein definisjon på fysisk aktivitet innan folkehelsefeltet som er mykje brukt og godt kjend er denne; “fysisk aktivitet defineres som enhver kroppslig bevegelse skapt av skjelettmuskulatur som resulterer i bruk av energi utover hvilenivå” (Øverby, Torstveit et al. 2011:163-164).

Helsedirektoratet påpeikar at fysisk aktivitet vil seie all rørsle du gjer i kvardagen eller som vert utført i form av mosjon eller trening (Helsedirektoratet 2011).

Kvardagsaktivitet blir dermed også rekna som fysisk aktivitet, og ei auke i kvardagsaktivitetar kan vere like helsefremjande som eit meir strukturert tilrettelagt aktivitetsprogram. Det kan vere å nytte seg av føtene framfor bil og buss på kortare avstandar, ta trappene i staden for heis, vaske golv, støvsuge og lage mat

(Helsedirektoratet 2011). Både definisjonen av fysisk aktivitet og tilrådingane frå helsedirektoratet viser at for å vere fysisk aktiv er det ikkje naudsynt å trene eller drive med sport. Alternativt som helsedirektoratet presenterer viser at omgrepet fysisk aktivitet omfattar mykje meir, og slike tiltak kan vere med å senke terskelen for å delta i aktivitet. Likevel er 83 % av oss som ikkje gjer aktivitetar tilsvarande dette. Kanskje lyt ein opne opp omgrepet til å omfatte endå meir?

Handarbeid, syklubb, filmklubb, korps, kor, lese ei god bok, spele bingo, gå på ein konsert eller i teateret er dømer på aktivitetar mange ikkje får noko signifikant pulsauke av. Det kan likevel ha positive effektar og vere helsefremmande for den enkelte. Det å føle velvære, fellesskap og ha det kjekt i lag med andre er vel så viktig for helsa vår. Delsaten Queensland i Australia hadde i 2008 ein kampanje som heitte "find your 30" som tyder "finn dine 30" (30 minutt i denne samanhengen). Bodsken var at befolkninga skulle finne sine tredve minutt med dagleg fysisk aktivitet, med ein aktivitet som var *helsefremmande for ein sjølv*, om det så var å reise på stranda å bygge sandslott med borna. No er det kome ein tilsvarande norsk kampanje. 10. mai kvart år markerer helsedirektoratet verdas aktivitetsdag. I år er tema «30 minutt på din måte», som skal senke terskelen for å kome i gang med fysisk aktivitet. Kampanjen støttast med facebookside «Den gode halvtimen», der blant anna konkrete tips til aktivitetar presenterast. Eit døme er å bruke halvtimen på å henge klede til tørk ute i hagen eller plukke blomar med barneborn. Slike kampanjar opnar opp for det å gjere noko som skapar velvære for ein sjølv er vel så viktig som å føle pulsauke. For mange kan det vere med å senke terskelen for fysisk aktivitet.

### **Fysisk aktivitet – eller berre aktivitet?**

Å føle fellesskap i aktivitet, og å få kommunisere med andre via kroppen har vist seg å kunne gje positive opplevingar (Duesund and Skårderud 2003). Mange eldre føler seg åleine og isolert når dei til dømes hamnar på sjukeheim. For desse kan det å få delta saman i ein aktivitet med andre i same situasjon vere med på å auke velvære, auke sosial og personleg identitet samt minke førekomsten av depresjon og angst (Gleibs, Haslam et al. 2011). Statlege tilrådingar har uttrykt at kultur, aktivitet og trivsel er sentrale og grunnleggande element i eit heilskapleg omsorgstilbod (St.meld.nr.25 (2005-2006):13). Så kvifor ser vi ikkje meir av dette? Kultur er ein viktig del av

menneske, og har ein lang tradisjon innan helserelaterte endringsprosessar. Kultur og kunst har vore skildra som eit av dei mest effektive verkemidla innan samfunnsarbeid (McDonald, Sarchê et al. 2005:347). I Storbritannia undersøkte forskarar effekt av sosial og kreativ aktivitet på helse og velvære hos eldre isolerte menneske (Greaves and Farbus 2006). Resultat viste ei betring av nettverk og kontakt med andre i nærmiljøet.

Kulturaktivitetar saman i grupper kan tenkjast å ha ein spesielt god effekt på helse. Gleibs med andre påpeikar at det sosiale aspektet ved å delta saman i noko, som til dømes å gå på museum, kino eller lunsj, kan vere nok til å auke velvære, auke sosial og personleg identitet samt minke førekomsten av depresjon og angst. Sosial integrering har også vist seg å ha fysiske effektar i form av til dømes redusert risiko for slag (Gleibs, Haslam et al. 2011). Det kan vere sjølvmedlemsskapet i grupper som er viktig for å oppretthalde og fremme helse og velvære (Haslam, Haslam et al. 2010). Til dømes har deltaking i hagegrupper inne for eldre vist å ha positive effektar på sosiale nettverk og opplevinga av livskvalitet (Tse 2010). At deltaking i kor har positiv effekt på både livskvalitet og lungekapasitet, og at deltaking i grupper som driv med handarbeid kan ha positiv effekt på livskvalitet er også dokumentert (Bonilha, Onofre et al. 2009). For å sitere Andreassen (2010); «Aktivitet er alt som skjer»! Og all aktivitet kan skape sosial deltaking ved deltaking i grupper der ein samhandlar med andre, som kan ha positive effektar på helse og velvære.

### **Aktiv alderdom**

Det har vorte utarbeida mange gode strategiar for å få eldre aktive når vi no møter «eldrebølgja». Basert på bilete og tekst i brosjyrar og rådgivingsguidar kan det sjå ut som helsemyndigheitene gjerne vil ha spreke, aktive eldre som trenar styrke, sykklar, går turar i fjellet og lever eit langt og godt liv med born og barneborn. Dei bør halde seg fysisk aktive både for å førebygge helseplager samt oppretthalde, eller fremme eiga grad av sjølvstende. Eldre i denne samanheng er dei over 65 år, og bør på link linje med vaksne trene eller vere i aktivitet med moderat intensitet i minimum 30 minutt kvar dag. Eldre kan gjerne fortsette med same aktivitet som før om dei klarar, ta opp at gamle vaner eller starte med nye aktivitetar (Helsedirektoratet 2011). I følgje Espnes og Smedslund kan fysiske og psykologiske effektar av fysisk aktivitet vere dei same



heile livet, som tyder på at det å starte tidleg med fysisk aktivitet og halde seg fysisk aktiv heile livet bidreg til eit positivt livsløp for den enkelte (2009:233).

Dette kan ein klare, så lenge ein er frisk og sjølvhjulpen. Men kva med dei eldre som bur på sjukeheim? Dei eldre åra sluttar ikkje automatisk den dagen ein flyttar på sjukeheim, sjølv om det kan synast som om eldre institusjonsbebuarar er ei gløymd gruppe. Helsedirektoratet har ikkje utforma eigne råd om fysisk aktivitet for eldre bebuarar på sjukeheim, sjølv om dei poengterer at eldre er ei stor og variert gruppe, og at dette må få konsekvensar for kva ein skal tilrå av fysisk aktivitet (Helsedirektoratet 2011). Det er mange eldre bebuarar på sjukeheim som verken kjem seg ut på tur eller får delta i fysisk aktivitet. Kvifor? Fordi eldre ikkje vil, ikkje får det til, eller ikkje får moglegheit?

For eldre bebuarar på sjukeheim er det ikkje alle former for fysisk aktivitet som let seg gjennomføre. Til dømes uttrykte eldre i ei undersøking behov for arrangerte gåturar i fjell, skog og mark (Bergan 2002), noko som krev ein del ressursar. Alternativ kan vere spaser- og trilleturar i nærmiljøet. Andre aktivitetar som kan vere aktuelle å arrangere på sjukeheim er styrketrening i sirkel med stol, songkor, strikkeklubb, seniordans, spelekafé, bingo, bowling, hageaktivitetar og liknande. Som vi såg ovanfor er gjerne ikkje sjølv aktiviteten det viktigaste. At eldre sjukeheimsbebuarar frå moglegheit til å delta i gruppeaktivitetar saman med andre kan vere helsefremmande i seg sjølv.

### «Stakkars, ho var så nervøs og grudde seg»

Kroppen sender eit budskap til andre kring seg (Goffman 1992), og for eldre som opplev å få ein gradvis svakare kropp kan det tenkjast at å delta i visse former for aktivitet kan forsterke kjensla av å ha ein «svak kropp». Kjenner ein seg usikker, er det lett å ekskludere seg sjølv og velje å ikkje delta i aktivitetar (Cornwall 2008). Under besøket mitt på sjukeheimen vart det ein dag arrangert dans på stova. Eg dansa med Fanny, ei av dei sprekare damene på huset. Medan vi dansa nikka ho mot Lotte som sat i ein stol og sa:

Fanny: «*stakkars, ho var så nervøs og grudde seg slik til dette tidlegare*».

Lotte var ikkje oppe og dansa i byrjinga, men etter at ein av dei tilsette fekk overtalt ho til å prøve var Lotte utpå og dansa fleire gonger. Ho var ei tynn, gamal dame, men med

god støtte gjekk dansen bra. Sjølv trudde eg ikkje at Lotte kunne vere med å danse når eg såg ho kome inn i rommet. Ho såg både skral og redd ut. Men på slutten av timen hadde ho eit heilt anna uttrykk i andletet samanlikna med då ho byrja.

Historia ovanfor kan vere døme på mykje. For Lotte kunne både angst for fall og redsel for å oppfattast som svak av dei andre bebuarane vere grunnar til at ho ikkje ville delta i dansen. Etter at eit par songar, kan det hende ho såg på dei andre som dansa og tenkte «dette kan også eg klare». Bandura meiner at det å vere medlem av ei gruppe kan auke trua på å meistre (Bandura 2006). Ved å sjå på at andre meistrar, kan trua på at ein sjølv klarar det også auke. Vidare kan det å delta i aktivitetar som ein meistrar sende budskap om at ein fortsatt har ein dyktig og funksjonsfrisk kropp. Etter at Lotte først prøvde å danse og fekk det til, ville ho danse igjen. Kanskje fordi det var kjekt? Eller kanskje fordi ho kjende seg glad sidan ho fortsatt klarde å danse? Eller kanskje var det ein song ho kjende att frå ungdomstida som gjorde til at ho vågde å danse? Myskja hevdar at musikk som gir gode kjensler og tryggleik kan virke gunstig på å meistre stress samt fremje læring og meistring hos eldre bebuarar (Myskja 2006:29). Spesielt musikk som er kjent for ein kan lette kjensler av angst og frykt når musikken gir gode assosiasjonar. At Lotte, som knapt såg ut til å kunne gå, klarde danse slik kan forklarast i teorien om at musikk gir struktur i rytme og melodi, og kan lette på angsten til bebuarane når dei fokuserer på kjende og behagelege lydar (Aasgaard 2006:163).

Eldre vil som alle andre respondere på, og samanlikne seg sjølv med, andre eldre som ein omgås og samhandlar med (Bauman and May 2004:33). Korleis eldre vel å presentere seg for ei gruppe kan avhenge av kva status ein har i gruppa, til dømes om ein meistar ein aktivitet eller ikkje (Bjelland 1985; Goffman 2010). At det leggast til rette for aktivitetar som alle kan delta i, og alle kan meistre, kan slik vere med på å skape ei kjensle av eit fellesskap, som til dømes ei felles gruppe på sjukeheimen. Vidare kan det auke deltaking i frå bebuarane, og gje positive helseeffektar for den enkelte.

### **Aktivitet for alle**

Å leggje til rette for aktivitetar som alle kan delta i er ei utfordring blant den generelle befolkninga også. Når eg vil opne opp omgrepet fysisk aktivitet er det av fleire grunnar. Den første er at omgrepet kan skape forvirring blant mange. «Fysisk aktivitet» framstillast gjerne synonymt med trening i media. Ein finn ikkje artiklar i dagsavisene

om helseeffektane av å vaske golv eller henge opp klesvasken. Derimot er det stadig stoff om korleis ein bør trene for å oppnå nye rekordar når det gjeld uthald og styrke. Det kan synast som om «alle» sykklar Birkebeinerrittet og går Skarverennet, og deltek i motbakkelop og maratonlop. Realiteten er at det er eit fåtal som faktisk deltek i slike aktivitetar. Til dømes er det under 30 000 som til saman deltek i Birkebeinerrittet og Skarverennet eit år. Om deltaking i «birken» blir malen vil det for mange virke uopnåelig å bli fysisk aktive. Å informere om alle ulike former for fysisk aktivitet kan senke terskelen for deltaking hos fleire.

Den andre grunnen er at mange nok allereie er fysisk aktiv i 30 minutt kvar dag utan at dei krediterast for det. Med ein aktiv kvardag med jobb, familie og born som krev sitt har ein gjerne ikkje tid til ein joggetur i tillegg. Om aktivitetar som til dømes korps, bridgeklubb eller teater fekk betre plass under kategorien «fysisk aktivitet» ville kanskje fleire følt dei var fysisk aktive 30 minutt kvar dag? Med eit samfunn som stiller «krav» til at ein må vere fysisk aktiv kan det tenkjast at mange som ikkje får tid går rundt med stress og dårlig samvit for at dei ikkje klarer dette. Kanskje kan det lette på «presset» ved å vite at med ein aktiv kvardag er ein gjerne fysisk aktiv nok? Kanskje vart det heller 83 % av befolkninga som følte dei tilfredsstilte helsemyndigheitene sine tilrådingar, og ikkje omvendt?

Helsemyndigheitene bidreg med politiske retningslinjer, og leverer kunnskap til dei vala vi sjølv tek. Om og korleis desse skal omsetjast til handling, av kven, kor tid og kva er andre spørsmål. Er det noko som forsvinn i overgangen frå politikk til fysisk aktivitet her i landet? Politiske retningslinjer kan tenkjast å både opne opp og snevre inn eit felt, likeins med den eller dei som skal omsetje desse til handling. Dei nye satsingsslagorda frå helsedirektoratet «30 minutt på din måte» og «den gode halvtimen» er eit døme på feltet opnast meir opp.

Men, retningslinjene er stadig like individretta. Ovanfor er fleire dømer frå utanlandsk forskning som viser at berre det å delta i grupper *saman* med nokon har positive verknader på helse. Det kan også tenkjast at førestillinga om at ein må vere «fysisk» aktiv hindrar somme frå å delta. Kanskje fleire ville velje å vere aktive og delta om det fantes fleire lågterskeltilbod om sosiale aktivitetar?

## Aktiv heile livet?

Sjølv om eldre kan vere fysisk aktive på den same måten som dei alltid har vore, tyder det at dei må det? Kan ikkje eldre få velje ei form for fysisk aktivitet som passar dei best? Og kvifor må alle eldre vere fysisk aktive? Eldre som i dag bur på sjukeheim er gamle og sjuke. Dei er komen hit fordi dei ikkje klarar å bu heime åleine lenger. Sjukeheimen er mest truleg den siste staden dei kjem til å bu på. Når ein først er komen på sjukeheim blir ein her til ein døyr. Ein kan difor spørje seg om det er så viktig for denne gruppa å vere fysisk aktive. Kan ikkje eldre her få lov til å slappe av og nyte den siste tida av livet slik ein sjølv ynskjer?

Spørsmålet har samanheng med kva ein ser på som fysisk aktivitet. Eldre som bur på sjukeheim kan trene for å oppretthalde funksjonar som kan gjere dei meir sjølvhjelpen på sjukeheimen. Til dømes kan det å gå på do og kle på seg vere dømer på kvardagsaktivitetar dei eldre ynskjer å klare sjølv. Men like viktig for eldre bebuarar på sjukeheim er kanskje den psykiske helsa? Det å føle fellesskap og vennskap med nokon?

Ei salutogen tilnærming på helse «fokuserer på menneskets opplevelse av sammenheng, helse og velvære (Sletteland 2012)». Sjølv om eit holistisk menneskesyn er ein viktig del av folkehelsearbeid, kan det synast som det er «fysisk aktivitet», eller mangelen på fysisk aktivitet, som er ein av dei største utfordringane for folkehelsa. Ved å fokusere meir på sosiale aktivitetar og livsglede framfor individuell trening og fysisk aktivitet kan kanskje salutogene prinsipp bli ein viktigare del av folkehelsearbeid? Det er gjerne ikkje den *fysiske* aktiviteten som er det viktigaste, men at ein får delta i noko som kan skape velvære og god sjølvkjensle. Ved å «opne opp» for at ulike former for aktivitet kan telje som helsefremjande og førebyggjande, kan ein også enklare leggje til rette for at ein kan vere aktiv heile livet – livet ut – på sin eigen måte?

## Essay 2 – Å skape fellesskap

Eg vil i dette essayet diskutere korleis samfunnsarbeid kan nyttast for å skape eit fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim, gjennom deltaking i aktivitetar. Essayet svarar direkte på problemstillinga.

### Samfunnsarbeid som tilnærming for å skape fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim

Som samfunnsarbeidar kan ein jobbe med mange ulike grupper i samfunnet, og ha mange ulike framgangsmåtar. Slik Tesoriero (2010) ser det, er det ikkje einighet kring kva aktivitetar som kan skildrast som samfunnsarbeid, eller kva som ligg i omgrepet (:1). Nokon tenkjer på samfunn som noko sjølvstendig som allereie eksisterer, medan andre ser på samfunn som eit mål i seg sjølv, noko å oppnå (Day 2006:24).

Men like viktig som å spørje kva samfunnsarbeid *er*, er spørsmålet om kva samfunnsarbeid *kan vere*. Noko av grunnen til at omgrepet vanskeleg lar seg definere, er at samfunnet stadig endrast og gjennomgår dagleg strukturering og omstrukturering (Martinussen 2008:77), planlagt eller ei. Ei skildring av oppgåvene til ein samfunnsarbeidar er at han skal vere med på å hjelpe menneske til å skape ei forbinding mellom eige liv og samfunnsstrukturane som formar verda (Ledwith and Campling 2005:31). Det handlar altså om å endre sosiale forhold saman med dei det gjeld, og slik vil samfunnsarbeid stadig variere etter ulik tid, stad og rom.

Målgruppa mi er eldre bebuarar på sjukeheim. Vi kan omtale sjukeheim som ein institusjon slik vi brukar ordet institusjon om store organisasjonar som har eksistert lenge (Martinussen 2008:45), men det tyder ikkje automatisk at det eksisterer eit samfunn eller fellesskap på sjukeheimen. Bebuarane her omfamnar gjerne ei stor heterogen gruppe, med ulike grader av sjukdom og funksjon. Ei slik gruppe av eldre vil utvilsamt ha noko til felles, men kan like fort kjennast tilfeldig, noko som kan skape ei kjensle av einsemd hos individa innanfor gruppa. For å lukkast i å skape eit *samfunn* her er ein avhengig av noko meir enn ei tilfeldig samling av menneske, nemleg ei samling av menneske med noko felles, som kan kommunisere og om er innstilt på at endring er mogleg og tyder noko (Bauman and May 2004; Martinussen 2008; Tesoriero 2010).

Ein kvardag på sjukeheim kan vere prega av lite sosial aktivitet og stor einsemd. Ei rekke undersøkingar tyder på at det først og fremst er innan sosiale og kulturelle områder dagens kommunale omsorgsteneste på sjukeheimar sviktar (St.meld.nr.25 (2005-2006):13). Det kan mangle både ressursar og vilje til å gje bebuarane noko meir enn den daglege pleia. Det har vore etterlyst fleire aktivitetar for eldre, samt samarbeid med frivillige organisasjonar for å få dette til (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Slikt kan vere med på å skape sosial deltaking og gje ei større kjensle av fellesskap, som nettopp samfunnsarbeid handlar om.

Men før ein kan snakke om samfunnsarbeid innan denne gruppa, er ein først og fremst avhengig av å skape eit fellesskap for dei eldre bebuarane (Tesoriero 2010:14). Nedanfor gir eg ein gjennomgang av korleis tilsette på sjukeheimar kan nytte seg av sentrale prinsipp i samfunnsarbeid for å lukkast i å inkludere flest mogleg eldre i arrangerte aktivitetar, og slik skape eit samfunn og eit fellesskap.

### **Eit nedanifrå- og opp perspektiv**

Eit «nedanifrå- og opp perspektiv» står sentralt i samfunnsarbeid. Sidan samfunnsutvikling er forankra i menneskes kvardagsliv (Ledwith and Campling 2005:31), bør problem løysast lokalt i lag med menneska det gjeld, sidan dei best kan avgjere eigne behov og korleis endring bør gjennomførast (Minkler and Wallerstein 2005). Dette samsvarer også med stortingsmelding «Mestring, muligheter og mening» som er opptekne av at god omsorg skapast i samspelet mellom personell og brukar (St.meld.nr.25 (2005-2006):35). For eldre kan til dømes frykt for skader og fall samt kjensla av noko nytt og skummelt vere hindringar som gjer at dei vegrar seg for å delta i aktivitetar (Bergan 2002; Tesoriero 2010). I staden for at ein som samfunnsarbeidar kjem inn med spesialkompetanse og tenkjer at «eg veit best» kva aktivitet som passar her, bør dei eldre sjølv få vere med å bestemme kva aktivitetar som kan vere aktuelle.

Sjølv om ein som fagarbeidar veit dette, er vel faren for eit «ovanifrå- og ned perspektiv» likevel til stades? Kan ein vere sikker på at tilsette på sjukeheimar ikkje har ei gitt førestilling og framgangsmåte som nyttast blant alle dei eldre bebuarane? Skal ein tenkje samfunnsarbeid er det «samfunnet som veit best», i dette tilfelle bebuarane på sjukeheim (Tesoriero 2010:120-121). Sjølv om nokre eldre uttrykker spesifikke ønskjer, må ein hugse på at andre preferansar kan gjelde hos neste gruppe av eldre.

Det nyttar ikkje å ha eit «nedanifrå- og opp perspektiv» om ein ikkje faktisk ser viktigheita av å involvere dei eldre i arbeidet med å identifisere eigne problem, og konstruere eigne svar (Ife and Fiske 2006:305).

Både ved val av aktivitet, og ved utføring av aktiviteten, er det viktig å hugse at eldre kan bidra med mykje frå tidlegare erfaringar, andre kulturar og andre ressursar frå ein annan tidsalder (Tesoriero 2010:137). Slik kan kvar bebruar kome med nye forslag til aktivitetar som kan prøvast, og oppskriftene og framgangsmåten for å skape eit fellesskap variere på kvar sjukeheim. Slik skapast endring nedanifrå.

### Deltaking

Eit «nedanifrå- og opp perspektiv» er også sterkt knytt til prinsippet om deltaking. Å auke deltaking blant bebruarane kan auke eldre si kjensle av velferd og sjølvsikkerheit (Tesoriero 2010:144-150). Ein samfunnsarbeidarar skal nettopp hjelpe dei eldre med å overkomme barrierar som hindrar dei frå å delta fullt i samfunnet (Day 2006:237). Individ og grupper i samfunn treng å føle kontroll, og dei treng hjelp til å kontrollere faktorar som påverkar eiga helse og velvære (Bracht 1990). Den einaste måten å lukkast med dette vil vere å involvere dei eldre direkte i avgjersler som omhandlar dei sjølv. Dei internasjonale prinsippa om aktiv alderdom byggjer også på at dei eldre ikkje trekkjer seg tilbake, men deltar i samfunnet.

Uavhengig av gruppe, intervensjonsform, initiativtakarar og målsetting er det alltid vanskeleg å få med heile målgruppa. Eldre kan vere ei gruppe der nokon manglar livslust, er deprimerte og har reduserte funksjonar som kan hindre deltaking. I likskap med andre grupper i samfunnet vil eldre identifisere og samanlikne seg med andre eldre (Bauman and May 2004). I gruppeaktivitetar kan skiljet mellom «dei friske» og «dei svake» bli meir tydeleg, som kan gjere at nokon ikkje føler seg heime i aktiviteten og vegrar seg for å delta neste gong. At ein manglar sjølvtilitt og føler at ein ikkje har noko å bidra med i arrangerte aktivitetar kan også vere ein grunn til at ein melder seg sjølv ut og vel å ikkje delta (Cornwall 2008).

Det har vorte eit auka fokus på aktivitetar for eldre, og at det skal vere eit tilbod om varierte aktivitetar som utfordrar eldre på forskjellige nivå. Men, kan det tenkjast at slike tilbod fører til at mange deltar i aktivitetar sjølv om dei eigentleg ikkje vil? Sosialt

press kan like godt eksistere blant eldre. Det auka fokuset på «sporty og frisk alderdom» kan skape ei kjensle av krav til deltaking, og avstand mellom ulike grupper på sjukeheim kan slik verte endå større om nokon vel å ikkje delta. Deltaking på eigne premissar blir igjen viktig å trekkje fram som essensielt for å sikre fellesskap. Regjeringa legg òg vekt på auka brukarmedverknad og individuell tilpassing (St.meld.nr.25 (2005-2006)). Sjølv om ein er oppteken av at eldre skal *vere med* å bestemme, er det kanskje nokre eldre som *forventar* å få bestemme? Framtidas eldre vil ha høgare utdanning, vere meir ressurssterke og ha betre helse enn dagens eldre. Det kan difor tenkjast at dei i større grad enn dagens eldre vil påverke eigne omgjevnadar (Slagsvold and Solem 2005). Deltaking blir då ein endå viktigare strategi for å få betre tak på dynamikken i pågåande sosiale endringar (Marent, Foster et al. 2012).

## Empowerment

Empowerment, eller eigenkraftmobilisering, blir blant anna skildra som ein prosess som mogleggjer individ og samfunn si evne til å ta kontroll over eige liv og omgjevnader (Minkler and Wallerstein 2005:26). Ved at eldre sjølv får vere med på å bestemme aktivitet, setje i gong aktivitet, utfordre seg sjølv og kjenne meistringskjensle får dei ta del i prosessar som omhandlar deira eigen kvardag, og kan slik identifisere og utfordre problem som ligg i vegen for samhandling blant eldre på sjukeheim.

Sentralt i omgrepet empowerment står *power*, eller makt. Ein kan skilje mellom ulike typar av makt, der Dominelli (2002:18) refererer til makt over, makt til og makt med. *Makt til* indikerer undertrykte personar sin moglegheit til handling og endring. Det kan også skildrast som psykologisk eller individuell empowerment, og handlar om eins subjektive kjensle av kontroll over eige liv. Denne forma for empowerment kan eldre oppnå på eit individuelt plan ved at dei deltar i og meistrar aktivitetar dei sjølv har vore med å planlegge. I motsetnad til individuell empowerment har ein kollektiv eller samfunns-empowerment (Bracht 1990; Dominelli 2002:117). Det kan ein knytte til *makt med* som i likskap med samfunnsarbeid handlar om den styrka som ligg i det kollektive og det som kan skapast når individ samlast og jobbar mot eit felles mål, som til dømes fellesskap på sjukeheimar (Dominelli 2002:18). Dette kjenner vi også igjen i



Freire sitt omgrep «conscientization», bevisstgjerings, som aukar når personar sjølv får vere med å identifisere, analysere og endre undertrykkande forhold (Freire 2000; Minkler and Wallerstein 2005).

Empowerment som prosess har altså ikkje berre fordelar på individuelt nivå, men kan også nyttast som verkemiddel for samfunn og organisasjonar som jobbar for kontroll over eigne liv, auke eigenkapital og livskvalitet (Minkler and Wallerstein 2005). Ved at eldre får delta i gruppeprosessar kan ein auke den sosiale kapitalen til heile gruppa, samtidig som ein sjølv opplever individuelle framsteg.

### **Kollektiv handling**

*Makt med – relasjonar* er som sagt bygd på den kollektive styrken som dannast når individ kjem saman. Samhandling og kollektiv handling er viktige stikkord blant medlemmer av ei gruppe som jobbar mot det same målet (Dominelli 2002:18). Eldre bebuarar på sjukeheim er ei gruppe som på grunn av behov for hjelp har blitt samla på same stad. Det er ikkje ei samling av menneske som har kome saman *på eige initiativ* for å jobbe mot eit problem. Dette kan gjere utfordringa med å skape eit fellesskap på sjukeheimen vanskelegare då nokre av bebuarane ikkje vil, eller vegrar seg for å delta i felles aktivitetar. Sidan kollektiv handling er skildra som den prosessen der menneske går saman for å endre noko (Ledwith and Campling 2005:7), er det naudsynt å skape ei kjensle av noko felles å jobbe mot for dei eldre bebuarane. Grupper kan ikkje basere seg på ei «falsk kjensle av noko felles», men er avhengig av at den kollektive kjensla verkeleg eksisterer (Dominelli 2002:113).

Her må ein som samfunnsarbeidar «tenke kollektivt», samtidig som ein ikkje gløymer det individuelle. Dominelli (2002) påpeikar at er det lett for å halde fram med ein undertrykkande praksis om ein ikkje i gruppeaktivitetar både tar omsyn til, og ser samanhengen mellom individuelle og kollektive opplevingar (:110). I forhold til empowerment lyt ein ta omsyn til samspelet mellom individuell og kollektiv empowerment. Dei to nivåa påverkar kvarandre og er avhengige av kvarandre, utan at det er eintydig med at ein oppnår begge nivå samtidig. Sjølv om ein som gruppeleiar føler eit fellesskap saman med eldre på sjukeheimen, kan det likevel vere individ som kjenner seg forbigått og undertrykt. Likeeins kan enkelte eldre uttrykke auka eigenkraft, sjølv om gruppa har langt igjen (Dominelli 2002:117). Ein må sikre at kvar

enkel bebuarar føler eigarskap til gruppeprosessen og avgjerslene som blir tekne. Individuelle framsteg er første steg på veg mot kollektiv handling og for endring. Vidare er grupper av eldre basen der kollektiv identitet og fellesskap blir til, og der prosessen for endring mest sannsynleg finn stad (Ledwith and Campling 2005:94). Med forskning som viser at kommande generasjonar av eldre vil ha sterkare individualistiske og svakare kollektivistiske verdiar (Slagsvold and Solem 2005), kan det tenkjast at arbeidet med å skape kollektiv identitet blir endå vanskelegare i framtida?

Om ein så klarer å skape ei kollektiv kjensle og eit fellesskap, er neste utfordringa å få desse strukturerte gruppene til å fortsette å vare. Kva er det som gjer til at nokre grupper varer, medan andre går i oppløysing? Ledwith og Campling tar det heile vidare, ikkje berre må ein som samfunnsarbeidar ta omsyn til individ og gruppene, men også dei omliggande strukturane og storsamfunnet (2005:93). Mislukkast ein i dette, klarer ein ikkje å byggje eit sterkt fellesskap.

### **Strukturperspektiv**

I mitt tilfelle med eldre bebuarar på sjukeheim vil institusjonen sjukeheim utgjere ein struktur som set visse grenser for kva ein kan, og ikkje kan gjennomføre. Aktørane, tilsette og bebuarar på sjukeheimen, kan berre handle innanfor dei rammene som er sett av institusjonen. At ein ser struktur i samanheng med aktør er viktig for å lukkast i samhandling (Shilling 1999). Det nyttar ikkje å planlegge ein aktivitet som ikkje kan gjennomførast i realiteten fordi ein har gløymt å undersøke rammevilkår på førehand.

Vidare blir storsamfunnet utanfor institusjonen også naudsynt å ta omsyn til. Kommunale og statlege retningslinjer kan både hindre og fremje prosessar. Ein må som samfunnsarbeidar og som initiativtakar og tilsett på sjukeheim ha kunnskap om og kjenne til forskrifter og handlingsplanar som er aktuelle for eige arbeid. Opplev ein liten framgang, kan det vere vanskeleg å løfte blikket og sjå etter årsaker på andre plan. Ressursar og krefter som styrer makro-nivået, er med på å skape rutinar på mikro-nivå (Dominelli 2002:165-166). Slik kan ulikt nivå av velstand i kommunar på makro-nivå forklare kvifor nokre sjukeheimar lukkast i arbeidet med å skape eit fellesskap, medan andre strevar.

Samfunnsarbeid handlar ikkje berre om samhandling mellom personar og grupper, men også om samhandling med samfunnet på lokalt, nasjonalt og internasjonalt nivå. Den nye samhandlingsreforma poengterer nettopp viktigheita av eit betre samarbeid mellom ulike nivå av institusjonar, til dømes innan helse- og eldrearbeid (St.meld.nr.47 (2008-2009)). Å skape eit fellesskap som er noko meir enn ei forholdsvis tilfeldig samling av eldre menneske på ein sjukeheim, krev difor at ein erkjenner at dei ulike nivåa er avhengige av kvarandre, og kor viktig og naudsynt det er med samhandling på tvers av nivåa.

Det ligg mykje makt i strukturar, og menneske inngår heile tida i samfunnsmessige strukturar som har innverknad på menneske si handling (Lyngstad 2003:83). Ved at eldre opprettheld deltaking i sosiale aktivitetar og sosiale relasjonar, kan eldre oppnå ei eiga form for handlingskapasitet. Slik kan eldre gjennom vedvarande deltaking i sosiale relasjonar i følgje Lyngstad (2003) oppnå makt. Men er dette nok for å få etablerte fellesskap av eldre til å vare?

### **Prosjektorganisering som hjelpemiddel i arbeidet med å skape fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim**

Ovanfor har ein gjennomgang av korleis nokre sentrale prinsipp i samfunnsarbeid kan nyttast for å skape eit samfunn blitt presentert. Men, sjølv om ein som samfunnsarbeidar kjenner til alle desse prinsippa, kan manglande kunnskap om ulike former for prosjektorganisering gjerne føre til at ein mislukkast. Nylehn (2002) understrekar at det ikkje er sjølve strukturen på prosjektet som er viktig, men at ein er open for at arbeidsmåtar og strukturar kan endrast undervegs i prosjektet, at prosessen er viktigare enn strukturen og at ein kan samarbeide på tvers av fag (:41-45). Vidare nemner Nyhlen (2002) medverknad, tilhøyrsløse og arbeid i grupper som sentrale arbeidsmåtar i prosjektorganisering. Dette samsvarar med prinsipp i samfunnsarbeid. Korleis ein opptretr som prosjektleiar, korleis ein kommuniserer, ulike prosjektfasar og om ein klarar å skape fellesskap i prosjektet er også viktig å ha kjennskap om ein skal lukkast med prosjektet (Nylehn 2002).

Til slutt er evaluering viktig, noko Minkler og Wallerstein (2005) påpeikar at ein ofte manglar innan samfunnsarbeid. Samtidig har det vore eit problem med manglande rapportar og publisering av arbeid innanfor samfunnsarbeid (:41). Dette har heldigvis

vorte betre, for ved å organisere og evaluere prosjektet har ein betre føresetnadar for å lære noko av det (Nylehn 2002). Kanskje er evaluering både før, under og etter prosjekt ein undervurdert i samfunnsarbeid, og her viktig for å klare å skape og oppretthalde fellesskap på sjukeheim?

### **Avsluttande kommentarar**

Ein samfunnsarbeidar skal som sagt vere med på å skape forbinding mellom eige liv og samfunnsstrukturane som formar verda. I dette dømet var målet å skape ei kjensle av fellesskap og kollektiv identitet for å skape eit samfunn blant eldre bebuarar på sjukeheim. Utfordringane er mange, og verkemidla er gode. Sjølv om ein lukkast i å opprette eit samfunn, står ein gjerne ovanfor nye utfordringar for å *oppretthalde* samfunnet. Likeins med samfunnsarbeid må også samfunnsarbeidaren endre seg med tid, stad og rom. Samfunnet er ikkje konstant, og ein lyt heile tida bevege blikket framover.

### **Essay 3 – Samfunnsarbeid og fysisk aktivitet**

Samfunnsarbeid handlar om kva menneske kan skape *saman*. Ei kjensle av fellesskap er ein føresetnad for kollektiv handling. Ein institusjon som ein sjukeheim kan vere første skritt i ein prosess som skal skape endring, og samhandling. Dette essayet vil med dømer frå mitt empiriske materiale vise korleis deltaking i fysisk aktivitet kan vere med på å skape fellesskap blant eldre bebuarar på sjukeheim. Korleis var eldre fysisk aktive på denne sjukeheimen? Kva betydde det å få vere med i felles aktivitetar? Skapte det fellesskap? Vart det skapt noko anna?

#### **Møtet med sjukeheimen**

Det empiriske materialet for mastergradsoppgåva har eg produsert ved å delta i aktivitetar saman med eldre bebuarar på sjukeheim. Ansvarleg for aktivitetane eg deltok i var musikkterapeut og aktivitør tilsett på sjukeheimen. Eg deltok i aktivitetar som kor, dans, bingo og bowling. Storparten av materiale har vorte samla inn under musikkstunder (nærare skildring av aktivitetane finst i innleiingskapitlet). Då fysisk aktivitet var eit viktig tema for oppgåva var eg først litt skeptisk til kor mykje informasjon eg kunne få om dette ved å delta i musikkstunder. Kvifor? Fram til no har eldre for meg vore forholdsvis spreke menneske som kan og bør vere aktive i turgåing, styrketrening, symjing og så vidare. Når eg møtte feltet eg skulle studere i, møtte eg det med desse tankane og omgrepa som allereie låg implisitt hos meg. Eg venta å finne eldre i fysisk aktivitet, og dette kan ha påverka kva eg leitte etter, og korleis eg oppfatta eldre og fysisk aktivitet på sjukeheimen (Gilje and Grimen 1993).

Møtet med eldre bebuarar på sjukeheim vart ei ny oppleving for meg. Undervegs og etter arbeidet med å samle inn data vart eg merksam på dei ulike måtane ein er fysisk aktiv på i desse timane. Ved å oppleve korleis aktivitetar faktisk artar seg på ein sjukeheim har synet mitt om eldre og aktivitet blitt påverka og endra, på bakgrunn av nye erfaringar, noko som har vore lærerikt og nyttig (Gilje and Grimen 1993). No veit eg at eldre er, og kan vere, fysisk aktive på mange andre måtar enn det eg trudde på førehand. Og at eldre bebuarar på sjukeheim sjeldan er aktive på den måten nasjonale retningslinjer rådar dei til.

#### **«Ho kjem inn som ei solstråle og spreiar så god stemning»**

Ei musikkstund føregår på fellesstova på dei ulike avdelingane på sjukeheimen. På ei

avdeling bur det ti personar, som vil seie at opp til ti kan delta i musikkstunda. Det er sjeldan at alle ti deltek, men sju til ti bebuarar er som oftast med. Musikkterapeuten har med seg piano og gitar inn på alle avdelingane, bortsett frå ei avdeling som har eige piano (som var ei gåve til ein av bebuarane). Ho vekslar mellom å bruke piano og gitar til songane. Musikkstunda er på om lag 30 minutt. Musikkterapeuten byrjar gjerne halvtimen med å trampe i golvet i takt med musikken, og svaie frå side til side. Dette er til dømes gjort til ein marsj eller liknande songar. Nokre tar i med armene og svingar seg meir frå side til side, andre har nok med å trampe med. Etter kvart blir det gjerne delt ut rytmeinstrument, som bebuarane får riste på til musikken. Andre gonger bruker ein hendene og klappar til, medan ein syng med i lag med resten av bebuarane på avdelinga. Mange av bebuarane er avhengig av rullestol eller rullator. Då er slik sittegympastikk eit bra alternativ for å få med alle. Det er også aktivitet i *grupper med musikk*, to faktorar som har vist å ha positive effektar på helse for eldre (Aasgaard 2006; Bonilha, Onofre et al. 2009; Haslam, Haslam et al. 2010).

Det er tydeleg at fleire av bebuarane gler seg til musikkstunda. Dei ynskjer musikkterapeuten velkommen når ho kjem inn døra, og somme byrjar straks å syngje på ynskjemelodien når ho kjem. Etter ei musikkstund på avdeling B danna eg samtalegruppe med tre av bebuarane, og spurde kva dei tykte om slike musikkstunder:

*Brita: «Ja, det er jo veldig flott!*

*Ho kjem inn her som ei solstråle og spreiar så god stemning».*

*Agnes: «Ja, det er veldig koselig».*

Musikkstundene tyder mykje for bebuarane. Det er enkelt å sjå at mange set pris på dei. Som nemnt er det vist at slike aktivitetar aukar velvære, sosial og personleg identitet samt minskar førekomsten av depresjon, angst og risiko for slag. Å leggje vekt på det sosiale ved aktiviteten, og ikkje berre sjølv aktiviteten har fordelar både på det psykologiske og fysiologiske plan for eldre (Gleibs, Haslam et al. 2011). Deltaking i aktivitetar å gruppenivå kan også ha positive effektar uavhengig av kva aktivitet ein deltek i, som viser kor viktig kjensla av fellesskap og tilhøyrse er (Gleibs, Haslam et al. 2011). Musikkterapeuten på sjukeheimen arbeider for å setje musikk inn i ei spesifikk terapeutisk ramme. Ho er oppteken av at ho er ein terapeut, og at gruppene ikkje er

eit reint underhaldingsbidrag. Det vil seie at musikkterapi er bruk av musikk og musikkaktivitetar for å oppnå ikkje musikalske-mål, som å bygge eller forbetre den sosiale og emosjonelle funksjonen, støtte mentale prosessar og styrke den fysiske helsa (Myskja 2006:21-22). Musikkterapi er av Ruud skildra som «bruk av musikk til å gi menneske nye handlingsmoglegheiter (Ruud 1990). Slik kan musikkstunder fremje helse, påverke kropp og sinn, fysiologisk og psykososialt (Aasgaard 2006:31).

I musikkstundene var det også rom for å danse, men sidan musikkterapeuten stort sett var åleine med bebruarane denne halvtimen uttrykte ho at dette var vanskeleg å få til. Det var få, eller ingen, som tok eige initiativ til å danse, og nokre trengde hjelp til å kome seg ut av stolen eller støtte seg på nokon. Når musikkterapeuten i tillegg spelte piano eller gitar hadde ikkje ho sjølv moglegheit til å danse så mykje. At eg var med i musikkstundene gjorde at eg kunne danse med fleire av bebruarane. Sjølv om dei sat i rullestol eller hadde vanskeleg for å gå, gjekk det an å svinge dei rundt i stolen eller støtte dei godt. Ein dag dansa eg mellom anna med Fanny, ei sprek dame på avdeling C. Etter musikkstunda danna eg ei samtalegruppe der Fanny deltok. Ho snakka om kor mykje ho likte gymnastikk, og å halde seg i aktivitet:

*Fanny: «Eg tykkjer det er lite gymnastikk her. Det er viktig å halde seg i aktivitet når ein blir gammal».*

Det låg eit potensiale for å få fleire bebruarar aktivisert gjennom dans i musikkstundene. Kvifor dette ikkje vart nytta betre kan ha fleire årsaker. Hadde dei tilsette tid til å vere med? Ville dei vere med? Eller vart musikkstunda ei «fritid» frå bebruarane til å gjere andre ting? Strukturelle forhold på sjukeheimen kan påverke kva bebruarane får ut av å vere med i slike musikkstunder. Fysisk deltaking er ikkje nødvendigvis det same som sosial deltaking. Nokre av bebruarane deltok aktivt i musikkstunda, song og spelte med, medan andre var meir passive. Å planlegge deltaking etter kontekst blir viktig (Marent, Foster et al. 2012).

### **Dans i stova**

Ein dag deltok eg også i dans med trekkspelmusikk på sjukeheimen. Dette vart arrangert på fellesstova på ei av avdelingane. Ein lokal trekkspelklubb kom for å spele denne dagen, og rigga seg til i eine hjørnet av stova. Midt i rommet var det plass til

dansegolv, og rundt om langs veggane sat bebuarar og tilsette i stolar og rullestolar. Dansen varte om lag ein time, og det var god stemning og mykje liv frå første stund. Fleire av bebuarane ville stadig opp å danse, og var raskt ute og «leitte med blikket» etter nokon å danse med når neste song starta. Somme sat i rullestol, nokre klarde seg sjølve, medan andre trengde støtte for å gå/danse. Sjølv om nokre bebuarar sat i ulike former for rullestolar kunne ein danse med dei ved å halde dei i hende, snurre litt på stolen, og svinge seg sjølv att og fram og under armen til personen i rullestolen.

Det virka som nokre av bebuarane kunne ha dansa heile tida, men for å prøve å få med alle var ein nøydd til å bytte litt på kven ein dansa med. Nokre sat og trippa og venta kvar gang dei ikkje fekk vere oppe og danse, andre var litt meir reserverte men takka ja kvar gang dei vart bedne opp til dans. Det var lett å sjå at bebuarane sette pris på dette. Dei smilte og lyste opp med ein gong du gjekk bort for å danse med dei. Det var fort gjort at dei kunne «dette ut» og såg litt trøytt ut når dei sat åleine, men med same du kom for å spørje om dei ville danse lyste dei opp.

Under dansen spurde eg fleire om dei tykte det var kjekt. Marta som var ei av dei ivregaste etter å danse denne dagen hadde det veldig fint,

*Marta: «det er kjekt å få danse litt, og med så fin musikk!».*

Mange var først usikre på om dei var flinke nok til å danse, når eg bad dei opp sa dei alltid: «eg er ikkje noko flink», «eg kan ikkje danse», «du er sikkert mykje flinkare enn meg». Eg svarde at det ikkje betydde noko og vi dansa vidare. Og dei takka alltid ja til neste dans, om det var meg eller andre som bad dei opp. Nokre var ganske spreke og «dansa fort».

I forhold til musikkstundene var dette ei litt annleis oppleving. For nokre av dei som høyrer tungt var det nok lettare å få med seg musikken. Det var trekkspele, høgtalarar og vokalist som song i mikrofon, som gjorde at bebuarane fekk meir med seg kva song som kom osv. Musikk og dans er innlærde ferdigheiter som gjerne er bevart i prosedyrehukommelsen, hukommelsen for innlærte, automatiske ferdigheiter. Slik kan dans og songar ein har lært som ung sitje i kroppen livet ut (Ridder 2005). Dette kom til uttrykk hos ein av bebuarane, Ella. I musikkstundene hadde eg hatt vanskeleg med å få



«tak på» ho. Eg var usikker på om ho tykte noko særleg om musikk, eller om ho berre var trøtt og lei. Ho ville berre sitje i stolen og helst ikkje delta. Denne dagen var ho derimot oppe og dansa fleire gongar og ho smilte og var i skikkeleg godt humør. Det overraska meg at ho i det heile teke var sprek nok til å danse.

Musikkterapeuten fortalde meg seinare at Ella hadde hatt fleire brør som spelte trekkspel då ho var yngre, og at ho hørte svært tungt. For ho vart denne dansen gjerne eit minne om fortida, og ein moglegheit til å danse slik ho hadde gjort. Kanskje var ho veldig glad i musikk, men hørte lite av det som føregjekk i musikkstundene? Dans med trekkspelmusikk vart ein aktivitet der Ella kunne delta fullt ut i, i motsetnad til musikkstundene. Kor mykje fekk Ella ut av å delta i musikkstundene, der ho kanskje ikkje hørte kva som føregjekk? Vi ser at ulike aktivitetar kan skape ulike grader av deltaking.

### **Kjensla av noko felles**

Mange av aktivitetane føregår på dei ulike avdelingane, som til dømes musikkstundene. Ein slik aktivitet kan vere med på å skape ei sterkare kjensle av fellesskap her, ved at dei eldre sjølv får vere med på å bestemme songar, dei syng i lag og blir gjerne betre kjende med kvarande (Marent, Foster et al. 2012). Sjølv om ein som bebruar er del av ein sjukeheim og bur på ei avdeling med ni andre, tyder ikkje det nødvendigvis at det eksisterer eit samfunn eller eit fellesskap mellom menneska her. Bebruarane omfamnar gjerne ei stor heterogen gruppe, med ulike grader av sjukdom, funksjon, bakgrunn og ønskjer. Sjølv om dei eldre innanfor denne gruppa har fleire felles referansepunkt, kan samlinga fort kjennast tilfeldig, noko som igjen kan vere med på å skape ei kjensle av einsemd hos kvart individ innanfor gruppa. På ein sjukeheim vil det også vere stadige utskiftingar av bebruarar, som kan redusere kjensla av tilhørse. At det finst felles aktivitetar å delta i kan gjere det lettare å skape eit rom for samhandling, og etter kvart ei kjensle av fellesskap. Gleibs med fleire har vist at positiv samhandling med andre kan vere med på å byggje felles identitetar, som kan ha positive effektar på sosiale og organisatoriske funksjonar. Slikt gruppemedlemsskap har effektar på velvære fordi grupper fremjar kommunikasjon og engasjement. Ein får både kjensle av ein felles sosial identitet og støtte frå andre gruppemedlem (Gleibs,

Haslam et al. 2011). Ein kan spørje kvifor fokuset på individuelle aktivitetar er så stort når effektane av gruppemedlemsskap er så klare.

Det blir og stelt i stand aktivitetar som går på tvers av avdelingane. Til dømes «kor for alle på møterommet», «bingo for alle på avdeling A» eller «dans med trekkspelklubb på avdeling C». Aktivitetar som er for alle er med på å skape ei kjensle av fellesskap for alle avdelingane og alle bebuarane på sjukeheimen. Når det vart arrangert dans med trekkspelklubb på avdeling C kom det bebuarar frå mange avdelingar. Dei sat seg gjerne ned ved sidan av nokon dei ikkje kjende, dansa med andre enn sine egne pleiarar og song med saman med resten av stova. Slikt kan auke kjensle av fellesskap, og kanskje skape nye fellesskap med andre bebuarar?

### **Korøving å møterommet**

Korøvingane på møterommet kan vere ein måte å skape fellesskap på. Dette er eit tilbod til alle bebuarane på huset, så her samlast dei frå alle avdelingane. Samanlikna med musikkstundene skal korøvinga vere «noko litt meir», med sjølv musikken i fokus. Det var oppvarmingsøvingar og eit par korte songar som skulle forberede deltakarane til hovudøkta. Mange av dei eldre har gjerne vore med i kor tidlegare, og er vande med ei viss oppbygging av timen. Difor er det meininga at korøvinga skal vere meir strukturerte og planlagde enn musikkstundene på avdelingane. For eldre som har vore vande med å delta i kor før kan det å få delta i kor her både skape rom for å minnast «kor-dagane» og skape rom for å kjenne på fellesskapet ein hadde då, og gjerne kjenner igjen no. Kor kan fremje opplevingar av fellesskap og kjensler av å høyre til. Også det å synge eller høyre ein kjent song kan skape ei kjensle av å høyre saman med dei andre bebuarane som også kjenner denne songen (Kvamme 2006:165). Stige påpeikar at kordeltakarar som har fått spørsmålet om det er sunt å synge i kor har svart at «det gjer godt for kroppen, gjev dei noko vakkert og meningsfullt å halde på med, og ikkje minst gjev dei fellesskap og sosiale nettverk» (Stige 2006:201). Dette vil vel eldre bebuarar også kunne føle?

Jon, ein av deltakarane i korøvinga hadde vore aktiv i kor då han var yngre. Han klarde ikkje delta i songen sjølv, men uttalte: «så flinke de er» etter at koret hadde sunge «Mellom bakkar og berg». Eit slikt kor eller ei musikkstund kan skape ei trygg ramme for gode opplevingar i relasjon og interaksjon med andre. Solli hevdar at musikalsk

aktivitet knyt personar nærare saman gjennom felles opplevingar (2006). Sjølv om Jon hadde vanskeleg for å snakke og delta i songen, kan song også fungere som ikkje-verbale kommunikasjonskanalar (Kvamme 2006:165). Under kor-øvinga sat eg ved sidan av Jon, og eg kunne sjå at han hadde tårer i auga og smilte. Han minnst kanskje dagane i koret? Eller sat pris på songen? Kanskje kjende han ei kjensle av tilhøyrse og fellesskap? Eg tolka det slik at han hadde stor glede og utbytte av å delta i koret sjølv om han ikkje deltok i songen. I andre musikkstunder og elles sat Jon ofte og såg ut i lufta, først på korøvinga vart eg klar over at han var til stades meir enn eg trudde.

Musikkterapeuten var også bevisst på at ulike songar kan skape eller bekrefte ein slags felles identitet. Til dømes hadde vi i musikkstundene songar om dei ulike bydelane i Bergen. På avdeling D sat Nils, ein gamal mann som hadde vakse opp på Laksevåg. Han sat og halvsov i stolen, men då musikkterapeuten sat i gong med «Songen om Laksevåg» vakna mannen til og song med på noko av det han kunne. Oddrun var også frå same bydel, men var sjølv negativ til denne songen. Ho kjende den ikkje hatt, og sa «dette er ikkje ein song om Laksevåg, den kjenner ikkje eg!». Men ho song med likevel, og sa at det var ein fin song. Sjølv om ikkje begge kjende att songen, er det eit døme på korleis musikkstunder og spesielle songar kan skape fellesskap.

#### **«Det er passeleg for meg det her, eg har ikkje vore så aktiv før».**

Rantakokko med fleire viste i ei undersøking at eldre mellom 75 og 81 år føler at dei ikkje har nok moglegheiter til å auke nivået av fysisk aktivitet sjølv om dei er villege til å gjere det (Rantakokko, Iwarsson et al. 2010). Stemmer dette for bebruarane på sjukeheimen?

Fanny er eit døme på ei sprek dame som gjerne kunne tenke seg å delta i fleire aktivitetar.

*«Det er ikkje lov å gå utanfor åleine. Det er forbudt. Å komme seg ut på konserter eller liknande kunne eg ha tenkt meg. Eg synst det er for gale at vi ikkje har lov til det».*

Fanny hadde nok lov til å gå ut åleine, men sakna gjerne nokon å gå ut med. Tilsette har gjerne ikkje tid til å ta med bebruarane ut, og familien har ikkje tid til å kome på besøk. Fanny hadde gått tur tidlegare, og uttrykte at ho sakna dette. Brown påpeikar

at statlege retningslinjer i Storbritannia fremjar naturen som ein helsebringande arena (Brown and Bell 2007). Liknande framstillingar finn vi her heime og, med råd om at fysisk aktivitet med fordel kan finne stad ute i naturen. Kanskje følte Fanny det var viktig med turar ute, men at det var vanskeleg å få til?

Men ikkje alle bebruarane føler at å bu på sjukeheim set grenser for kva ein kan delta i. Nokre likar å ta det med ro, medan andre er meir opptekne av gymnastikk. Agnes på avdeling B hørte til den første gruppa. Eg spurde om det var nokre andre aktivitetar enn musikkstunda ho var med i;

*Agnes: «Nei, ikkje så mykje. Det treng ikkje vere så mykje. Eg synst det er greitt å sitje her og slappe av».* Også Eilert delte dette synet,

*Eilert: «det er passelig for meg, det er nok for meg det her. Eg har ikkje vore så aktiv før».*

Det var musikkstunder i samarbeid med fysioterapeut på avdelinga. Eg skulle delta i ei slik gruppe, men fysioterapeuten måtte avlyse den einaste gongen eg hadde moglegheit til å delta før musikkterapeuten slutta. Musikkterapeuten hadde ei «vanleg» musikkstund med litt fleire øvingar enn vanleg. Etterpå spurde eg deltakarane, som var på avdeling B, om dei hadde likt gymnastikken ettersom eg hørde dei brukte ordet gymnastikk under musikkstunda.

*Brita: «Ja, dette vart jo bornegymnastikk i forhold til det vi pleier å ha», lo ho. «Nei vi pleier jo å ha litt meir enn dette».*

*Eg: «Men det er vel godt å få bevege seg litt likevel?»*

*Brita: «Ja, absolutt».*

Eg sat å snakka med damene på avdeling C etter ei musikkstund, og spurde om dei hadde vore med i slike grupper:

*Fanny: «Jo, eg har jo vore med på det. Det er viktig med gymnastik. Det likar eg. Kan ikkje du vere med på det Dagny når du vert betre?» (sikta til at Dagny hadde mykje smerter).*

*Dagny: «Nei, eg veit ikkje om eg blir betre».*

*Fanny: «Nei nei, men kanskje kan du det».*

Fanny høyrtes litt oppgitt ut, og eg tolka det slik at ho gjerne ville ha med Dagny i desse gruppene. Kanskje ville ho ikkje gå åleine? Eller kanskje meinte ho at Dagny måtte vere meir aktiv? Pickard seier at det har vakse fram ein «helse som val»-diskurs for eldre, som skal hjelpe eldre til å hjelpe seg sjølv og ha kontroll over eige liv (2011). For ei sprek dame som Fanny var det gjerne naturleg at ein skulle vere aktiv. Ho var framleis i form til å vere aktiv, hadde framleis kontroll, og sette pris på tilboda ho fekk. Kanskje ville ho ha med Dagny som selskap, eller kanskje meinte ho at Dagny burde vere aktiv fordi ho var det? Den siste setninga til Fanny «Nei nei, men kanskje du kan det» kan også tolkast som at ho held avstand til sjukdom, svekking og død. Bjelland seier det er ei underkommunisering av død blant bebuarar på sjukeheim. Det er noko tabu, og ein vil ikkje snakke om det eller identifisere seg med «dei sjuke» (Bjelland 1985).

Som blant alle aldersgrupper er det ulikt blant eldre kor aktiv ein her, og kor aktiv ein ynskjer å vere. Individuelle ønskjer må takast omsyn til, og ein kan ikkje tvinge nokon å delta i aktivitetar ein ikkje vil. Men sjølv om ein ikkje har vore særleg aktiv før kan ein ha stor glede av dette i alderdommen, og personale kan vere viktig for å oppmuntre, motivere og støtte bebuarane i aktivitetar.

### Aktiv i kvardagen

Fleire forhold på sjukeheimen kan ha innverknad på kor aktive bebuarane er i kvardagen. Til dømes vert kvardagen for pleiarane skildra som travel av aktivtøren. Dei har lita tid til sine faste oppgåver, og lita tid til ekstraarbeid. Om aktivtøren vert sjuk vert aktivitetane gjerne avlyst fordi ingen andre har tid til å ta på seg ansvaret. Når eg var på besøk på sjukeheimen opplevd eg sjeldan at tilsette deltok i musikkstundene saman med bebuarane. Musikkterapeuten uttrykte at dette var dumt, både fordi det var ein moglegheit for dei tilsette å bli betre kjent med bebuarane, men også fordi fleire av bebuarane gjerne ville danse, men trengte nokon som kunne hjelpe dei. Vi ser at travle dagar for tilsette og tidspress spelar ei viktig rolle for bebuarane si deltaking i aktivitetar.

Frisør og fotpleiar held til på bakkeplansnivå innanfor hovudinngangen. Skal bebuarar nytte seg av desse tilboda lyt dei besøke salongane. Frisør og fotpleiar kjem ikkje rundt på avdelingane. At desse tenestane blir tilbydt på denne måten kan gjere at bebuarane får ekstra aktivitet ein dag med å kome seg til og frå frisøren. Det var heis på

sjukeheimen, som gjer at bebruarane kan bevege seg lettare mellom dei ulike etasjane. Dei som klarar gå åleine utan personleg hjelp kan slik kome seg rundt på huset, ned til frisøren og ikkje berre få ekstra aktivitet men kanskje ei kjensle av at noko anna skjer?

Då det skulle arrangerast bingo på ei avdeling måtte mange av bebruarane flytte seg over til denne avdelinga. Agnes og Brita som eg kjende frå musikkstunder og samtalegrupper på avdeling B kom saman til bingoen. Agnes hadde ein rullator som begge damene støtta seg til. Det gjekk seint, men dei kom fram på eiga hand. Kanskje var denne turen frå deira eige avdeling til denne ein aktivitet som ikkje vart gjort kvar dag, og vart slik noko ekstra denne dagen?

### **Deltaking uansett?**

Våren 2012 har teateret «Evig Ung» gått på Den Nationale Scene i Bergen. Stykket finn stad i 2062, Den Nationale Scene er lagt ned og bygt om til ein sjukeheim. Her bur gamle skodespelarar som ikkje vil innsjå at dei er blitt gamle. Sjukepleiaren Sissel Ingri som jobbar her syng trasige salmar og prøvar å forberede dei eldre på døden.

Bebuarane vil ikkje ha noko av dette, og mimrar tilbake til ungdommen med rock- og poplåter dei sjølv hugsar når sjukepleiaren forlét rommet. Kan dette stykket vere eit reelt bilde på tilvere på ein sjukeheim?

Deltaking er eit nøkkelomgrep i samfunnsarbeid og helsefremmande arbeid. Marent med fleire hevdar at deltaking må planleggjast ut i frå kontekst. Det har vakse fram mange nye områder for bruk av deltaking, der sjukeheimar er ein av dei. Men deltaking er ikkje det same overalt, og ein lyt ta omsyn til både strukturelle og individuelle behov (Marent, Foster et al. 2012). Å tilby aktivitetar som bebruarane kan delta i er ikkje det same som å sikre deltaking. Hauge seier at for somme kjennast aktivitetstilbodet som ei meningslaus tvang (Hauge 2008). Om ein aldri har likt musikk, kor eller song, vil ein då ha glede av dette på ein sjukeheim fordi dette er det einaste alternativet?

## Essay 4 – Deltaking på godt og vondt

Essayet svarer på problemstillinga ved å vise korleis sosiale og strukturelle forhold på sjukeheimen i forhold til aktivitetar, kan både skape fellesskap og utstøying blant bebuarane. Eg viser ved dømer frå feltnotata korleis bebuarane responderer på kvarandre, og kategoriserer kvarandre, og korleis dette kan skape ei kjensle av noko felles, eller avstand og utstøying.

### Fellesstova

Dei fleste aktivitetane eg deltok i på sjukeheimen vart arrangert på fellesstovene. Eg vil difor gje ein grundigare presentasjon av stovene, samt diskutere korleis utforming av stovene kan påverke deltaking i felles aktivitetar på ulike måtar.

På sjukeheimen var det fellesstove på kvar avdeling. Stovene var knytt saman med kjøkkenet, som for å skape eit inntrykk av ein «vanleg heim». Madsen skriv i si oppgåve om gamle og nye sjukeheimar at dette er typiske kjenneteikn for nye sjukeheimar. På gamle sjukeheimar er derimot det kollektive rommet avgrensa til ei fellesstove for alle bebuarane på heile huset. Også kjøkkenet på gamle sjukeheimar er felles for alle (Madsen 2002). Dette er dømer på at gamle sjukeheimar tydlegare skil mellom private og offentlege rom. At ein har gått over til mindre avdelingar kan tenkjast å auke bebuarane si kjensle av tilhøyrslse til heimen. Bebuarane på min sjukeheim kunne gå rett over gangen for å kome inn på stova. Madsen hevdar at eit slikt fellesareal på kvar avdeling skapar ein sosial arena som er lett tilgjengeleg for bebuarane, spesielt for dei bebuarane som får lite besøk (Madsen 2002:21).

Eg opplevde at bebuarane hadde faste plassar på stova. Dei sat i dei same stolane kvar gong eg var innom. Er det slik på gamle sjukeheimar? Det kan tenkjast at det ville vere trongt om plassen på fellesstova om alle bebuarane skulle opphalde seg her samtidig kvar dag. Madsen skildrar opplevingar der bebuarane er usikre på bruken av denne fellesstova, sidan den gjerne vert nytta av tilsette i pausar (Madsen 2002). Med referanse til Bjelland kan det også tenkjast at ulike grupperingar av bebuarar på sjukeheimen oppheld seg på ulike stader, slik at nokre faste nyttar seg av stova og den vert «deira» (Bjelland 1985). På sjukeheimen min var pauserommet til dei tilsette i ein annan etasje slik at personale ikkje opphaldt seg her i egne pausar.

At fellesarealet på nye sjukeheimar er klårare definert som alle bebuarane sitt område og at det er lettare tilgjengeleg, kan vere grunnar til at dei i større grad opplevast som ein sosial arena enn på gamle sjukeheimar. Slikt kan gjere at bebuarane kjenner seg meir heime her, og nyttar seg av stova. Kanskje dette har innverknad på kor mange av bebuarane som deltek i felles aktivitetar på stova? Ein kan tru at når bebuarane allereie er på stova er det lettare å få dei med. Om deltaking då blir på eigne premissar kan diskuterast, men blir ikkje tatt opp her.

På fellesstover på nye sjukeheimar er det i utgangspunktet plass til alle, ut i frå den fysiske utforminga. Her vil også vere klårare definerte fellesområder. Men tyder fysisk rom for alle at det er plass til alle likevel? Bjelland seier at innanfor ulike avgrensingar, som det fysiske og sosiale miljøet, etablerer eldre eigne sosiale organiseringar og skapar eit «meningsfullt univers», som set dei i stand til å halde på delar av eigen identitet og sjølv-respekt, og kva dei er «verdt som menneske» (Bjelland 1985). Slike sosiale institusjonar består av formelle og uformelle reglar, som er naudsynte for orden (North 1991). Korleis dette føregår på min sjukeheim kjem eg tilbake til.

### **Musikkstundene føregår på fellesstova**

Ein av dei faste aktivitetane på fellesstova er musikkstunder. I musikkstundene er musikkterapeuten oppteken av at alle som deltek skal organiserast i ein halvsirkel, slik at ho ser alle, og alle ser kvarandre. Sidan stovene på avdelingane er omtrent like store er dette mogleg i alle musikkstundene. Ofte sit det mange bebuarar på stova når eg kjem saman med musikkterapeuten, men dei sit gjerne litt spreidd då stova er nokså romsleg. Å danne gruppene fysisk på denne måten kan vere med på å fremje kjensle av fellesskap. Ein sit nært kvarandre, syng i lag og kan hjelpe sidemannen med å følgje med i teksten.

Musikkterapeuten kjem rundt på alle avdelingane og held musikkstund. Dette er enkelt å få til på nye sjukeheimar, og kan fremje deltaking ved at det føregår på bebuarane sitt kjende område. Ein slepp å bevege seg til ein annan stad på sjukeheimen for å delta, som kan vere barrierar for nokon. Kanskje skapar det også ei større kjensle av fellesskap mellom bebuarane ved at dei blir sittande igjen etter musikkstunda.

Bebuarane på avdeling B fortalde meg i ei samtalegruppe at dei ofte vart sittande i lag



på stova etter at musikkterapeuten forlèt stova. Dei kunne bli sittande slik i ein sirkel, prate litt og lese avisene. Dette gjorde dei kanskje kvar dag, ikkje berre dei dagane det var musikkstund, men kanskje opplevingane frå musikkstunda gav dei noko ekstra å prate om?

### «Hanna sine høner og munnspelet til Eilert»

Til dømes var det ei av damene, Hanna, som tidlegare hadde hatt høner heime hos seg. Ho ville gjerne synge «Pål sine høner» i musikkstunda. Å bruke musikken slik kan bidra til at dei andre bebuarane oppdagar og lærer noko nytt om Hanna, og blir kjent med ein del av livet hennar som høyrer til frå før ho flytte på sjukeheim. Det var tydeleg at ho kvikna til då vi song «Pål sine høner». At musikkterapeuten fann fram til ein song som Hanna hadde eit forhold til gjorde at ho vart meir deltakande i musikkstunda. Eg observerte fleire bebuarar som sat og halvsov delar av musikkstunda, men som vakna til då det kom ein song dei likte. Strukturen på musikkstunda, det at musikkterapeuten prøver å få fram minner eller informasjon, kan skape nye felles opplevingar eller nye samtaleemne som kan auke samhandling og kjensle av fellesskap mellom bebuarane.

Det kan også tenkjast at for Hanna var dette ein moglegheit for å vise fram ei anna side av seg sjølv. Ho var ikkje berre «gamle Hanna som sat i ein stol», men «Hanna med hønene». Også Eilert fekk i ei musikkstund vist fram ei side av seg sjølv som var ny for bebuarane. Musikkterapeuten hadde fått greie på at Eilert kunne spele munnspelet, og at han hadde spelt i band med ein kjent Bergensmusikar. I denne musikkstunda fekk ho Eilert til å ta med munnspelet, og han fortalte om dette til dei andre bebuarane. Dei tykte dette var stas, og ei spurte om ikkje Eilert kunne invitere han slik at dei kunne spele i lag. Dei mimra om nokre songar, og til neste musikkstund hadde musikkterapeuten forberedt ein song som hadde vore ein «hit» frå denne mannen. Både Hanna og Eilert fekk i musikkstunda vist fram sider ved dei sjølv som var nye for dei andre bebuarane. At Hanna hadde høner, og Eilert var ein musikar, var delar av deira tidlegare liv, og identitetar. Kanskje vart musikkstunda ein stad der Eilert minnst tida som musikar, som bidrog til at han kjende seg meir heime her og ynskte å delta? Gieryn seier at stader kan skape sosiale kategoriar eller hierarki. Eilert ville etter dette kanskje bli skildra som «ein musikar», og lettare finne andre tidlegare musikarar på avdelinga (Gieryn 2000)? Slikt kan og gjere til at personale blir betre kjende med

bebuarane. Kanskje fekk dei noko å prate om, og Eilert kunne stolt fortelje om tida si som musikar.

### **Fellesstova som sosial arena kan skape fellesskap og utstøyting**

Fellesstover kan vere gode dømer på korleis ein kan inkludere eldre bebuarar. Vi har sett at på denne sjukeheimen er fellesstova lett tilgjengeleg for bebuarane, som kan ha ei positiv innverknad på kor mange som deltek i aktivitetar. At det vert arrangert aktivitetar her kan også vere med å bidra til at stova blir ein sosial arena for bebuarane. Det skjer noko, bebuarane får noko å prate om og kan bli betre kjent med kvarandre. Men det kan også vere ein arena som ekskluderer. Alle ser kvarandre her, og det blir vanskeleg å vere usynleg. Fellesstova kan bli ein sosial arena der sjølvpresentasjon og symbolverdi kjem til uttrykk. I følgje Davis og Davis et.al blir slike offentlege stader regulert av reglar for kva som er korrekt og ikkje korrekt oppførsel. Om ein ikkje føler desse uskrivne reglane for korleis ein skal oppføre seg på fellesstova, kan ein risikere å bli ekskludert (Davis, Davis et al. 2004). Bjelland fann i sin studie om ulike identitetar i ein norsk aldersheim at bebuarane kategoriserte seg i grupper. Ho fann til dømes at «fruene» såg på seg som meir aktive og sjølvstendige enn «damene», og at «fruene» deltok meir i aktivitetar på denne aldersheimen (Bjelland 1985). Det handlar om at bebuarane prøver å skape eit positivt sjølvbiletet av seg sjølv ved at ein enten høyrer til eller ikkje høyrer til ulike grupper.

### **«Den var så søt den genseren»**

At bebuarane på sjukeheimen kategoriserte seg sjølv og andre observerte også eg. Brita var ei av «dei fine damene». I ei samtalegruppe snakka ho mykje om sine yngre dagar då ho reiste rundt med mannen over heile verda. Brita hadde lært seg mange språk, og hadde hatt ansvar for mykje frivillig arbeid. Det var tydeleg at ho var stolt over dette på måten ho fortalde det på. Ho var også oppteken av at ho «var skikkelig kledd», sjølv om ho ikkje skulle noko spesielt. Ein dag i samtalegruppa prata dei om klede, og Brita sa til Agnes:

Brita: *«Så fin du var i dag. Den var så søt den genseren!»*

Agnes: *«Å, synst du det? Takk skal du ha! Du er no fin i tøyet du også!»*

Brita: *«Hehe, jo takk. Det er jo litt viktig det synst eg».*

Dei blei sittande stille ei stund før Brita haldt fram:

*Brita: «Huff, ho der borte hadde vore skikkelig pen hadde det ikkje vore for det grusame skjerfet ho har utapå. Er du ikkje einig?»*

sa Brita om Petra som sat litt lenger borte i ein stol.

*Agnes: «Jo, det var ikkje noko særleg».*

Det var tydeleg at desse damene ikkje synst at Petra var riktig kledd for å sitje på fellesstova. Goffman meiner klede kan gje teikn på kven ein er, og kven ein ynskjer å vere. Agnes hadde klede som Brita aksepterte at ein kunne bruke på fellesstova. Men Petra sine klede vart ikkje akseptert av Brita (2010:3). Brita ynskte å vise med kleda sine at ho hadde vore, og fortsatt var, ei fin dame. Det kan tenkjast at Brita kom frå ei høg sosial klasse, og var vandt til at ein kledde seg etter ein viss standard. Slike sosioøkonomiske forskjellar er kroppsleggjorte forskjellar vi ber med oss. Brita kategoriserte slik dei andre damene etter kva dei hadde på seg. Dette kan sjåast på som eit uttrykk for at ho ville bevare sin eigen identitet også her på sjukeheimen (Gieryn 2000; Goffman 2010). For å oppretthalde sin eigen identitet meiner Low at ein er avhengig av respondentens frå andre bebuarar. Slik kan kroppen sjåast som både sosial og fysisk (Low 2009). Den fysiske kroppen har synlege forfall gjennom livet, men kan også seiast å oppleve sosialt forfall og utfordring av eigen identitet. Hauge seier at ein til dømes misser nære og kjære, roller og oppgåver ein har hatt gjennom livet endrast, og til slutt lyt ein kanskje flytte ut av trygge omgjevnader ein kjenner frå eigen heim. Vidare vil den enkelte si fortid forme sjølvforståinga for notida (Hauge 2008:142). Det kan forklare kvifor det blir viktig for eldre bebuarar å halde på sin eigen identitet, og vise den fram for dei andre bebuarane. Døme med Brita viser dette. Ho har gjerne behov for å vise fram kva og kven ho hadde vore, og framleis er. Klede blei hennar uttrykksform her.

#### **«Eg synst enkelte søv altfor mykje»**

Å kome på sjukeheim vil nok medføre store endringar for mange av dei eldre. Ein må flytte frå sin vande heim med alt ein kjenner og kanskje lyt ein flytte frå området der ein har budd heile livet. Bustaden endrar seg, og mest truleg endrar kvardagen seg også. På sjukeheimen er dagen strukturert nokolunde likt for alle, sidan det skal passe inn i tilsette sine vakter og tidsskjema. Nokre må nok tilpasse seg dei nye rutinane. Alle

bebruarane å vel til dømes ikkje frukost på same tid før dei flytta på sjukeheimen? Sjølv om ein et frukost, lunsj, middag og kveldsmat om ein bur på sjukeheim eller ikkje, kan dei fleste velje kor tid og kva ein vil ete. Slike val finst ikkje her.

Utanom måltida er det lite faste aktivitetar som finn stad på sjukeheimen. Ein gong i veka er det musikkstund, og ein annan dag er det kanskje bingo, kor eller ein anna aktivitet å delta i. I helgene er det ikkje tilbod om aktivitetar. Det vil seie at mesteparten av dagane er det ikkje aktivitetar å delta i. På fellesstovene fann eg visse forventningar om korleis denne «fritida» skal nyttast. Har ein ei døgnrytme som skil seg ut, blir det gjerne lagt merke til av andre. Det her med å sove på dagtid var det fleire av damene som tykte var uhøyrte. Frå ei samtalegruppe:

Dagny: *«Eg synst enkelte søv altfor mykje, ein burde ikkje sove så mykje. Ein må kome seg opp og vere våken på dagtid»* sa Dagny på avdeling C, og nikka bort mot Ella som halvsov i ein stol.

Også på avdeling B var dei opptekne av dette. Brita kommenterte stadig at Kari sat og halvsov. Frå ei samtalegruppe:

Brita: *«Du må vere våken no, det går ikkje an å sove slik. Du pustar så fælt og det er ikkje fint for oss andre å høyre på».*

Kari var så våken i nokre minutt før ho sovna igjen.

Brita: *«Sjå, no søv ho igjen, det er så ufint det! –No sovnar du igjen her, hallo du kan ikkje sove no!»* fortsette Brita.

Kari vart tydeleg litt irritert av dette og spurde «er det noko meir gale eg gjer?» før ho lo det litt vekk.

At nokre av damene såg det som ufint og uhøyrte at ein sat i stolen og sov midt på dagen kan henge att i frå tidene då dei hadde arbeid og ansvar. Brita var som nemnd ei «fin» dame, og var truleg vand med at ein skal «kome seg opp om morgonen» og ikkje late vekk dagen. Ein blir gjerne trøytta når ein blir gamal og sliten, som kan forklare at Kari og Ella halvsov på stova midt på dagen. Men for Brita var det at Kari sov

upassande oppførsel, og at ho ikkje klarde halde seg vaken eit teikn på manglande sjølvkontroll (Davis, Davis et al. 2004).

Davis med fleire skriv i sin artikkel at fysiske strukturar kan hindre utføre å delta på lik linje med andre. Likeins kan fiendtlege haldningar og stigmatisering også ekskludere (2004). Forfattarane hevdar at menneske som ikkje fungerer som dei skal blir noko «bråkete» som ikkje passar inn. På sjukeheimen var det ulik grad av funksjonar blant bebuarane. Ragna var ei gamal dame som under musikkstunda ein dag røyste seg opp og «ville heim». Frå notata frå musikkstunda:

Ragna: *«Kor er det vi har hamna no? Eg må heim, eg kan ikkje vere her!»*

Brita: *Ler det vekk «Hehe, du er jo på sjukeheimen no. Set deg ned du».*

Det såg ut som Brita vart brydd av situasjonen som oppstod. Ragna sat og småsnakka med seg sjølv ei stund for ho roa seg, og var «tilbake». Brita ignorerte dette, og unngjekk å svare, eller ho lo kommentarane til Ragna vekk. Døme viser at Brita avviste Ragna, eller prøvde å distansere seg i frå ho. Hauge & Heggen hevdar at bebuarane vil ha sosial kontakt, men ikkje med andre bebuarar (2008). Sjølv om slik oppførsel som Ragna viste ikkje er uvanleg på ein sjukeheim, tyder ikkje det at det blir godtatt frå dei andre bebuarane. Mary Douglas seier at kroppen er eit medium for kommunikasjon, og symbolikken som kroppen avgjer skapar sosiale strukturar (Douglas 1997). Kanskje vart oppførselen til Ragna eit teikn på svakheit. «Ho klarar ikkje lengre å skilje mellom notid og fortid». «Dei senile» blir ei gruppe resten av sjukeheimen ikkje høyrer heime i. Bebuarane vil heile tida skape eit positivt sjølvbilete i lys av andre bebuarar si svekking i helse (Bjelland 1985). Svakheita til Ragna vart veldig synleg for alle på avdelinga sidan dette skjedde i ei musikkstund. Deltaking i felles aktivitetar kan slik virke ekskluderande ved at kroppen, som ein ikkje klarar styre, avgjer teikn som avviker frå dei etablerte normene for korleis ein kan oppføre seg på fellesstova (Davis, Davis et al. 2004; Low 2009).

#### **«Vi var venner, hon er så søt»**

Endring i bebuarane sin funksjonar vil vere ein naturleg del av aldringsforløpet. Slik vil ulike grupperingar endre seg etter kvart som eldre misser ulike funksjonar, og utskiftingar finn stad. Ei av dei «fine fruene» kan til dømes bli ein av «dei senile».

Hanna var ei dame som stort sett sat åleine og sov dei gongene eg besøkte denne avdelinga. Brita fortalde meg ein dag at Hanna hadde vore Brita sin første ven på sjukeheimen. Frå samtalegruppe:

Brita: *«Ho er så søt ho der borte i stolen. Ho tok vare på meg når eg kom hit. Ja, vi var gode vener. Men no er ho blitt så dårleg».*

Eg tolka det slik at Brita ikkje lenger hadde så mykje kontakt med Hanna. Bjelland seier at eldre held avstand frå sjukdom, svekking og død ved å distansere seg frå dei sjuke (Bjelland 1985). Brita var no «friskare» enn Hanna, og hadde mykje kontakt med Agnes. Dei var to damer som var på nokolunde same funksjonsnivå, og sat ofte og prata på stova. Sjølv om Hanna også sov midt på dagen kommenterte ikkje Brita dette slik ho gjorde med Kari. Sosiale strukturar som vennskap eksisterte også på sjukeheimen, og gjekk føre det Brita såg på som upassande oppførsel i dette tilfelle.

Brita er eit døme på ein av dei som hadde makt her på avdelinga. Ho hadde moglegheit til å påverke dei andre bebuarane gjennom inntrykk og kommunikasjon på den eine sida, og moglegheit for sanksjonar og utøving av kontroll på den andre (Jenkins 2008). Jenkins seier vidare at menneske søker løysingar på eigne problem gjennom tilgjengelege verkemiddel. Her på sjukeheimen har Brita makt til å bruke dei andre bebuarane for å «løyse sitt problem», som kan vere at ho bur her saman med andre ho ikkje identifiserar seg med. Ho har eit behov for å vise skilnader på seg sjølv og dei andre, og brukar det folk gjer, seier og går med som middel for makt i kvardagen (2008).

### «Stova mi?»

Madsen påpeikar i si oppgåve at nye sjukeheimar, som den eg besøkte, er bygd slik at dei skal verne meir om privatlivet til bebuarane. Det klassiske institusjonspreget skal vere meir skjult (Madsen 2002). Det ser vi til dømes ved at kvar avdeling har eige kjøkken, stove og vaskerom og kvar bebuar har eige rom. Fellesareala som stova og kjøkken skal vere sosiale stader der bebuarane kan møtast til aktivitet og måltid. Med færre bebuarar på kvar avdeling, rundt ti, kan bebuarane bli betre kjent med kvarandre og tilsette få eit nærare forhold til bebuarane. Kvar bebuar skal ha eit eige privat rom som dei sjølv rår over. At bebuarane får ta med eigne møblar og eigendeler,

og innreie rommet sitt slik dei sjølv ynskjer kan vere med på å skape ei kjensle av ein heim her (Hillestad 2008:139). Likevel vil ein mangle privatrom slik ein kjenner det frå eigen heim. Soverommet vil på sjukeheimen også vere staden der ein gjerne tar med besøk, samtidig som tilsette har tilgang hit. Fellesstova deler ein med dei ni andre på avdelinga. Er det mogleg at denne stova kan kjennast som ei stove slik ein hadde heime? Hauge meiner det er uråd å definere stova som ein privat arena når det er ti bebuarar som skal nytte seg av den. På mi stove såg eg også mangel på personleg preg. Stadige forstyrningar frå andre bebuarar og manglande kontroll over dagleglivets hendingar vil vere tydeleg her (Hauge and Heggen 2008). Heime i sitt eige hus og eiga stove kan ein vere seg sjølv, utan å «spele ei offentleg rolle (Hauge 2008:122-128). Sjukeheimen manglar moglegheit for ei privat sfære (Hauge and Heggen 2008). Korleis påverkar dette bebuarane? Prøver dei å skape stova om til noko eige, eller godtar dei situasjonen? Bjelland hevdar at bebuarane ikkje utan vidare godtek eigen situasjon, men at dei prøver å finne løysingar til dilemma som dei konfronterast med. Dette gjer dei ved å tilpasse seg på ulike måtar (Bjelland 1985).

Ovanfor har eg vist dømer på korleis ulike roller blir spelt ut av bebuarane på avdelinga, korleis dette kan inkludere og ekskludere bebuarar i ulike grupper, korleis eldre sjølv formar fellesstova og korleis det kan ha innverknad på deltaking i aktivitetar. Fellesstova blir ikkje ei stove slik mange hadde heime, der ein kunne gå i kva ein ville og gjere kva ein ville utan å tenkje på om det fekk konsekvensar. Fellesstova blir både ei stove, ein sosial arena og ein stad der eigen identitet kjem til uttrykk (Low 2009). Har ein vanar eller ein oppførsel som gjer at ein blir ekskludert frå det sosiale fellesskapet frå andre på avdelinga kan ein velje å ikkje opphalde seg på stova. Bebuarane er sjølv med på å forme kva stad fellesstova blir for dei sjølve, i følgje Gieryn (2000). Men om ein kjenner seg ekskludert frå andre på avdelinga kan det kanskje vere lettare å opphalde seg på sitt private rom i staden for å sitje på fellesstova? Eller blir mange sittande på stova fordi dei ikkje klarar å flytte seg sjølv? Eller blir ein sittande på fellesstova fordi det uansett er kjekkare enn innpå rommet? Jenkins hevdar at personar som finn seg sjølv i undertrykte situasjonar kan velje å finne seg i det som følgje av ei slags sosial kontrakt og ei «slik er det» kjensle (2008).

Livet på sjukeheimen kan setje grenser for dei eldre på mange ulike måtar. Sjølv om det fysiske rommet opnar opp for deltaking, kan det sosiale rommet kjennast ekskluderande. Organisering av kvardagslivet kan også setje grenser, eller opne opp moglegheiter for eldre å delta i fellesskap saman med dei andre bebuarane. Jenkins seier at dei vanlege dag-til-dag rutinane kan skape maktmønster (2008). Det kan tenkjast at fellesaktivitetane på stova etter kvart blir vande rutinar for bebuarane. Dei kan bidra til at bebuarane vert betre kjende med kvarandre og skape ei større kjensle av eit fellesskap her. Stova er inkluderande og tilgjengelege for alle bebuarane på avdelinga, som kan auke deltaking i aktivitetar. Men i aktivitetane blir ein synlege for kvarandre, ein er nøydt til å stilla seg til andre, og svekkingar ein forsøker å skjule for andre kan bli synlege. Dette kan føre til at det skapast distanse mellom bebuarane, ein vil ikkje identifisere seg med «den senile» eller «den galne».



## Referansar

- Aasgaard, T. (2006). Musikk i helsefag: fysioterapi, ergoterapi og sykepleie. Musikk og helse. T. Aasgaard. Oslo
- Album, D., M. N. Hansen, et al. (2010). Metodene våre: eksempler fra samfunnsvitenskapelig forskning. Oslo.
- Alver, B. G. and Ø. Øyen (1997). Forskningsetikk i forskerhverdag: vurderinger og praksis. [Oslo], Tano Aschehoug.
- Alvsvåg, H. (2008). Å føle seg hjemme - i egen bolig og på sykehjem?., Hjem - eldre og hjemlighet. S. Hauge and F. F. Jacobsen. Oslo.
- Andersen, S. A., B. H. Hansen, et al. (2009). Fysisk aktivitet blant voksne og eldre i Norge - resultater fra en karlegging i 2008 og 2009. Oslo.
- Andersen, V. (2009). Effekten av tre ulike treningsregimer på muskelmasse, muskelstyrke og fysisk funksjon, blant eldre. Oslo, [V. Andersen]: 73 s.
- Andreassen, S. A. (2010). "En studie om sykepleiers erfaringer og tanker om og med bruk av aktivitet til beboere i sykehjem."
- Bahr, R. (2009). Aktivitetshåndboken: fysisk aktivitet i forebygging og behandling. [Oslo], Helsedirektoratet.
- Bandura, A. (2006). "Toward a psychology of human agency." Perspectives on Psychological Science **1**(2): 164.
- Bauman, Z. and T. May (2004). Å tenke sosiologisk. Oslo, Abstrakt forl.
- Bergan, I.-L. E. (2002). Aldri for gammel-: fysisk aktivitet blant personer i alderen 55-75 år : faktorer som har betydning for fysisk aktivitet blant kvinner og menn i alderen 55-75 år, og framtidige behov for aktiviteter og tilrettelegging. Oslo, Norges idrettsforbund og olympiske komité.
- Bjelland, A. K. (1985). "Aging and identity management in a Norwegian elderly home." Human Relations **38**(2): 151-165.
- Bondevik, M. (2000). De eldste eldre: erfaringer og refleksjoner. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Bonilha, A. G., F. Onofre, et al. (2009). "Effects of singing classes on pulmonary function and quality of life of COPD patients." International journal of chronic obstructive pulmonary disease **4**: 1.
- Bracht, N. F. (1990). Health promotion at the community level. Newbury Park, Calif., Sage.
- Brown, T. and M. Bell (2007). "Off the couch and on the move: Global public health and the medicalisation of nature." Social Science & Medicine **64**(6): 1343-1354.
- Cornwall, A. (2008). "Unpacking 'Participation': models, meanings and practices." Community Development Journal **43**(3): 269.
- Creswell, J. W. (2009). Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches. Los Angeles, SAGE.
- Cumming, K. T. (2009). "Effekten av to ulike styrketreningsmetoder på satellittceller, cellekjerner, muskelfiberareal og muskelstyrke i knestrekkerne hos eldre."
- Daatland, S. O. (2008). Aldring som provokasjon: tekster om aldring og samfunn. Bergen, Fagbokforl.
- Daatland, S. O., M. Veenstra, et al. (2012). Bærekraftig omsorg? NOVA Rapport. Oslo.
- Dalene, K. E. (2010). Fysisk trening og eldre: effekter på beinmineralitet : en randomisert kontrollert studie. Oslo, [K.E. Dalene]: V, 103 s.
- Davis, K. K., J. S. Davis, et al. (2004). "In motion, out of place: the public space (s) of Tourette Syndrome." Social Science & Medicine **59**(1): 103-112.
- Day, G. (2006). Community and everyday life. London, Routledge.
- Dominelli, L. (2002). Anti-oppressive social work theory and practice. Basingstoke, Hampshire [England], Palgrave Macmillan.

- Douglas, M. L. (1997). Rent og urent: en analyse av forestillinger omkring urenheter og tabu. Oslo, Pax.
- Duesund, L. and F. Skårderud (2003). "Use the body and forget the body: Treating anorexia nervosa with adapted physical activity." Clinical child psychology and psychiatry **8**(1): 53.
- Eldre og helse. (2012, 01.01.2012). "Livslang Læring." Retrieved 17.04, 2012, from [http://www.eldreoghelse.no/no/tema/livslang\\_laring/artikkel/](http://www.eldreoghelse.no/no/tema/livslang_laring/artikkel/).
- Eriksen, T. H. and R. Eraker (2010). Små steder - store spørsmål: innføring i sosialantropologi. Oslo, Universitetsforl.
- Espnes, G. A. and G. Smedslund (2009). Helsepsykologi. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Everett, E. L. and I. Furseth (2004). Masteroppgaven: hvordan begynne - og fullføre. Oslo, Universitetsforl.
- Fangen, K. (2010). Deltagende observasjon. Bergen, Fagbokforl.
- Fimreite, S. (2010). Determinantar for fysisk aktivitet blant vaksne og eldre i Noreg: ei tverrsnittundersøking basert på objektivt registrert aktivitetsnivå. Oslo, [S. Fimreite]: 1 b. (flere pag.).
- Fosse, G. O. (2010). Endring i maksimalt oksygenopptak med aukande alder: eit tverrsnittstudie av vaksne og eldre frå Oslo og omegn. Oslo, [G.O. Fosse]: vi, 94 s.
- Freire, P. (2000). Pedagogy of the oppressed. New York, Continuum.
- Fuchs, S. (2001). "Beyond agency." Sociological Theory **19**(1): 24-40.
- Garsjø, O. (2008). Institusjonssosiologi: perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Gieryn, T. F. (2000). "A space for place in sociology." Annual Review of Sociology: 463-496.
- Gilje, N. and H. Grimen (1993). Samfunnsvitenskapenes forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi. Oslo, Universitetsforlaget.
- Gleibs, I. H., C. Haslam, et al. (2011). "Water clubs in residential care: Is it the water or the club that enhances health and well-being?" Psychology & Health **26**(10): 1361-1377.
- Gleibs, I. H., C. Haslam, et al. (2011). "No country for old men? The role of a 'Gentlemen's Club' in promoting social engagement and psychological well-being in residential care." Aging & Mental Health **15**(4): 456-466.
- Goffman, E. (1992). Vårt rollespill til daglig: en studie i hverdagslivets dramatik. Oslo, Pax.
- Goffman, E. (2010). Relations in public: microstudies of the public order. New Brunswick, N.J., Transaction Publishers.
- Greaves, C. J. and L. Farbus (2006). "Effects of creative and social activity on the health and well-being of socially isolated older people: outcomes from a multi-method observational study." The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health **126**(3): 134-142.
- Grønmo, S. (2004). Samfunnsvitenskapelige metoder. Bergen, Fagbokforl.
- Handlingsplan for fysisk aktivitet (2005-2009) Sammen for fysisk aktivitet. Helse og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Hansen, B. I. (2010). "Trivsel på sykehjem: Hvordan kan sykepleier fremme opplevelsen av trivsel blant eldre som bor på sykehjem?"
- Haslam, C., S. A. Haslam, et al. (2010). "The social treatment: The benefits of group interventions in residential care settings." Psychology and aging **25**(1): 157.
- Hauge, S. (2005). Frå pleieheim til bu- og behandlingssenter. Eldre i en brytningstid. R. Nord, G. Eilertsen and T. Bjerkreim. Oslo.
- Hauge, S. (2008). Identitet og kvardagsliv i sjukeheim. Hjem - eldre og hjemlighet. S. Hauge and F. F. Jacobsen. Oslo.
- Hauge, S. (2008). Sykepleie i sykehjem. Geriatrisk sykepleie: god omsorg til den gamle pasienten. Oslo, Gyldendal akademisk: S. 219-236.
- Hauge, S. and K. Heggen (2008). "The nursing home as a home: a field study of residents' daily life in the common living rooms." Journal of Clinical Nursing **17**(4): 460-467.

- Helbostad, J. (2010). Fysisk aktivitet i symehjemmet: hvorfor, hva og hvordan?
- Helbostad, J., R. Granbo, et al. (2007). Aldring og bevegelse: fysioterapi for eldre. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Helsedirektoratet. (2011, 15.06.2011). "Anbefalinger for fysisk aktivitet." Retrieved 22.10, 2011, from <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/overvekt-og-fysisk-aktivitet-raad/Anbefalinger-for-fysisk-aktivitet.aspx>.
- Helsedirektoratet. (2011, 15.06.2011). "Fysisk aktivitet - råd for voksne." Retrieved 05.10.2011, 2011, from <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Fysisk-aktivitet-raad-for-voksne/Fysisk%20aktivitet%20for%20voksne.aspx>.
- Helsedirektoratet. (2011). "Helsedirektoratet (God helse - gode liv)." Retrieved 22.10, 2011, from <http://helsedirektoratet.no/>.
- Helsedirektoratet. (2011, 15.06.2011). "Tips for en mer aktiv hverdag." Retrieved 05.10, 2011, from <http://helsenorge.no/Helseogsunnhet/Sider/Tips-for-en-mer-aktiv-hverdag.aspx>.
- Helsetilsynet (2003). Pleie- og omsorgstjenesten i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud. Oslo.
- Henriksbø, K. and T. T. Sudmann (2011). "Kollektiv handling skaper endring." Fontene.
- Hillestad, A. H. (2008). Kroppen som utgangspunkt for forståelse av hjemlighet. Hjem - Eldre og hjemlighet. S. Hauge and F. F. Jacobsen. Oslo.
- Hjort, P. F. (2005). Aldring og sårbarhet. Aldring og livsvilkår. H. Tuntland.
- Houg, T. (1996). Takk, bare bra ...? Flytteprosessen og hverdagen på sykehjem.,
- Ife, J. and L. Fiske (2006). "Human rights and community work." International Social Work **49**(3): 297-308.
- Jenkins, R. (2008). "Erving Goffman: A major theorist of power?" Journal of Power **1**(2): 157-168.
- Johansen, R. and E. E. R. Røsnæs (2011). Styrket sosialt nettverk for eldre: evalueringsrapport. Tønsberg, Høgskolen i Vestfold.
- Karlsen, G. (2009). Språk og argumentasjon for samfunnsvitere. Bergen, Fagbokforl.
- Kirkevold, M. (2012). Medikalisering. Store medisinske leksikon.
- Kloster, O. J. (2011). "Kan bruken av musikk som aktivitet bedre hverdagen hos pasienter med Alzheimers på sykehjem?"
- Kvamme, T. S. (2006). "Musikk i arbeid med eldre. Musikk med pasienter med aldersdemens." Working with Music and Elderly People. Music with Patients with Dementia] in: Aasgaard, Trygve (ed.), Musikk og helse.
- Ledwith, M. and J. Campling (2005). Community development: a critical approach. Bristol, UK, Policy Press: xvi, 196 s.
- Lexell, J., K. Frändin, et al. (2009). Fysisk aktivitet for eldre. Aktivitetshåndboken. R. Bahr. Oslo, Helsedirektoratet.
- Lian, O. S. (2007). Når helse blir en vare: medikalisering og markedsorientering i helsetjenesten. Kristiansand, Høgskoleforl.
- Low, S. M. (2009). "Towards an anthropological theory of space and place." Semiotica **2009**(175): 21-37.
- Lupton, D. (1999). Risk. London, Routledge.
- Lyngstad, R. (2003). Makt og avmakt i kommunepolitikken: rammer, aktører og ideologi i det lokale folkestyret. Bergen, Fagbokforl.
- Madsen, C. (2002). "Spiller det noen rolle?-om hverdagen på nye og gamle sykehjem."
- Marent, B., R. Foster, et al. (2012). "Theorizing participation in health promotion review." Social Theory & Health **10**(2).
- Martin, P. Y. (2004). "Gender as social institution." Social Forces **82**(4): 1249-1273.
- Martinussen, W. (2008). Samfunnsliv: innføring i sosiologiske tenkemåter. Oslo, Universitetsforl.

- McDonald, M., J. Sarchê, et al. (2005). Using the Arts in Community Organizing and Community Building. Community Organizing and Community Building for health. M. Minkler, Rutgers University Press.
- Meld.St.13 (2011-2012) Utdanning for velferd - samspill i praksis,. D. K. Kunnskapsdepartementet. Oslo.
- Minkler, M. and N. Wallerstein (2005). Improving Health through Community Organization and Community Building. Community Organizing and Community Building for Health. M. Minkler. London, Rutgers University Press: 26-50.
- Myskja, A. (2006). Den siste song: sang og musikk som støtte i rehabilitering og lindrende behandling. Bergen, Fagbokforl.
- NESH (2006) "Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og telogoi."
- North, D. (1991). "Institutions." Journal of Economic Perspectives **5**: 97-112.
- NOU 2011:11 Innovasjon i omsorg. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- NOU 2011:17 Når sant skal sies om pårørendeomsorg. Fra usynlig til verdsatt og inkludert. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Nylehn, B. (2002). Prosjektorganisering: teorigrunnlag og implikasjoner. Bergen, Fagbokforl.
- Ommundsen, Y. and A. A.Aadland (2009). Fysisk inaktive voksne i Norge. Oslo, Helsedirektoratet: 7.
- Pickard, S. (2011). "Health, illness and normality: the case of old age." The London School of Economics and Political Science **6**(3): 323-341.
- Rabaglietti, E., M. E. Liubicich, et al. (2011). "Gender Differences in the Relationships between Physical Activity and the Psychological and Physical Self-Reported Condition of the Elderly in a Residential Care Facility." Psychology **2**(1): 35-41.
- Rantakokko, M., S. Iwarsson, et al. (2010). "Unmet physical activity need in old age." Journal of the American Geriatrics Society **58**(4): 707-712.
- Richter, I. M. M. (2011). "Ensomme eldre på sykehjem: Hvordan kan sykepleier forebygge ensomhet og bidra til en bedret livssituasjon?".
- Ridder, H. M. O. (2005). Musik & demens: musikaktiviteter og musikkterapi med demensramte. Århus, Klim.
- Ruud, E. (1990). Musikk som kommunikasjon og samhandling: teoretiske perspektiv på musikkterapien. Oslo, Solum.
- Shilling, C. (1999). "Towards an embodied understanding of the structure/agency relationship." British Journal of Sociology **50**(4): 543-562.
- Slagsvold, B. and P. E. Solem (2005). "Morgendagens eldre." En sammenligning, holdninger og atferd blant dagens middelalrende og eldre. Norsk Institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring, NOVA Rapport **11**(05).
- Sletteland, N. (2012) "Helsefremmende utfordringer blant barn og unge."
- Solli, H. P. (2006). Musik i psykiatrisk praksis. Musikk og helse. T. Aasgaard. Oslo, Cappelen.
- Solvang, P. (2000). "The emergence of an us and them discourse in disability theory." Scandinavian Journal of Disability Research **2**(1): 3-20.
- Sosial- og helsedepartementet (1999). Sykehjemmenes role og funksjoner i fremtidens pleie- og omsorgstjeneste - analyse av alders- og sykehjemsfunksjoner, . Sosial- og helsedepartementet. Oslo.
- St.meld.nr.16 (2002-2003) Resept for et sunnere Norge. Helsedepartementet. Oslo.
- St.meld.nr.25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening - framtidens omstorgsutfordringer. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- St.meld.nr.47 (2008-2009) Samhandlingsreformen - rett behandling på rett sted til rett tid,. Helse- og omsorgsdepartementet. Oslo.
- Stige, B. (2006). Musik og helse i lokalsamfunnet. Musikk og helse. T. Aasgaard. Oslo, Cappelen.
- Sudmann, T. T. and K. Henriksbø (2009). "Hva kan samfunnsarbeid være i 2009?".

- Sælensminde, K. and E. Torkilseng (2010). Vunne kvalitetsjusterte leveår (QALYs) ved fysisk aktivitet. Helsedirektoratet. Oslo.
- Tesoriero, F. (2010). Community development: community-based alternatives in an age of globalisation. Frenchs Forest, Pearson Education Australia.
- Tse, M. M. Y. (2010). "Therapeutic effects of an indoor gardening programme for older people living in nursing homes." Journal of Clinical Nursing **19**(7-8): 949-958.
- Tuntland, H. (2005). Aldring og livsvilkår. [Oslo], Damm.
- Undrum, J. (2010). Treningsinduserte endringer i kroppssammensetning og muskelstyrke hos eldre og kvinner: en kontrollert randomisert studie. Oslo, [J. Undrum]: 110 s.
- Wakefield, S. E. L. and B. Poland (2005). "Family, friend or foe? Critical reflections on the relevance and role of social capital in health promotion and community development." Social Science & Medicine **60**(12): 2819-2832.
- WHO (2002). Active Ageing: A Policy Framework.
- Østerås, H., J. Rygvik, et al. "Maksimal styrketrening for eldre."
- Øverby, N. C., M. K. Torstveit, et al. (2011). Folkehelsearbeid. Kristiansand, Høyskoleforl.

## Vedlegg

Vedlegg 1: Svarbrev frå NSD

Vedlegg 2: Intervjuguide til musikkterapeut

Vedlegg 3: Førespurnad om prosjektdeltaking

Vedlegg 4: Temaliste for samtalar med bebruarane

## Vedlegg 1: Svarbrev frå NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS  
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Tobba Therkildsen Sudmann  
Avdeling for helse- og sosialfag  
Høgskolen i Bergen  
Postboks 7030  
5020 BERGEN

Vår dato: 27.10.2011

Vår ref:28308 / 3 / JSL

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

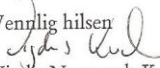
Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 03.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28308	<i>Aktiv alderdom og livsglede for eldre. Deltaking i felles aktiviteter for pleietrengende bebuarar på sjukeheim</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Bergen, ved institusjonens overste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Tobba Therkildsen Sudmann</i>
Student	<i>Kristin Rivedal Yndestad</i>

Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig.

Vennlig hilsen  
  
Vigdis Namtvedt Kvalheim

  
Juni Skjold Lexau

Kontaktperson: Juni Skjold Lexau tlf: 55 58 36 01  
✓ Vedlegg: Prosjektvurdering  
✓ Kopi: Kristin Rivedal Yndestad, Falsens Vei 66 B, 5063 BERGEN

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no  
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.svarva@svt.ntnu.no  
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Basert på opplysninger gitt i meldeskjema vurderer Personvernombudet prosjektet til ikke å falle under meldeplikten etter personopplysningsloven. Det registreres ikke direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger i prosjektet og det benyttes ikke lydopptak eller lignende under intervju og observasjon.

Vi legger til grunn at alle deltakere er samtykkekompetente og at gjennomføringen av prosjektet ikke innebærer brudd på ansattes eller frivilliges taushetsplikt. Studenten bør være bevisst sin dobbeltrolle som styremedlem i stiftelsen og forskerrollen, og skille disse tydelig fra hverandre ovenfor deltakerne. Vi anbefaler at deltakerne gir muntlig samtykke til deltakelse, slik at studenten ikke sitter på samtykkeerklæringer med deltakernes signatur.



## Vedlegg 2: Intervjuguide til musikkterapeut

### Intervjuguide/temaliste «Aktivitet som skapar fellesskap»

#### **Din bakgrunn**

- Kjønn/alder/utdanning/erfaring
- Kor lenge har du/det vore aktivitør/musikkterapeut her?
- Evt. tidlegare jobb? Kvar og kva? Forskjellar her og der?
- Fordelar/ulempar ved å ha eigen musikkterapeut/aktivitør på sjukeheimen?

#### **Om aktivitetar/arrangement/musikkstunder her på sjukeheimen**

- Kva for typar av ulike arrangement er du med på å arrangere?
  - Samarbeid/ulike former/ retningslinjer frå leiar?
  - Påverkar økonomiske rammer? Andre strukturelle hindringar/rammebetingelsar?
  - På sjukeheimen/andre stader? Forskjellar? Andre ynskje? Kvifor, kva slags?
  - Arrangerast det andre aktivitetar enn den du står for? Kva? Kven set i gang desse?
- Korleis føregår aktivitetane?
  - Når? Kor ofte? Kven styrer? (bebuarar, du, pleiarar, eldre på eige initiativ).
  - Grupper/åleinnetimar – forskjellar?
  - Kven er med/nokon som ikkje er med? Kvifor?
  - Døme på gode erfaringar/dårlege erfaringar?
  - Endring i utføring av aktivitetane over tid? Betre/dårlegare funksjon, andre eldre
- Korleis trur du dette bidrar til å endre bebuarane sin kvardag?
  - Stikkord: livsglede/livskvalitet/sosialt/samhandling/mas/forventingar/meir forvirra/trøtt/sliten/
  - Tilbakemeldingar frå bebuarar/pårørande/tilsette?

#### **Bakgrunn for aktiviteten**

- Kvifor denne aktiviteten? Leiar/deg/pårørande/bebuarar/retningslinjer/lover
- Privat sjukeheim/kommunalt – forskjellar trur/veit du?
- Målet med aktiviteten? Sosialt/aktivitet/noko å gjere på/kjekt/
- Basert på noko vitskapleg? Forsking?
- Basert på ynskjer?
- Når eg var med: Forskjellar frå andre gonger? Innverknad at eg var der?

#### **Fysisk aktivitet og eldre**

- Kva tenkjer du om orda «aktiv alderdom» og «fysisk aktivitet»? (generelt)
  - Stikkord: krav/aldring/trening/moglegheiter/avgrensingar/gåturar/kvardagsaktivitet

- Kva synst du om det aukande «kravet» til at eldre skal halde seg i form og klare seg sjølv lengst mogleg?
  - Stikkord: press/motiverande/mindre avslapping/meir aktivitet/positivt/negativt
  - I forhold til her på sjukeheimen?
  
- Korleis ser du på aktivitetar for eldre her på sjukeheimen?
  - Positivt for bebuarane (noko som skjer/blir betre kjent med bebuarar og tilsette)
  - Negativt for bebuarane (krav/slitsamt/føler seg utanfor)
  - Forskjellar ved å ha tilsette i desse stillinga ift om personale skal gjere det?

## Vedlegg 3: Førespurnad om prosjektdeltaking

### Førespurnad om å delta i forskingsprosjektet «Aktivitet som skapar fellesskap»

#### **Bakgrunn:**

Eg er student ved mastergradsutdanninga i samfunnsarbeid ved Høgskulen i Bergen. Studieåret 2011/2012 skal eg skrive oppgåve om deltaking i felles aktivitetar for eldre. Prosjektet har fått tittelen «Aktivitet som skapar fellesskap»,- med undertittelen «ein studie om eldre sjukeheimsbebuarar si deltaking i felles aktivitetar».

#### **Forskingsspørsmål:**

*Problemstillinga for prosjektet er: **Korleis kan deltaking i aktivitetar vere med på å endre kvardagen til bebuarar på sjukeheim?*** Gjennom å delta i aktivitetar håpar eg å finne ut kva dette har å seie for dei eldre, som individ og som ei gruppe som samhandlar. Kunnskapsstatusen på feltet er konsentrert rundt eldre på individnivå, og kva dei bør gjere for å klare seg sjølv lengst mogleg. Kva deltaking i grupper av eldre på sjukeheim har å seie er vanskelegare å finne kunnskap om. Målet er å auke kunnskapen og forståinga kring dette.

#### **Kven kan delta:**

Eg vil vere til stades på ulike avdelingar i ulike aktivitetar, og bebuarane her kan vere deltakarar i prosjektet. Eg ynskjer å samle deltakarar i små grupper eller intervju dei einskildvis etter at aktivitetane er ferdige. Ved å delta i ulike aktivitetar på sjukeheimen håpar eg å få samle inn det datagrunnlaget eg treng for å skrive oppgåva. Metoden som vil bli nytta for å samle inn data er feltarbeid – deltakande observasjon. Det vil seie at eg deltar på lik linje med dei andre som er tilstade under arrangementet. Eg vil observere, samtidig som eg får moglegheit til å snakke med eldre deltakarar og andre engasjerte. I tillegg vil ei meir strukturert form for samtale med grupper eller einskilde personar vere aktuelt. Her vil meir direkte spørsmål om tema bli stilt, og tema vil vere eldre og fysisk aktivitet, kva fysisk aktivitet har å seie for livskvalitet, kva deltaking i felles aktivitetar har å seie for fellesskap, kva personlege erfaringar og meiningar dei einskilde har etc.

### ***Kva skjer med opplysningar om deg?***

Som forskar har eg teieplikt, og vil handsame all informasjon konfidensielt. Som hjelpemiddel til å lagre informasjon vil eg berre nytte meg av skriftlege notatar. Konfidensielle opplysningar som namn eller liknande vil ikkje bli lagra då eg vil nytte meg av fiktive namn allereie i felten. Opplysningar som omtrentleg alder og kjønn vil bli notert, utan at det vil kunne føre til gjenkjenning av personar.

Deltaking er frivillig, og ein kan når som helst trekke tilbake eit allereie gitt samtykke utan nærare forklaring.

### ***Kontaktinformasjon:***

Ved spørsmål eller ynskje om utfyllande informasjon, ta kontakt med Kristin Rivedal Yndestad på e-post [kryndestad@gmail.com](mailto:kryndestad@gmail.com). Rettleiar Tobba T. Sudmann ved Institutt for sosialfag og vernepleie Høgskulen i Bergen kan også kontaktast på e-post [tsu@hib.no](mailto:tsu@hib.no) eller tlf: 55 58 56 75.

### ***Samtykkeerklæring:***

Eg har motteke skriftleg og munnleg informasjon om prosjektet «Aktiv alderdom og livsglede for eldre» og er villig til å delta i studien.

---

Dato og signatur deltakar

---

Dato og signatur student

Infoskjemaet vil signerast i to eksemplar, slik at deltakar og student har kvar sitt underskrivne skjema.

## Vedlegg 4: Temaliste for samtalar med bebuarane

### Intervjuguide/temaliste for prosjektet «Aktiv alderdom og livsglede for eldre»

#### ***Fysisk aktivitet og eldre***

- Kva betyr orda «aktiv alderdom» og «fysisk aktivitet» for deg?
- Stikkord:
  - Moglegheiter/hindringar
  - Krav
  - Å bli gamal
  - Fortsette som før
  - Trening
  - Gåturar i naturen
  - Kvardagsaktivitet
  
- Kva synst du/de om det aukande «kravet» til at eldre skal halde seg i form og klare seg sjølv lengst mogleg?
- Stikkord:
  - Forventingar/press
  - Motiverande
  - Mindre tid til avslapping
  - Meir tid til fysisk aktivitet
  - Forskyving av pensjonisttida – forventingar om fortsatt god førleik

#### ***Aktivitatar***

- Kva synst du/de om å delta i aktivitatar på sjukeheimen?
- På kva måte trur du/de at aktivitetane kan bidra til endra kvardag?  
Stikkord:
  - auka livsglede
  - auka livskvalitet
  - auka fysisk aktivitet
  - auka fysisk kapasitet
  - betre samhandling med andre
  - betre sosialt fellesskap
  - betre kjennskap til andre
  - meir mas
  - fleire forventningar
  - fleire krav
  - fleire arenaer og mislukkast på
  - avsløring av dårleg funksjon
  - avsløring av dårleg syn, høyrsel, hugs, førleik
  - meir sliten, meir forvirra
  - fleire nye fjes
  - kategorisering av dei spreke/ikkje spreke
  - evt. endring i medikamentbruk

- evt. endring i apetitt
  - evt. endring i besøk frå familie/vener utanifrå?
  - behov for meir privatliv
- Har du/de vore med tidlegare?
  - Har du/de vore med kvar gong det har vore arrangement? Kvifor ja? Kvifor nei?
  - Kva forteld du/de til vener og familie om dette?
  - Kva fortel du/de til andre eldre som evt. ikkje har vore med tidlegare?
  - Er det nokon dette ikkje passar for?
  - Er det nokon det passar særst godt for?
  - Kva vil du/de seie det er som skapast i desse aktivitetane
  - Kva er det du/de hugsar best frå sist deltaking i ein aktivitet?

### **Aktivitetsformer**

- Kva synst du/de om tilbodet av aktivitetar? Er det andre former for aktivitet som også er ønskeleg? Kvifor ja/nei?
- Dreiv du/de med andre former for aktivitet før du/de flytta på sjukeheim? Evt. kva type? Korleis var det organisert?
- Vil du/de seie at aktivitetsnivået har gått opp eller ned etter at du/de flytta på sjukeheim?
- Har du/de opplevd at det er aktivitetar du/de ikkje kan delta i? Kva synst du/de om dette?
- Er det ønskeleg med fleire timar arrangerte felles aktivitetar? Kvifor ja/nei?

### **Organisering**

- Kva betyr det at dette er gruppeaktivitetar samanlikna med om du/de skulle gjort det på eigenhand?  
Stikkord:
  - *meir sosialt*
  - *samhandling*
  - *lågare terskel for å delta*
  - *høgare terskel for å delta*
  - *lett å bli kjent med andre*
  - *kjekkare*
  - *ei kjelde til angst*
  - *kjensle av fellesskap*
  - *mindre einsamt*
  - *meir einsamt, forsvinne i fellesskapen?*
  - *heller ønskje om privat oppfølging*

- *for mange deltakarar*
- *for få deltakarar*
- *for få hjelparar – kjensle av å vere utrygg*

**Anna**

- Kva vil du/de seie du/de sat igjen med av inntrykk etter å ha delteke i aktivitetane?  
Stikkord:
  - Kjekt med sjølve aktiviteten, det å få vere i aktivitet
  - Den sosiale opplevinga ved det
  - Berre det å gjere noko anna enn vanleg
  - Ei kjensle av å ikkje strekke til, dårlegare fysisk form enn andre deltakarar
  - Forventingar om å delta frå tilsette på sjukeheim og andre eldre
- Vil du/de tilrå andre sjukeheimar å starte med det same? Kvifor? Kvifor ikkje?