



Høgskulen på Vestlandet

Samfunnsfag 3, emne 4 - Masteroppgave

MGUSA550-O-2022-HØST1-FLOWassign

Predefinert informasjon

Startdato:	01-09-2022 09:00	Termin:	2022 HØST1
Sluttdato:	15-09-2022 14:00	Vurderingsform:	Norsk 6-trinns skala (A-F)
Eksamensform:	Masteroppgave		
Flowkode:	203 MGUSA550 1 O 2022 HØST1		
Intern sensor:	(Anonymisert)		

Deltaker

Kandidatnr.:	350
---------------------	-----

Informasjon fra deltaker

Antall ord *:	30791
----------------------	-------

Egenerklæring *: Ja

Jeg bekrefter at jeg har Ja registrert oppgavetittelen på norsk og engelsk i StudentWeb og vet at denne vil stå på vitnemålet mitt *:

Jeg godkjenner autalen om publisering av masteroppgaven min *

Ja

Er masteroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? *

Nei

Er masteroppgaven skrevet ved bedrift/uirksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? *

Nei



Høgskulen
på Vestlandet

MASTEROPPGAVE

Bærekraft i norsk eldreomsorg

Sustainability in Norwegian eldercare

Jonas Zwilling Fristad

MGUSA550

Fakultet for lærarutdanning, kultur og idrett

Veileder Bodil Elise Ravneberg

15.09.2022

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle

kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Innhold

Sammendrag	4
Abstract	6
Kapittel 1 – Innledning	8
1.1 Problemstilling og innledning	8
1.2 Gangen i oppgaven	9
Kapittel 2 - Bakgrunn for oppgaven	10
2.1 Trekk ved velferdsstaten	10
2.2 Kommunenes ansvar og den demografiske utviklingen	11
2.2.3 Økt behov for hjelp	12
2.2.4 Behov for velferdsteknologi	13
2.3 Tidligere forskning om ledelse ved sykehjem	13
2.4 Bærekraftutfordringer i eldreomsorgen	14
Kapittel 3 – Teoretiske perspektiver	16
3.1 Eldrebølgen	17
3.2 Bærekraftig utvikling – tre dimensjoner	17
3.2.1 Bærekraftig norsk eldreomsorg	19
3.3 Folkehelse og sosial bærekraft	21
3.4 Endring i eldreomsorgen – hvordan ledelse kan tilrettelegge for innovasjon	22
3.4.1 Verdibasert ledelse	22
3.4.2 Ledelse ved sykehjem	23
3.5 Boformer innen eldreomsorgen – et større mangfold?	25
3.5.1 Aldersvennlige lokalsamfunn	25
3.5.1 Omsorg pluss	26
3.5.2 Private bofellesskap	27
3.6 Velferdsteknologi – den hellige gral?	27
3.6.1 Teknologi for kommunikasjon	28
3.6.2 Mangelfull forskning på dementes bruk av teknologi	29
3.6.3 Eldre må læres opp i bruk av teknologi	31
3.7 Oppsummering	32
Kapittel 4 - Metode	34
4.1 Valg av metode	34
4.2 Valg av informanter	35

4.3 Tematikk og intervjuguide	36
4.4 Rekruttering av informanter	37
4.5 Gjennomføring av intervju	37
4.6 Lydopptak og transkribering	38
4.7 utfordringer og begrensninger knyttet til datamaterialet	40
4.8 Endring av problemstilling	43
4.9 Reliabilitet og validitet	43
4.9.1 Reliabilitet	43
4.9.2 Validitet	44
4.10 Etikk	45
4.11 Analyse av kvalitative data	47
Kapittel 5 - Analyse	49
5.1 Hva sier lederne generelt om sykehjem og eldreomsorgen	49
5.2 Hvilke utfordringer mener ledelsen at eldreomsorgen står ovenfor?	50
5.2.1 Pasientene er blitt sykere, eldre og har flere utfordringer	50
5.2.2. Pårørendes rolle	51
5.2 Ledelsens tanker om hvordan endre eldreomsorgen i en mer bærekraftig retning	54
5.2.1 Betydningen av andre boformer	54
5.2.2 Tanker om fremtidens sykehjemsdrift	56
5.2.2.1 Delte bofellesskap	56
5.3 Ledelsens synspunkter på bruk av teknologi i eldreomsorgen	57
5.3.1 Hvilken teknologi brukes ved sykehjemmene?	58
5.4 Betydningen av personell og rekruttering, i et ledelsesperspektiv	62
5.4.1 Forutsigbarhet i turnusen	63
5.5 Behov for økt kompetanse blant personalet	64
5.5.1 Møte med aggresjon	64
5.5.2 Kursing av pårørende	65
5.5.3 Forbedring av sykepleierutdanningen	66
5.6 Tenke nytt	67
5.7 En trygg alderdom	68
5.6 Oppsummering	69
Kapittel 6 - Avslutning	71
6.1 Oppsummering	71

6.1.2 Sentrale funn.....	71
6.2 Veien videre	72
6.2.1 Behov for videre forskning.....	72
6.2.2 Politisk satsing.....	73
Kapittel 7 - Litteratur.....	74

Sammendrag

Gjennom denne oppgaven har jeg hatt som mål å drøfte hvordan ledere i norsk eldreomsorg opplever eldreomsorgen. Opplever de eldreomsorgen som bærekraftig i møte med «eldrebølgen»? Bærekraftig eldreomsorg har jeg i oppgaven definert som: Eldreomsorg som opprettholder kvaliteten for brukerne og tar hensyn til alle tre bærekraftdimensjonene. Hvordan de tre bærekraftdimensjonene påvirker hverandre og påvirker eldreomsorgen, vil jeg gå nærmere inn på i teori og analysekapitlene.

Problemstillingen min har jeg formulert slik: *Hvordan bærekrafthensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og mulige løsninger, sett i et ledelsesperspektiv.*

For å analysere disse spørsmålene har jeg gjennomført en kvalitativ studie, der jeg har intervjuet informanter med ledende roller ved norske sykehjem. Jeg har også presentert relevant teori, som jeg har brukt i analysen av datamaterialet. Dette gjelder spesielt teori om bærekraftbegrepet, velferdsteknologi og boformer innenfor eldreomsorg, samt ledelsesteori.

Av utfordringer i eldreomsorgen peker informantene mine på at det først og fremst er flere som blir eldre og sykere enn tidligere, en utvikling som både de og andre omtaler som eldrebølgen. En konsekvens av dette er at det er et økt behov for både sykehjems plasser og personell, noe som innebærer et økt ressursbehov.

Når det gjelder løsninger har jeg løftet fram tre punkter som har vært veldig tydelige i datamaterialet. Disse er: Endringer i forhold til hvordan eldre bor; blant annet så blir omsorg pluss løftet frem som en mulig løsning, og private bofellesskap blir omtalt. Noen av informantene ser for seg en mer radikal endring rundt boformene, og tror kanskje at vi må tilbake til generasjonsboliger eller lignende løsninger. Videre blir velferdsteknologi fremhevet som viktig i møte med eldrebølgen. Teknologi kan bidra til å lette på presset, og det kan bidra til at flere kan bo lengre hjemme og være mer uavhengige lengre inn i alderdommen. Likevel blir begrensningene ved teknologi omtalt, og informantene er tydelige på at teknologi alene ikke er nok til å imøtekomme utfordringen. Et tredje punkt som blir fremhevet er økt kompetanse; både blant personale og pårørende. For å få til dette kan økt kursing og bedre utdanning, gjerne med bedre lønnsvilkår, bidra til å totalt sett redusere ressursbehovet.

Informantene beskrev gjennom intervjuene også andre forhold som påvirker eldreomsorgen, som vil bli presentert i analysekapitlet. Det foregår en del forandringer innen eldreomsorgen i dag. Staten legger til rette for flere sykepleierstudenter, gjennom blant annet å opprette 500 nye studieplasser ved forskjellige sykepleierlinjer i 2022, og velferdsteknologi er fremhevet som satsingsområde. Likevel opplever

informantene mine at det ikke blir gjort nok, og flere uttrykker bekymring for fremtiden, også for sin egen alderdom. De er ikke sikre på om kvaliteten på omsorgen vil være den samme som den er i dag, og tvilsomme til at eldreomsorgen kan bli bærekraftig.

Til slutt må det understrekes at for at eldreomsorgen skal kunne regnes som bærekraftig slik som jeg har definert det i denne oppgaven, så er det nødvendig at alle de tre bærekraftdimensjonen - den sosiale, den økonomiske samt klima- og miljødimensjonen - er i harmoni med hverandre, og ivaretatt. Informantene på sin side stiller seg tvilsomme til at det vil være mulig å oppnå bærekraft innen alle dimensjonene, og mener at eldreomsorgen ikke kan bli bærekraftig, i hvert fall ikke om det skjer store forandringer i forhold til hvordan vi tenker om eldreomsorg. Slik det ser ut i dag er de tre dimensjonene ikke i harmoni med hverandre. For eksempel så gjøres det i dag mye for at den sosiale dimensjonen ved bærekraft blir ivaretatt, men samtidig øker kostnader betydelig, noe som står i strid med den økonomiske dimensjonen ved bærekraftbegrepet. Dette betyr indirekte at klima- og miljødimensjonen underprioriteres. For at norsk eldreomsorg skal bli bærekraftig, mener mine informanter at det må gjøres mye mer, og at vi må tenke nytt rundt tematikken eldreomsorg.

Abstract

In this paper I have aimed to discuss how leaders in Norwegian elderly care experience elderly care. Do they consider current elderly care as sustainable in the face of population aging? In this paper I have defined sustainable elderly care as follows: Elderly care which maintains its quality and standards with regards to its users, and simultaneously takes all three sustainability dimensions into consideration. How the three sustainability dimensions affect each other and elderly care in general, will be more thoroughly discussed in the theory- and analysis chapters.

My research question has been formulated in the following fashion: *How do sustainability concerns affect elderly care and what are the challenges, and solutions, as seen from a leadership perspective.*

To answer these questions, I have conducted a qualitative study, where I have interviewed informants who have leading roles at Norwegian nursing homes. I have also presented relevant theory, which I have used in the analysis of the data material. Theoretical perspectives, in particular about the term sustainability, welfare technologies and living arrangements within elderly care and leadership theories will be presented.

Regarding challenges facing elderly care, the informants point out that the main challenge first and foremost is that there are simply more old and sick people than before, a change which they and others describe as population aging. A consequence of this is that there is an increased need for nursing homes and staff, which imply an increased need for resources or capital.

Considering appropriate solutions, I want to focus on three main points which stood out in the data. These are: Changes in how elderly people live; "Omsorgpluss" or "Care-plus" amongst other things are mentioned as possible solutions, as well as private sector housing services. Some of the informants envision more radical changes and suggest we might need to go back to "generational" housing or living arrangements. Welfare technologies are lifted as important in the face of population aging. Technology can help alleviate the pressure, and it can contribute to allowing people to live at home longer into old age. Limitations in technology are discussed, and the informants clearly state that technology by itself will not be enough to solve the challenges. A third point which is mentioned is about increased competency amongst personnel, but also amongst family or those close to patients in need of care. To succeed in this, increased training or better education can be contributing factors in reducing the total costs related to elderly care.

During the interviews the informants also described other factors which affect elderly care, which will be presented in the analysis-chapter. There are some changes taking place within elderly care today. The Norwegian government has created 500 new college openings for nursing students in 2022, and welfare technology is a point of focus for researchers. However, the leaders I have spoken to do not feel that enough is being done, and many express concerns for the future, and for their own old age. They are simply not sure whether the quality of care will be the same as it is today and are doubtful about whether elderly care can become sustainable or not.

Finally, I would like to emphasize that in order for elderly care to be regarded as sustainable, such as I have defined it in this paper, it is necessary that all three sustainability dimensions – the social, economic and ecological dimensions, are in harmony with each other and taken care of. The informants are skeptical that it will be possible to achieve sustainability within all dimensions, and elderly care can thus by definition not be sustainable, at least not unless there are major changes in relation to how we think about elderly care. For instance, much is being done today to safeguard the social dimension of sustainability, but at the same time costs in elderly care are increasing significantly, which conflicts with the economic dimension of the concept of sustainability, which also indirectly means that the climate and environment dimension is underprioritized. For Norwegian elderly care to be sustainable, my informants believe that much more needs to be done, and that we need to think about elderly care as a concept in completely new ways.

Kapittel 1 – Innledning

1.1 Problemstilling og innledning

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan ledere ved norske sykehjem opplever norsk eldreomsorg som bærekraftig. Mer spesifikt har jeg utarbeidet følgende spørsmål som jeg vil forsøke å besvare. «*Hvordan bærekraftshensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og mulige løsninger, sett i et ledelsesperspektiv?*» Opprinnelig hadde jeg utformet en annen problemstilling, men valgte gjennom arbeidet med oppgaven å endre denne. Dette valget vil jeg omtale nærmere i metodekapittelet. For å få svar på problemstillingen min, har jeg valgt å gjennomføre kvalitative intervju med et utvalg informanter som jobber innen norsk eldreomsorg.

Det er flere grunner til at jeg har valgt å forske på denne tematikken. Helt siden jeg gikk på barneskolen har jeg hørt om «eldrebølgen». Etter det jeg kan huske, ble begrepet ofte omtalt i media og politikere snakket hele tiden om at vi må forberede oss på eldrebølgen. Dette var for rundt 10-15 år siden. Etter denne perioden, opplever jeg at fokuset på denne tematikken har dalt litt av. Politikere snakker fortsatt mye og varmt om norsk eldreomsorg, men de snakker kanskje ikke like mye om eldrebølgen som «problem» like mye som før. Kanskje har det å gjøre med at vi nå faktisk befinner oss i starten på den mye omtalte eldrebølgen? Den store etterkrigsgenerasjonen har begynt å ta inn på sykehjem, og de fleste er allerede pensjonister. Hvordan vil dette påvirke norsk eldreomsorg? Vil det være nødvendig å rekruttere og ansette flere sykepleiere på norske sykehjem for å møte det økende behovet?

Er det andre måter å løse denne utfordringen på? Det er flere og flere eldre som har behov for sykehjems plass og hjelp fra det offentlige. Samtidig har antallet norskfødte barn gått kraftig ned de siste – norske kvinner føder færre barn, og de er eldre når de føder for første gang (FHI, 2021) Hvordan vil dette påvirke norsk økonomi? Vil jeg som 28-åring måtte ta til takke med en pensjonsalder på 75? Er den norske velferdsmodellen bærekraftig i møte med eldrebølgen?

Dette er spørsmål som jeg har lurt på ganske lenge, og som er motivasjonen min for å forske på denne tematikken. På bakgrunn av dette utformet jeg i utgangspunktet følgende problemstilling: Er norsk eldreomsorg økonomisk bærekraftig i møte med eldrebølgen? Denne problemstillingen var jeg ikke helt fornøyd med da den ikke inkluderte det menneskelige aspektet i særlig stor grad, og gjennom å arbeide med prosjektet endret jeg denne til: *Hvordan bærekraftshensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og mulige løsninger, sett i et ledelsesperspektiv?* For å best mulig få svar på spørsmålene mine, fant jeg ut at jeg ville intervju de menneskene som står midt i dette. Nemlig mennesker som jobber i eldreomsorgen. Jeg har intervjuet fire stykker, og fått utfyllende svar på i hvert fall noen av spørsmålene

mine. Gjennom deres perspektiv har jeg fått en god og dypere forståelse for, og et personlig forhold til hvordan det er å jobbe i eldreomsorgen, men også hvordan hverdagen til brukerne er, og ikke minst hvorfor og hvordan vi kan forbedre og opprettholde kvaliteten i norsk eldreomsorg, samt hvilke verktøy vi som samfunn kan måtte ta i bruk for å gjøre eldreomsorgen bærekraftig i møte med en stadig større eldre befolkning.

1.2 Gangen i oppgaven

I begynnelsen vil jeg presentere bakgrunnen for oppgaven. Her vil jeg gi leserne et bakteppe for hvorfor jeg har valgt denne tematikken, hva min motivasjon for å forske på bærekraftig eldreomsorg er. Jeg vil videre kort vise til tall og statistikk på den demografiske utviklingen i Norge.

Videre følger et kapittel om teori. Her vil jeg avklare begrep som er blitt brukt gjennom oppgaven, samt sette problemstillingen min inn i en teoretisk kontekst, der jeg blant annet vil presentere ulike teoretiske tilnærminger til «bærekraftig utvikling», og de tre bærekraftdimensjonene, og hvordan «bærekraftig eldreomsorg» kan sees i lys av dette. Her vil jeg vise til norsk forskning, samt forskning gjort i utlandet. I dette kapitlet vil jeg presentere relevant forskning innen forskjellige temaer som omhandler eldreomsorg. Blant annet vil jeg gjøre rede for forskning innen bærekraft og bærekraftig eldreomsorg, boformer for eldre, samt ulike former for velferdsteknologi.

Et kapittel som handler om valg av metode, samt en beskrivelse av metodikken følger. Her presenterer jeg mitt metodevalg, og gjør rede for dette. Videre beskrives hvordan jeg har gjennomført intervju, transkribering og behandling av den innsamlede dataen. Ulike utfordringer og problem i møte med mitt metodevalg vil også bli drøftet.

Videre vil jeg gjennomføre min analyse av den innsamlede dataen. Her vil jeg presentere de ulike informantenes syn på hvorvidt norsk eldreomsorg er bærekraftig i møte med eldrebølgen. De har besvart mange forskjellige spørsmål, og jeg har valgt ut noe av informasjonen for videre analyse for å besvare problemstillingen min. Gjennom analysen vil jeg også referere til teori som er beskrevet i teorikapitlet. Etter analysen vil jeg presentere mine funn, også sett i lys av teori.

Kapittel 2 - Bakgrunn for oppgaven

Det er flere grunner til at jeg har valgt å skrive om hvordan bærekraftsyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og mulige løsninger, sett i et ledelsesperspektiv. Personlig er jeg interessert i tematikken eldrebølgen. Jeg vil finne ut om dagens system er tilrettelagt for å møte eldrebølgen, da dette har vidtfavnende konsekvenser for individ som har behov for omsorgstjenester samt samfunnet som helhet. Jeg ønsker å undersøke hvordan ledere ved sykehjem reflekterer rundt det å imøtekomme et økende omsorgsbehov, om sykehjemmene er forberedt, og hvilke tiltak som blir gjort for at utviklingen kan gå i en enda mer bærekraftig retning. For å drøfte dette vil jeg i denne oppgaven undersøke hvordan ledere ved norske sykehjem opplever bærekraftutfordringen, både internt og eksternt.

For å få en grundig forståelse for hva bærekraftutfordringene kan bestå i sett fra ledelsen sin side, vil jeg i dette kapitlet trekke veksler på tidligere forskning og offentlige dokumenter og 1) peke på trekk ved velferdsstaten og 2) den demografiske utviklingen i Norge og kommunenes utfordringer knyttet til dette. Så vil jeg 3) gå inn på hva ledelse i sykehjem handler om og 4) til slutt vil jeg drøfte argumenter for hvorfor og hvordan bærekraft har blitt et viktig tema i eldreomsorgen.

2.1 Trekk ved velferdsstaten

Den nordiske velferdsstatsmodellen blir av flere andre nasjoner sett opp til – vi har et fritt samfunn med høy velstand, med gode forhold som er tilrettelagt for privat satsing. Samtidig har vi et sosialdemokratisk velferdssystem, som innebærer et forholdsvis høyt skatte- og avgiftstrykk som bidrar til å finansiere offentlige velferdstjenester. Disse sikrer borgerne fra blant annet fattigdom og sykdom, gjennom for eksempel sosialhjelp og sykepenger, samt tilbud om offentlige barnehager og ikke minst sykehjem og omsorgsinstitusjoner for eldre og/eller syke. Dette systemet er en sikkerhet for befolkningen som følger mennesker gjennom hele livet. Helse- og omsorgssektoren står for en betydelig del av utgiftene til den norske staten, med 2.2 prosent av BNP, og eldreomsorgen er en betydelig andel av dette, ifølge en artikkel publisert av Julie Kjelvik ved SSB (Kjelvik, 2011).

Tilgangen på mangfoldige naturressurser og en relativt liten befolkning har gjort at vi som nasjon er et av verdens rikeste og beste land å bo i, noe som også gjenspeiler seg i undersøkelser som omhandler hvor lykkelige befolkninger rundt omkring i verden er. Vi er heldige, og har hatt en unik mulighet til å utvikle et omfattende velferdssystem der bort imot alle borgere er sikret mot fattigdom og sykdom, i hvert fall sammenlignet med andre land. BNP per innbygger blir ofte brukt som måleinstrument for å vurdere

rikdommen til et land, og der skåret Norge en fjerde plass blant europeiske land i 2019, ifølge en artikkel publisert i SSB. (Sandstå, 2020).

Sammenligner vi Norge med andre europeiske land, så står den nordiske velferdsstaten historisk sett veldig sterkt, og velferdsordninger er generelt sett organisert gjennom offentlige institusjoner og finansiert via skatter og avgifter. Samtidig så er det stor oppslutning av vårt sosialdemokratiske system, og «den Skandinaviske» eller «Nordiske» modellen blir av mange fremhevet som gode eksempel på hvordan velferdstjenester burde bli organisert og finansiert (Hatland et.al, 2018, s. 245-246).

2.2 Kommunenes ansvar og den demografiske utviklingen

I Norge er eldreomsorgen altså hovedsakelig en offentlig oppgave. Ansvaret ligger hos de enkelte kommunene, noe som er vedtatt ved lov. Kommunene er pliktige til å opprettholde og tilby omsorgstjenester av tilfredsstillende kvalitet. Kommunene får penger fra staten for å finansiere omsorgstjenestene, deriblant eldreomsorgen, avhengig av folketall. Struktur, prioriteringer og den daglige driften generelt sett, må kommunene imidlertid organisere selv (Halvorsen, Stjernø, Øverbye, 2016, s.200).

Den demografiske utviklingen i Norge viser tydelig at vi i løpet av de siste årene har blitt eldre. Befolkningen har økt med 11% mellom 2009 til 2019, men i aldersgruppen 67 til 79 var økningen på over 46% (Helsedirektoratet, 2020). Videre har Helsedirektoratet i sin rapport fastslått at denne aldringen vil øke frem mot 2040. I 2020 er det 4.3% av befolkningen som er 80 år og eldre, mens aldersgruppen i 2040 er estimert til å være 8% av den samlede befolkningen i Norge (Helsedirektoratet, 2020).

Hvis en ser på Folkehelseinstituttet sin rapport om befolkningen fra 2021, viser det lignende funn. I tillegg beskriver Folkehelseinstituttet en redusert fruktbarhet blant kvinner, med en rekordlav fruktbarhet på 1.48 barn per norske kvinne. Videre viser de til at flere bor alene, noe som jeg tolker i den forstand at færre har en fast partner – noe som delvis kanskje kan forklare nedgangen i fruktbarheten (FHI, 2021). Endringer i fruktbarheten isolert sett er i seg selv er ikke et problem. Det kan til og med argumenteres for at det er fordelaktig og mer bærekraftig dersom en klarer å redusere økningen av nye mennesker – færre mennesker vil bety lavere forbruk, som igjen betyr mindre belastning på klima og miljø. Mindre belastning av klima og miljø er et av bærekraftmålene Norge er forpliktet til å jobbe for, så det kan sies at en reduksjon av fruktbarhet vil kunne regnes som bærekraftig (FN, 2022). Redusert fruktbarhet *samtidig* som

en har en økende eldre befolkning kan derimot sees på som problematisk, da det medbringer ulike åpenbare utfordringer.

Kort oppsummert ligger hovedutfordringen i at færre mennesker jobber og bidrar enten direkte eller indirekte til å finansiere pensjoner og eldreomsorgen, samtidig som antallet pensjonister øker kraftig, og behovet for omsorgstjenester øker. Folkehelseinstituttet bekrefter dette, og understreker at den generelle aldringen av befolkningen fører med seg flere helseutfordringer totalt sett i samfunnet, noe som indirekte også betyr at samfunnet vil få økte helseutgifter i de kommende årene (FHI, 2021).

2.2.3 Økt behov for hjelp

NAV har registrert en økning i antall pensjonister i Norge på 1.9 prosent fra mars 2021 til mars 2022. Videre så er det forventet at andelen vil fortsette å øke i ganske mange år til (Nav, 2022). Samtidig oppnår nordmenn en stadig høyere levealder, og behovet for omsorgsplasser øker. I helsedirektoratet sin årsrapport fra 2020, kommer det tydelig frem at befolkningen i Norge vil eldes, og at behovet for omsorgsplasser vil øke i de kommende år (Helsedirektoratet, 2020) Om ikke dette var nok, så blir det født færre og færre barn i Norge, selv om trenden nå ifra 2021 til 2022 kan se ut til å ha snudd. Samlet sett så virker det ved første øyekast ikke som om dette regnestykket går opp; Vi blir stadig flere eldre, og vi lever lengre. Samtidig blir det født færre nye borgere som kan ta vare på den eldre generasjonen, om det så er indirekte via skatt, eller direkte gjennom å utdanne seg som helsefagarbeider eller sykepleier, for å så gi omsorg for de eldre på sykehjem eller i omsorgsboliger.

Hvis en ser på befolkningsutviklingen i Norge, så viser det seg altså tydelig at antallet eldre øker samtidig som antallet barn som blir født reduseres. Dette i seg selv bidrar til at kostnadene så langt er nødt til å øke, da staten har pensjonsforpliktelser ovenfor de aller fleste som går ut av arbeidslivet, samtidig som omsorgstjenester må finansieres. Videre er det færre mennesker som finansierer disse godene.

Antallet ansatte i norsk helsevesen, herunder eldreomsorg, har også økt betydelig de siste tiårene. På 1970-tallet var det rundt 45000 ansatte i norsk helsevesen, mens det i 2016 var 356000 ansatte (Halvorsen et.al., 2016, s. 196). Dette tallet er ventet å øke enda mer, da befolkningen vil fortsette å bli eldre, og behovet for helsetjenester og plasser på institusjoner vil fortsette å øke (Helsedirektoratet, 2020).

Det er flere som har pekt på at det å fortsette å øke ansatte i helsevesenet pga. økt behov, ikke er bærekraftig (Fasting, 2013). Ved en minskende fruktbarhet som illustrert ovenfor, vil det til slutt være færre og færre som kan bidra til å finansiere omsorgstjenestene. For å løse dette, blir velferdsteknologi av mange uttalt som «redningen» (St. melding nr. 15).

2.2.4 Behov for velferdsteknologi

Teknologi kan bidra til å redusere behovet for sykepleiere, og eldre kan for eksempel lenger bo hjemme (Helsedirektoratet, 2020). Paradoksalt nok så viser det seg at i helsevesenet som helhet, ikke kun på sykehjem, kan teknologi faktisk bidra til økte kostnader; avanserte maskiner og utstyr krever ansatte som er lært opp i bruken eller blir høyere utdannet, noe som igjen koster penger ifølge Halvorsen et.al. (Halvorsen, et.al., 2016, s. 197). Dette illustrer at dersom en skal benytte seg av velferdsteknologi i helsetjenesten og omsorgssektoren, er det nødvendig med «lavterskel» teknologi som lar seg lett benytte både av pleier og pasienter. Kreves det betydelig opplæring og ferdigheter for å benytte seg av teknologi, vil dette ha en negativ effekt på både bruken, og dermed også nytten. Dette vil jeg komme litt nærmere inn på i teorikapitlet, samt i analysen, der velferdsteknologi og bruken er drøftet.

Velferdsteknologi er også blitt trukket frem som en viktig faktor i møte med et økende omsorgsbehov, ifølge helsedirektoratet. Det finnes mange ulike teknologiske virkemidler som kan tas i bruk både av eldre som fortsatt bor hjemme, men også på institusjoner. Ved institusjonene kan det blant annet bidra til å redusere ressursbehovet, og ved bruk hos hjemmeboende kan det for eksempel øke trygghetsfølelsen eller bidra til å gjøre hverdagen mer overkommelig (Helsedirektoratet, 2020).

2.3. Tidligere forskning om ledelse ved sykehjem

Endring og innovasjon vil være viktige faktorer når det kommer til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig, og derfor vil jeg kort omtale hvordan ledelse kan bidra til å lette denne prosessen. Det finnes noe forskning rundt ledelse ved sykehjem, og dette vil jeg komme nærmere inn på i teorikapitlet. Jeg vil likevel kort trekke frem sentrale trekk ved ledelse også her. Ifølge Totcheva, Vedeler og Slettebø er ledernes holdninger avgjørende når det kommer til hvorvidt innovasjon og endring kan gjennomføres ved sykehjem. Gjennom en kvalitativ intervjustudie har de konkludert med at ledere må tilrettelegge for en endringskultur, der ansatte blir oppfordret til å tenke nytt og komme med ideer til endring ved en institusjon. Dersom ledere har en åpen innstilling i forhold til innovasjon, vil det være lettere for institusjoner å gjennomføre endringer. På den andre siden, er ledere konservative og uvillige til endring,

vil det sannsynligvis føre til at endring er vanskelig eller til og med umulig (Totcheva et.al., 2019). Hvordan en kan effektivisere omsorgsinstitusjoner gjennom god ledelse og organisasjon, er noe Mathilde Fasting diskuterer i et debattinnlegg. Hun viser til at det i dag er mange deltidsstillinger i eldreomsorgen, noe som øker kostnader og gjør yrket mindre attraktivt. Hun peker på at man gjennom god ledelse og omorganisering kan bidra til å redusere behovet for rekruttering, idet man legger til rette for at de som allerede jobber i sektoren får en større stillingsbrøk. Videre trekker hun frem kompetanseheving innad ved institusjoner som faktorer som også kan bidra til å redusere behovet for økt rekruttering i møte med et økende omsorgsbehov (Fasting, 2013).

2.4 Bærekraftutfordringer i eldreomsorgen

Utfordringer i forhold til et økende antall eldre, med et økende omsorgsbehov blir presenterte i rapporten Omsorg 2020 fra Helsedirektoratet. I rapporten blir også bærekraftig utvikling i eldreomsorgen omtalt, og hvordan regjeringen planlegger å legge til rette for en mer bærekraftig eldreomsorg. Det fremheves blant annet at det er nødvendig med fornyelse og innovasjon for å imøtekomme fremtidens utfordringer i møte med et økende omsorgsbehov. Kommunenes ansvar blir her trukket frem, og videre legges det vekt på lederes rolle ved innføring av innovasjon og nye løsninger. Samtidig blir kompetanseheving og nødvendigheten av utdanning fremhevet som satsingsområder som vil bidra til å gjøre morgendagens eldreomsorg mer bærekraftig. Videre blir det omtalt at nytenking og omstrukturering rundt hvordan eldre bor, kan være en del av løsningen for å gjøre morgendagens eldreomsorg mer bærekraftig. I rapporten kommer det også frem at velferdsteknologi er et særlig satsingsområde, og det blir uttalt at velferdsteknologi vil være viktig i tiden fremover for å imøtekomme et økende omsorgsbehov, både for pasienter ved institusjoner eller hjemmeboende, for å gjøre fremtidens omsorg mer bærekraftig (Helsedirektoratet, 2020).

Mange av disse punktene er løsninger som også informantene mine har trukket frem, noe jeg vil komme tilbake til i analysekapitlet, kapittel 5.

Norge har forpliktet seg til å bidra til å nå de sytten bærekraftmålene til FN innen 2030. I den forbindelse har regjeringen laget en plan for hvordan det skal jobbes innad i Norge, punkt for punkt. At norsk eldreomsorg skal bli mer bærekraftig er ikke nevnt spesifikt under disse punktene, men det er likevel faktorer som også indirekte påvirker hvordan vi tilrettelegger eldreomsorgen. Blant annet så er det et uttalt mål om ansvarlig og bærekraftig forbruk og produksjon. Under dette punktet blir det uttalt at det

skal tilrettelegges for ansvarlig og effektiv ressursbruk, noe som da også berører eldreomsorgen. Å redusere sosiale forskjeller mellom mennesker er også et uttalt mål, og i forhold til dette vil en sterk offentlig skattefinansiert helse- og omsorgssektor bidra til å utjevne forskjeller (Regjeringen, 2022). Bærekraftutfordringer og bærekraftdimensjonene vil jeg gå nærmere inn på i neste kapittel - teorikapitlet, der jeg også tydeligere vil redegjøre for hvordan bærekraftdimensjonene og eldreomsorg kan knyttes sammen. Etter teorikapitlet presenteres så metodekapitlet.

Kapittel 3 – Teoretiske perspektiver

I dette kapitlet vil det bli presentert teoretiske perspektiver om bærekraftig utvikling, velferdsteknologi og boformer i eldreomsorgen, samt helseledelse. I første omgang vil jeg drøfte begrepet «eldrebølgen». Deretter kommer et avsnitt som drøfter begrepet bærekraft, og hvordan eldreomsorg og «eldrebølgen» kan sees i lys av bærekraftbegrepet. Teori om boformer og velferdsteknologi følger så etter. Her vil jeg ta utgangspunkt i tidligere forskning, der jeg presenterer funn fra forskjellige forskere, både internasjonale og norske. Grunnen til at jeg presenterer teori om boformer og velferdsteknologi, er at disse faktorene av mange blir beskrevet som «løsninger» på hvordan norsk eldreomsorg kan bli mer bærekraftig. I Stortingsmelding nr. 15 (2017-2018) fra Helse- og omsorgsdepartementet med tittelen «Leve hele livet», blir dette illustrert tydelig; *«Økt bruk av velferdsteknologi er en av flere faktorer som kan bidra til en bærekraftig omsorgstjeneste i framtida»*. Videre blir det også uttalt at nye strukturer rundt hvordan eldre bor kan bidra til å gjøre omsorgstjenester mer bærekraftig. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 59) Da jeg har som mål å finne ut hvordan bærekrafthensyn påvirker eldreomsorgen, og hva som er utfordringene og løsningene, sett fra et ledelsesperspektiv, er det naturlig å presentere forskning om ulike forhold som kan bidra til eller gjøre det lettere å drive eldreomsorg bærekraftig. På bakgrunn av dette har jeg derfor valgt å se på det overnevnte.

Siden jeg fokuserer på hva ledere ved sykehjem forteller om hva bærekraftig eldreomsorg er for dem, har jeg også med teori om helseledelse i dette kapitlet. Forskning på helseledelse viser at ledelse i seg selv er en sentral faktor for innovasjon i sykehjem. Bærekraftig eldreomsorg forutsetter på mange måter innovasjon, og forskning viser også at lederes holdninger er av sentral betydning for implementering av nye løsninger og at ledere bør kjenne til barrierer som hinder innovative endringer (Totcheva, Vedeler og Slettebø, 2019).

3.1 Eldrebølgen

Eldrebølgen er et ord som tidligere har blitt brukt til stadighet av norske politikere og journalister. Gjennom oppgaven bruker jeg også begrepet, og vil derfor kort forklare hva jeg legger i det. Jeg har sett på hvordan Civita, en anerkjent offentlig tenketank definerer begrepet, i form av en artikkel skrevet av Mathilde Fasting (Fasting, 2018).

Hun skriver at gjennom velstandsutvikling i utviklede land, har også alderen vi oppnår økt betydelig. I utgangspunktet er det jo en positiv utvikling at mennesker lever lengre, men det fører også med seg noen utfordringer, peker hun på. Mange land har i etterkrigstiden opplevd en sterk befolkningseksplasjon, delvis fordi tiden etter krigen brakte med seg økt optimisme og økonomisk utvikling. Gjennom denne befolkningsutviklingen har vi hatt mange arbeidstakere som har kunnet bidra til å «finansiere» velferdsgoder som for eksempel pensjoner og omsorgstjenester, og hvis en ser på 1970-tallet her til lands, så var det omtrent fem personer som arbeidet for hver pensjonist i Norge.

Det er forespeilet at dette tallet vil krympe til omtrent to og en halv i 2060 – noe som i praksis betyr at kostnaden vil bli utålelig mye høyere om vi ikke gjør noen endringer. Kort sammenfattet så beskriver begrepet eldrebølgen «en utvikling som etter hvert fører til at det vil være flere pensjonister og eldre mennesker med behov for hjelp, samtidig som det vil være færre yrkesaktive som skal finansiere pensjonsutbetalingene og omsorgstjenestene» (Fasting, 2018). Denne forklaringen på begrepet har jeg også lagt til grunn i oppgaven min, og vil være mitt utgangspunkt når jeg refererer til begrepet «eldrebølgen» gjennom denne oppgaven.

Videre vil jeg se på konseptet bærekraftig utvikling, og hvordan eldrebølgen kan ses i lys av dette.

3.2 Bærekraftig utvikling – tre dimensjoner

For å drøfte hva bærekraftig eldreomsorg innebærer, er det nødvendig å først og fremst undersøke og definere hva bærekraftig utvikling generelt er. Det finnes mange definisjoner på bærekraftig utvikling, men en som er anerkjent og ofte brukt, lyder som følger; «*En utvikling som imøtekommer dagens behov uten å ødelegge mulighetene for at kommende generasjoner skal få dekket sine behov.*» (FN, 2022).

Videre pekes det ofte på at bærekraftig utvikling er påvirket av tre dimensjoner, som FN også har definert. De tre dimensjonene er som følger; Klima og miljø, økonomi og sosiale forhold. Innenfor dimensjonen klima og miljø, ligger det en målsetning om å stoppe klimakrisen og helst reversere den negative

utviklingen som har pågått siden den industrielle revolusjonen, gjennom å redusere og til slutt stoppe forbrenning av klimafiendtlige brennstoff som kull, olje og gass. Andre mål innebærer å tilbakeføre areal til naturlige habitat, og beholde og legge til rette for et bedre mangfold i naturen (FN, 2022).

Økonomi som dimensjon i bærekraftbegrepet inneholder flere delmål. For det første er det et hovedmål å redusere ulikhet, og til slutt utrydde fattigdom. For å få til dette er økonomisk vekst i fattige land nødvendig. Dilemmaet og utfordringen ligger i hvordan en kan legge til rette for økonomisk vekst på en rettferdig måte, samtidig som den økonomiske veksten ikke påvirker naturen negativt i så stor grad at målene om klima og miljø ikke blir overholdt. Såkalt «grønn vekst» er nødvendig, selv om mange klimaaktivister stiller seg tvilsomme til om økonomisk vekst er mulig samtidig som en tar vare på klima og miljø i stor nok grad (FN, 2022).

Til slutt er sosiale forhold en egen dimensjon knyttet til bærekraftbegrepet. Innenfor sosiale forhold så er det ulikhet mellom mennesker som fremheves. Ikke bare økonomisk ulikhet som nevnt ovenfor, men også sosiale skillelinjer som for eksempel ulikhet mellom kjønn eller mellom ulike sosiale grupper. For å løse dette er utdanning for kvinner nevnt som en viktig faktor som kan bidra til en bærekraftig utvikling, da utdanning kan bidra til at kvinner får færre barn, noe som også kan redusere fattigdommen (Norad, 2014). En trygg og god livskvalitet med tilgang på tilstrekkelige tilbud om arbeid, skolegang og god helseomsorg er et av kriteriene for sosial rettferdighet (FN, 2022).

Scott Campbell har laget en modell som beskriver de tre bærekraftdimensjonene – og konfliktene mellom dem, noe som også er relevant for min problemstilling. Han beskriver bærekraftdimensjonene som natur og miljø, sosiale forhold, og økonomi slik også FN har definert dem. Videre beskriver han konfliktene mellom dimensjonene. Mellom natur- og miljø og økonomi eksisterer en «ressurskonflikt». Økonomien vil utnytte ressurser for å oppnå vekst, noe som dessverre ofte er skadelig for miljøet. Dersom en da verner miljø, vil dette ha negative virkninger på økonomien. Mellom økonomi og sosiale forhold vil det også være konflikter; som «kamp om eiendom» der fattige som leier er i konflikt med den rike utleieren. Om en for eksempel øker skatter eller pålegger andre å finansiere «de fattige», kan det argumenteres for at det ikke er populært for de som betaler. Den tredje konflikten mellom sosiale forhold og natur og miljø, kan kanskje tolkes som en kombinasjon av de andre to konfliktene. For å skape et bedre liv for fattige er det nødvendig å skape bedre økonomiske muligheter for dem, noe som da gjerne skjer gjennom utnyttelse av råvarer fra naturen. Campbell fortsetter med å beskrive utfordringen i å få disse tre konfliktene til å

«harmonere», at en finner den gylne middelvei som tar hensyn til alle de tre konfliktene mellom de tre bærekraftdimensjonene (Campbell, 1996, s. 298).

3.2.1 Bærekraftig norsk eldreomsorg

Ser en på eldreomsorg i lys av overnevnte teoretiske perspektiver på bærekraftbegrepet, kan en argumentere for at det er konflikter mellom bærekraftdimensjonene også innen eldreomsorgen. Kvaliteten på omsorgen og behovet for flere omsorgsplasser i de kommende årene, den sosiale dimensjonen, er i direkte konflikt med den økonomiske dimensjonen da det vil koste mer penger. Som en konsekvens er da også den sosiale dimensjonen i indirekte konflikt med natur- og miljø dimensjonen. Målet vil således være å finne en balansegang mellom disse konfliktene og dimensjonene – og da vil en kunne oppnå mer bærekraftig utvikling innen eldreomsorgen.

Hvis en da vil se på om norsk eldreomsorg er bærekraftig, er det nødvendig å se på norsk eldreomsorg i lys av alle de tre bærekraftdimensjonene. Hvis en tar for seg klima og miljø som et av kriteriene for å være bærekraftig, så er det mange som peker på at vi i Norge allerede ligger på ganske tynn is, da en rapport fra 2020 har konkludert med at Norge ikke ligger an til å nå målene som gjelder reduksjon av utslipp av klimagasser (DNV, 2020) Vi utvinner olje og gass i meget stor skala i forhold til hvor stor befolkningen vår er, og statens pensjonsfond (oljefondet) som er en viktig bidragsyter i finansieringen av statsbudsjettet, har tjent inn mye av sitt overskudd og kapital gjennom å selge olje og gass – råvarer og brensel som av de aller fleste blir sett på som direkte klimafiendtlig.

Videre har og blir disse inntektene investert i fondet, og av fondets avkastning bruker vi årlig bare en liten andel – for å unngå en «overopphetning» i økonomien, samt for å sikre Norge økonomisk i fremtiden ifølge regjeringen (Finansdepartementet, 2021).

Norge har sine egne klimamål som innebærer å redusere og kutte utvinningen av olje og gass, men disse klimamålene menes av mange som vanskelige å oppnå. En rapport fra 2020, som nevnt over, viser at vi som nasjon ikke ligger an til å klare å nå våre internasjonale forpliktelser med tanke på reduksjon av CO2 utslipp innen 2050 (DNV, 2020). Dersom en legger dette premisset som grunn, så viser det seg at den norske velferdsstaten og norsk eldreomsorg, delvis er finansiert gjennom klimaskadelig ressursutvinning,

og bryter i den forstand den første dimensjonen. Det vil si at den ikke er bærekraftig i lys av overnevnte teori om de tre bærekraftdimensjonene.

Når det kommer til dimensjonen økonomi knyttet til eldreomsorgen, så er det flere som peker på at en ikke har råd til at eldreomsorgen blir dyrere, tvert imot så burde en optimalt sett finne løsninger som kan bidra til at kostnadene går ned, alternativt er det nødvendig med en økt verdiskapning i samfunnet – som også tar hensyn til miljøet, som Regjeringen har uttalt (Nærings- og fiskeridepartementet, 2022, s.8). Hvis en ser på økonomi i sammenheng med klima- og miljødimensjonen, er det igjen flere som peker på at det er problematisk at norsk økonomi i aller største grad er avhengig av industrier som påvirker klima og miljø negativt, og det er nødvendig med en reduksjon av skadelig industri, og at det blir tilrettelagt for «Grønn industri», som Regjeringen har omtalt i sitt veikart for et «Grønt industriløft» fra 2021 (Nærings- og fiskeridepartementet, 2022, s.8) Dermed kan det argumenteres for at behovet for å redusere kostnadene innen eldreomsorgen kan sies å være forsterket i enda større grad, da grunnlaget for økonomien som finansierer eldreomsorgen bryter med den første bærekraftdimensjonen i lys av teorien til Campbell.

Videre ligger det innen økonomidimensjonen i bærekraftbegrepet en forståelse av at de påfølgende generasjonen skal ha like muligheter, også når det gjelder økonomi. For å få til det må enten kostnadene innen eldreomsorgen som nevnt tidligere enten reduseres eller holdes på samme nivå, og videre er det mange som peker på at samfunnet som helhet må få til «grønn vekst» til fordel for klimaskadelig industri. Det er bred politisk enighet om å redusere utslipp av CO₂, og for å nå Norges internasjonale forpliktelser ,som innebærer å kutte kraftig i utslippene, må mye fortsatt gjøres, som den overnevnte rapporten konkluderer med (DNV, 2020)

Dersom en ser på den siste bærekraftdimensjonen, den sosiale dimensjonen, så omhandler den sosiale forhold. Herunder er det naturlig at eldreomsorg faller, da kvaliteten på eldreomsorgen direkte påvirker livskvaliteten til eldre mennesker som benytter seg av tilbud innen eldreomsorgen. Nå må det understrekes at norsk eldreomsorg på mange måter er helt i toppen på verdensbasis når det gjelder kvalitet, og det er få land som bruker like mye ressurser på eldreomsorg som Norge. Norge bruker omtrent 2.2 prosent av BNP på pleie og omsorgssektoren, mens OECD snittet ligger betydelig lavere – på 1.2 prosent av BNP. (Kjelvik, 2011)

Pleie og omsorg inkludere vel å merke omsorg og pleie for yngre mennesker også, men likevel så gir dette tallet oss en god pekepinn på hvor mye vi i Norge faktisk bruker på omsorg, i forhold til andre land som vi

liker å sammenligne oss med. Tallene er hentet fra en artikkel av Julie Kjelvik ved SSB, og er rundt ti år gamle, men er likevel relevante i dag (Kjelvik, 2011). Når kvaliteten allerede er så høy, er det dermed en forventning om at kvaliteten opprettholdes på samme – eller bedre nivå. For å få til dette er det nærliggende å tro at ressursene som brukes på eldreomsorg må økes i takt med at antallet brukere av eldreomsorgen øker. Problemet som følger av konfliktene mellom bærekraftdimensjonene i lys av Campbell (1996) er jo at det å øke ressursene, eller til og med bare opprettholde de, vil kunne bryte med de andre to bærekraftdimensjonene; klima og miljø, og økonomi. Og her er det utfordringen viser seg, slik som Campbell også påpeker. Å finne balansen, der de tre bærekraftdimensjonene møtes er vanskelig (Campbell, 1996, s. 301). Spørsmålet er hvordan skal vi som samfunn klare å balansere disse tre dimensjonene på en slik måte at eldreomsorgen i Norge blir bærekraftig.

3.3 Folkehelse og sosial bærekraft

Jeg vil i det videre se enda litt nærmere på den siste dimensjonen som omhandler sosial bærekraft da denne dimensjonen, slik jeg ser det, er tett knyttet opp til eldreomsorgen, sett i et folkehelseperspektiv. Jeg vil dermed presentere noen funn fra en rapport fra 2017, med tittelen *Folkehelse og sosial bærekraft*, skrevet av Hege Hofstad og Heidi Bergsli, på oppdrag fra Helsedirektoratet. Bergsli og Hofstad har funnet at begrepene sosial bærekraft og folkehelse henger tett sammen (Hofstad, Bergsli, 2017).

Den norske staten har med folkehelse som bakteppe flere delmål som skal oppnås i samfunnet vårt. Blant målene er det uttalt at: «Norge skal være blant de tre landene i verden som har høyest levealder». Og: «Befolkningen skal oppleve flere leveår med god helse og trivsel og reduserte sosiale helseforskjeller.» (Hofstad & Bergsli, 2017, s. 26) Folkehelsepolitikken i Norge har altså uttalte mål om at nordmenn skal leve lengst mulig med god helse, og samtidig redusere forskjellene innad i befolkningen når det kommer til helse. Hofstad og Bergsli argumenterer for at folkehelseperspektivet kan sammenlignes med konseptet sosial bærekraftig utvikling, da målene er like hverandre. Når det komme til sosial bærekraft, skal forskjeller reduseres, samt at helse og velvære skal bedres (Hofstad, Bergsli, 2017, s. 26). Slik målene innen norsk folkehelsepolitikk er beskrevet, er de altså i tråd med FNs beskrivelse av hva som er den sosiale bærekraftdimensjonen.

Videre beskriver Hofstad og Bergsli ulike faktorer som kan påvirke helsen til folk. En av de viktigste faktorene som påvirker helse er først og fremst biologi og individuelle forskjeller; herunder alder, kjønn, genetik, arvelige sykdommer og mer. Videre er hvilke sosiale nettverk vi som mennesker inngår i, også utslagsgivende for helsen vår. Til slutt har mer utenforliggende faktorer en betydning for helsen, som hygiene, kosthold, boforhold, økonomi, omsorgstjenester og mer (Hofstad, Bergsli, 2017, s. 27-28). Folkehelse er med andre ord påvirket av flere faktorer, der først og fremst individuelle forskjeller er mest utslagsgivende, fulgt av våre sosiale forhold som familie og venner. Samfunnets ansvar og påvirker ikke disse individuelle faktorene i så stor grad, men samfunnet som helhet på systemnivå spiller en stor rolle når det kommer til de andre forholdene som påvirker vår helse, som da blant annet kosthold, helsesystem og mer. Slik jeg tolker det vil altså helsen til mennesker i stor grad påvirkes av forhold avhengige av hvordan samfunnet er organisert og tilrettelagt.

Siden politikken, målene og forutsetningene for folkehelse og konseptet sosial bærekraft i stor grad henger sammen, vil det slik jeg tolker det være lettere for land med rik tilgang på ressurser og velutviklede velferdssystem å oppnå sosial bærekraftig utvikling.

3.4 Endring i eldreomsorgen – hvordan ledelse kan tilrettelegge for innovasjon

Som nevnt innledningsvis forutsetter bærekraftig eldreomsorg på mange måter nytenkning og endring, dvs. innovasjon. Forskning viser også at lederes holdninger er av sentral betydning for implementering av nye løsninger og at ledere bør kjenne til barrierer som hindrer innovative endringer. I det videre vil jeg skrive kort om hva ledelse er, og litt om ledelse ved sykehjem, og i analysekapitlet vil jeg så si litt om hva som fremkommer i intervjuene med lederne angående syn på bærekraft, nye løsninger osv.

3.4.1 Verdibasert ledelse

Det finnes mange teorier rundt begrepet ledelse og hva som utgjør en god eller dårlig leder. Dag Ingvar Jacobsen og Jan Thorsvik presenterer i boken «*Hvordan organisasjoner fungerer*» et kapittel som omhandler ledelse i organisasjoner. Jeg vil kort presentere tre trekk som samlet sett kan definere ledelse: «Ledelse er en rekke handlinger som utøves av en eller flere personer. Ledelse har til hensikt å få andre til å gjøre noe. Ledelse skal bidra til at organisasjonen skal nå sine mål.» (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 416) Videre kan en kategorisere ledelse inn i to underkategorier; direkte ledelse der lederens handlinger og adferd direkte påvirker hvordan medarbeidere forholder seg, og indirekte ledelse. Indirekte ledelse kjennetegnes gjerne ved at lederen legger føringer gjennom utvikling av kultur, målsetninger, strategier,

rekruttering, opplæring og mer. En leder kan med andre ord lede indirekte gjennom å organisere og utvikle en organisasjon (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 417). Jacobsen og Thorsvik gjør videre rede for en rekke ulike ledelsesteorier. Jeg vil se litt nærmere på ledelse sett i lys av et institusjonelt perspektiv, også kjent som verdibasert ledelse.

Et institusjonelt perspektiv på ledelse kjennetegnes av at en organisasjon eller institusjon har et felles verdigrunnlag som driften er basert på. For å få til dette må ledere ta utgangspunkt i noen nøkkelverdier som organisasjonen blir bygget rundt, og gjennom fire ledelsesfunksjoner kan de få til dette; 1) «Utforme visjon og mål». Ledere må legge føringer for en klar og tydelig visjon, der de tar utgangspunkt i interne og eksterne interesser. Videre må de 2) «institusjonalisere formål». Det må skapes en klar handlingsplan for hvordan mål kan oppnås. Strukturering av organisasjonen med tanke på for eksempel ansvarsfordeling og delegasjon av arbeidsoppgaver er en viktig del av dette, det må tilrettelegges for *indirekte ledelse*, som omtalt ovenfor. 3) «Forsvare institusjonell integritet». Lederne har et ansvar utad, blant annet for å besvare kritikk eller gjøre rede for institusjonens handlingsvalg. De er organisasjonens ansikt. 4) «Mestre intern konflikt» I alle organisasjoner eller institusjoner vil det oppstå konflikt mellom ulike mennesker eller grupper. En leders rolle vil være å sørge for at institusjonens overordnede mål og visjon er omsluttet av alle involverte ideelt sett. Videre er lederens oppgave å sørge for at alle arbeidsoppgaver og forpliktelser blir ivaretatt, basert på institusjonens målsetninger. (Jacobsen & Thorsvik, 2013, s. 444)

Etter mitt syn faller det naturlig at norske sykehjem har eller i hvert fall burde ha en verdibasert ledelse. Sykehjem er institusjoner som har som oppgave å ta vare på og gi mennesker med behov for hjelp en verdig tilværelse mot livets slutt, og dette målet og visjonen burde ligge til grunn i institusjonene. Hvordan mine informanter forholder seg til og opplever ledelse, og hvordan verdibasert ledelse kan bidra til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig, vil jeg komme nærmere inn på i analysekapittelet. I det videre vil jeg presentere noen andres funn angående hvordan innovasjon og ledelse henger sammen, hentet fra en artikkel fra 2019.

3.4.2 Ledelse ved sykehjem

I en artikkel fra 2019 i Nordisk Tidsskrift for Helseforskning presenterer Catherina Øverås Totcheva og Janikke Solstad Vedeler fra Nordlandsforskning sammen med Åshild Slettebø Universitetet i Agder sine funn vedrørende ledelseperspektivet på innovasjon i sykehjem (Totcheva et.al., 2019) De starter med å

presentere tidligere forskning på tematikken, hvordan det kan tilrettelegges for innovasjon ved sykehjem, gjennom ledelse. Blant annet så nevnes det at kunnskap og ferdigheter er den største barrieren når det gjelder å innføre nye løsninger. Ledere er nødt til å være dette bevisst, og de må tilstrebe å tilegne seg ny kunnskap for å kunne tilrettelegge for innovasjon (Totcheva et.al., 2019, s.3) Videre viser det seg at lederes holdninger er avgjørende for innovasjon. Dersom ledere ikke er åpne og positive til å innføre noe nytt, for eksempel teknologi, så blir det vanskeligere for andre tilsatte å få innført noe. Med andre ord så er det nødvendig at ledere tilrettelegger for og har en åpen holdning til «det nye» for å kunne gjennomføre endringer (Totcheva et.al., 2019, s.3). Videre vises det til at ledere må tilrettelegge og skape en kultur der endring og innovasjon er verdsett, gjennom å verdsette å anerkjenne pasienter, pårørende og kolleger (Totcheva et.al., 2019, s.3).

Det vises i artikkelen videre til en norsk undersøkelse som fant at «sykehjemledere må være aktive rollemodeller med en klar visjon der helsepersonellet inkluderes i innovasjonen for å lykkes med utviklingsprosesser» (Totcheva et.al., 2019, s.4) De viser videre til en annen studie fra 2018 som konkluderte med at «ledere må være engasjerte i endringsprosesser sammen med helsepersonell og frivillige i alle stadier i en innovasjonsprosess. De fant at dersom ledelsen ikke deltok eller engasjerte seg i innovasjonen ble den vanskelig å innføre og førte ikke til endringer av kulturen i sykehjem». (Totcheva et.al., 2019, s.4)

Oppsummert viser den tidligere forskningen som blir referert til av Totcheva et.al., at ledere ved sykehjem spiller en betydelig rolle når det kommer til endring og innovasjon, og at ledelsen må være involvert og aktive i prosesser for å få til endring.

I artikkelen blir deres egne funn gjennom kvalitative intervju presentert. Ledelsen ved sykehjemmene har tilrettelagt for forandring og i intervjuene vist til nye prosjekt som har blitt innført, i hovedsak for å dekke lokale behov. Videre kom det frem at lederne selv ser på innovasjon og fremgang som essensielt, og de beskriver at de selv liker å jobbe med «utviklingsarbeid» og endring. De sier at de tilrettelegger for fagdager der ansatte kan få opplæring i nye system/prosjekt, og at det er en kultur for endring og utvikling ved deres sykehjem. Lederne de har intervjuet er sin rolle bevisst, og de involverer medarbeidere og pasienter aktivt i beslutningsprosesser (Totcheva et.al., 2019, s. 7).

Gjennom problemstillingen min vil jeg finne svar på hvordan bærekraftensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og løsningene, sett fra et ledelsesperspektiv. Gjennom å skape en kultur for

læring og endring, kan ledere tilrettelegge for innovasjon og nytenking. Ved å være åpen for endringer og la ansatte og brukere komme med sine innspill, kan en i fellesskap få gjennomført nødvendige endringer som kan bidra til å imøtekomme utfordringer og gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig. Innovasjon og endringer når en tenker på boformer er blitt mer aktualisert de siste årene, og dette vil jeg i neste underkapittel komme nærmere inn på.

3.5 Boformer innen eldreomsorgen – et større mangfold?

Når man i dag tenker på hvordan eldre bor, så ser mange kanskje for seg at gamle mennesker enten bor hjemme, i offentlige omsorgsboliger med begrenset omsorgstjenester, eller på sykehjem. I Norge er det ikke særlig utbredt med andre boformer for eldre, så her vil jeg kort presentere ulike boformer som har blitt tatt i bruk andre steder i Europa, men som nå også er i ferd med å utvikles i Norge. Som nevnt innledningsvis, påpekes det av flere at nytenking rundt boformer for eldre kan bidra til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig, noe også mine informanter var opptatt av. Jeg vil først omtale aldersvennlige lokalsamfunn og videre «omsorg pluss» som har blitt etablert i Norge, først i Oslo og senere i Bergen. Til slutt vil jeg komme inn på private bofellesskap.

3.5.1 Aldersvennlige lokalsamfunn

Aldersvennlige lokalsamfunn er ikke forsket på i stor grad i Norge tidligere, og det er kanskje ikke det første en tenker på når en tenker på bærekraft i eldreomsorgen. Likevel finnes det eksempler på kommuner som har begynt å tenke på hvordan lokalsamfunn kan organiseres på en måte som gjør de mer helsevennlige for befolkningen, inkludert de eldre. Tønsberg kommune har fått utredet hvordan byen burde organiseres og tilrettelegges for å fremme bedre folkehelse. I en rapport laget av Cititek på oppdrag av Tønsberg kommune, presenteres ti prinsipper for hva en må tenke på når det kommer til stedsutvikling med et folkehelseperspektiv. Prinsipp nummer åtte beskriver «Tverrgenerasjonell stedsutvikling». I rapporten kommer det frem at de eldre sin mentale og fysiske helse ser ut til å være positivt påvirket av å ha nærhet til tilbud. Nærhet blir her omtalt som «gangbar avstand». Ved å ha butikker for innkjøp innen rimelig avstand, samt fritids- og kulturtilbud som for eksempel kafeer eller andre arenaer, vil det fremme helsen til de eldre positivt. Videre kommer det frem at følelsen av trygghet i lokalmiljøet er avgjørende. Rapporten viser også til Japan, der det er funnet at eldre som har gangbart grøntareal rundt og i nærheten av boligen sin, bidrar til økt levetid.

Til slutt konkluderes det med at «Skal en legge til rette for eldre i stedsutvikling, må en forholde seg til alders-diskriminering, retten til arbeid, sosial isolasjon, levevilkår, opplevd trygghet, muligheter for fysisk aktivitet, samt adgang til helse- og sosialhjelp» (Cititek, 2015) Rapporten understreker at det er lite forskning på aldersvennlige lokalsamfunn, men den forskningen som eksisterer er lagt til grunn for deres konklusjoner og anbefalinger til Tønsberg kommune.

Fordelene av at lokalmiljø er tilrettelagt og tilgjengelig for bruk også av eldre med eventuelle funksjonsnedsettelse, blir også omtalt i boken «Aldring og samfunn» fra 2011, skrevet av Svein Olav Daatland og Per Erik Solem. Eldre opplever en helsegevinst om de kan delta i det sivile samfunnet, ved for eksempel butikk eller kafebesøk. «Miljøer som er lette å ferdes i, innbyr til fysisk og sosial aktivitet som både gir selskap og helsegevinst» (Daatland & Solem, 2011, s. 211). De beskriver videre at for eksempel kjøpesentre ofte er godt tilrettelagt også for eldre, men at det er en utfordring at de ofte er tilpasset bilkjørende – de ligger gjerne ikke i nærheten av der eldre bor. Noen velger å flytte til mer sentrale strøk for å bedre kunne benytte seg av slike tilbud, men finner gjerne at for eksempel kollektivtilbud er dårlig tilpasset de med funksjonsnedsettelse, noe som til slutt kan resultere i at det blir for krevende å delta i nærmiljøet, noe som igjen kan ha en negativ effekt på helsen (Daatland & Solem, 2011, s. 211).

3.5.1 Omsorg pluss

Ifølge Oslo kommune sine nettsider, er omsorg pluss et botilbud for mennesker som er 67 år og eldre, som synes at hverdagen i egen bolig blir litt for vanskelig. Blant annet så kan det være vanskelig fysisk å gjennomføre dagligdagse ting, og en opplever gjerne hverdagen som litt utrygg. Videre er det mange eldre som opplever ensomhet, og Omsorg pluss kan bidra til å redusere dette, da en bor i et anlegg med flere andre eldre. Videre så understrekes det at Omsorg pluss er døgnbemannet, så om det skulle skje noe så er hjelpen aldri langt unna (Oslo kommune, 2022). Omsorg pluss kan kanskje oppsummeres som en mellomstasjon mellom det å bo hjemme, og det å bo på et sykehjem. Det er på mange måter som en omsorgsbolig, men tilbudet om hjelp er utvidet ved Omsorg plussanlegg. Det er tilrettelagt eldre som ikke er syke nok til å ha behov for fast sykehjemsplass, men samtidig har behov for hjelp i hverdagen til diverse ting. Konseptet Omsorg pluss er et satsingsområde i både Oslo og Bergen kommune, og tilbudet utvides slik at flere skal kunne dra nytte av det, samtidig som målet om kostnadsbesparelse delvis ligger til grunn.

3.5.2 Private bofellesskap

I Norge er det ikke særlig utbredt med private bofellesskap for eldre, men jeg vil kort presentere hvordan en gruppe eldre mennesker som i egen regi har organisert seg i private bofellesskap opplever sin egen bosituasjon. Ellinor Moe og Åshild Lappegard Hauge fra Høyskolen i Innlandet har sammen med Karin Høyland gjennomført en studie der de har intervjuet ti informanter fra to bofellesskap for eldre om opplevd livskvalitet, og den er blitt publisert i Tidsskrift for boligforskning i 2021 (Moe, Hauge, Høyland, 2021). Kort beskrevet så oppleves det av informantene deres positivt å bo i et fellesskap med eldre. Blant annet så gir det en følelse av trygghet, lettere tilgang på tilrettelagte aktiviteter, flere sosiale relasjoner, og ikke minst en økt mestringsfølelse som bidrar til at de kan bo lengre hjemme. De beskriver bosituasjonen som en positiv faktor på deres helse (Moe et.al., 2021, s. 46). Moe et. al. har funnet at denne typen bofellesskap bør gjøres mer kjent, da den kan bidra til å gi eldre en bedre helse med mulighet for å lengre bo utenfor institusjoner. Videre mener de at denne boformen også kanskje burde vurderes for andre grupper. Slike bofellesskap sees av forskerne på som bærekraftig, og de oppfordrer kommuner til å legge til rette for at flere eldre skal få muligheten og tilgang til å bo på denne måten. Tidligere forskning på denne boformen er relativt mangelfull i Norge, og Moe et.al mener videre at det bør forskes mer på området, da slike boformer kan bidra til at eldre kan oppleve økt mestring og velvære, noe som direkte kan bidra til at de lenger kan bo utenfor institusjoner, noe som bidrar til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig (Moe et.al., 2021, s. 59). Gjennom deres samtaler med informantene kom det frem at boformer er noe det burde forskes mer på i Norge, og jeg vil presentere og drøfte disse funnene i analysekapittelet.

Videre vil jeg presentere noe av forskningen om velferdsteknologi, knyttet til problemstillingen min om hvilke løsninger det pekes på, for å oppnå en mer bærekraftig eldreomsorg.

3.6 Velferdsteknologi – den hellige gral?

Velferdsteknologi har av mange blitt beskrevet som den «hellige gral». Altså at velferdsteknologi vil være løsningen på utfordringen «eldrebølgen». Gjennom intervju har det vist seg at teknologi til en viss grad blir brukt ved de sykehjemmene som jeg har besøkt, noe jeg vil komme tilbake til i neste kapittel.

I en caseundersøkelse fra Heidi Gautun og Jardar Sørvoll fra OsloMet kommer det frem at kommuner satser på velferdsteknologi. De har intervjuet seksten informanter i helsevesenet, fordelt på ti kommuner

i Norge. Funnene deres viser at velferdsteknologi blir tatt mer og mer i bruk på institusjoner og i omsorgsboliger, men at teknologi i liten eller ingen grad blir tatt i bruk i private hjem for å bidra til at eldre lengre kan bo hjemme (Gautun, Sørvoll, 2021).

Deres konklusjoner viser en klar utfordring rundt bruken av velferdsteknologi. I sykehjem og i omsorgsboliger blir det satset på velferdsteknologi, ifølge deres funn. Dette er i seg selv positivt, da bruk av teknologi kan bidra til å gjøre eldreomsorgen mer effektiv og bærekraftig – både for tilbydere, brukere og samfunnet som helhet. Det som viser seg å være negativt, er at eldre som fortsatt bor i sine egne private hjem, i liten eller ingen grad tar i bruk velferdsteknologi (Gautun, Sørvoll, 2021, s. 11). Ettersom målet er at flere skal bo hjemme lengre, burde det tilrettelegges for dette best mulig. Hvorfor er det da slik at teknologi som kanskje kan bidra til å gjøre det lettere å bo hjemme, ikke blir tatt i bruk? Dersom noe velferdsteknologi vil kunne bidra til at flere bor hjemme lengre, burde dette satses mer på, noe som også Gautun og Sørvoll nevner (Gautun, Sørvoll, 2021, s. 11).

Teknologi som bidrar til å avlaste som for eksempel heiser, GPS-bruk i møte med brukere som «stikker av», eller sensorer som registrerer bevegelser eller fysisk informasjon om brukere er å finne i mange sykehjem. Det kommer imidlertid også fram i forskningen at det er delte meninger om bruken av velferdsteknologi, ikke bare blant eldre, men også blant ansatte i omsorgssektoren, og om dette kan bidra til å løse «eldrebølgen». Blant annet så er Kjersti Vik kritisk til om velferdsteknologi kan løse så mange problem som mange forventer (Vik, 2015, s. 67) I dette underkapittelet vil jeg presentere noe forskning på velferdsteknologi i Norge, samt vise til forskning om velferdsteknologi i Europa før jeg i kapittel 5 presenterer hva informantene mine forteller om bruk av velferdsteknologi.

3.6.1 Teknologi for kommunikasjon

Jeg vil begynne med å presentere forskning rundt velferdsteknologi i form av en doktorgradsavhandling fra 2018, fra Daniel Daryoush Vaziri ved Bonn-Rhein-Sieg University of Applied Sciences i Tyskland. Han har funnet at velferdsteknologi kan bidra på flere områder – innen eldreomsorg, men også når eldre mennesker fortsatt bor hjemme. Vaziri trekker frem at bruken av teknologi som bidrar til kommunikasjon mellom eldre og for eksempel pårørende, kan bidra til en bedre psykisk helse blant eldre. Gjennom å kunne prate eller delta i aktiviteter med familie eller venner, kan eldre mennesker som bor alene oppleve å redusere negative følelser som ensomhet og depresjon. Fordelene med dette er åpenbar, da en god

psykisk helse også bidrar til at den fysiske helsen er bedre, noe som er et mål i seg selv; at eldre mennesker er friskest mulig, med minst mulig behov for hjelp fra familie eller offentlige institusjoner (Vaziri, 2018, s. 9).

Psykisk helse og ensomhet er også et punkt jeg vil omtale i kapittel 5, da mine informanter tok opp denne tematikken. Videre trekker Vaziri frem teknologier som bidrar til at eldre skal være tryggere i egne hjem lengre. Det er flere typer teknologier som kan bidra til dette. Blant annet vil GPS kunne bli benyttet for pasienter som for eksempel er i en tidlig fase av demens. Dersom noen går seg bort eller pårørende som for eksempel ektefelle ikke finner vedkommende, kan en GPS gjøre at den demente blir funnet – noe som reduserer sjansen for at uhell eller skade på vedkommende inntreffer (Vaziri, 2018, s. 9).

Sensorer som overvåker medisinsk informasjon hos brukere blir også benyttet i større og større grad, både ved institusjoner og ved hjemmeboende. Denne typen sensorer øker tryggheten for brukerne ved at for eksempel hjemmesykepleier raskt kan identifisere eventuelle medisinske problem med pasienten. Videre fører for eksempel fall-sensorer eller alarmsystem til at eldre raskt kan få hjelp dersom de er utsatt for et uhell og har behov for umiddelbar assistanse (Vaziri, 2018, s.9).

En av de største utfordringene når det kommer til bruk av velferdsteknologi, er å klare å motivere og få eldre mennesker til å ta de i bruk på egenhånd. Nødvendigheten av at de som utvikler teknologi gjør den meget brukervennlig for eldre, er åpenbar og må være en prioritet for at teknologi sitt fulle potensial kan utnyttes (Vaziri, 2018, s.9).

3.6.2 Mangelfull forskning på dementes bruk av teknologi

Videre vil jeg trekke frem noen punkt som blir presenterte i boken *Technologies for active ageing* fra Springer forlag. Andrew Sixsmith og Gloria Gutman er redaktørene, og boken er del 9 av en serie med tittelen *International Perspectives on Ageing*, der redaktørene for serien er Jason L. Powell og Sheying Chen.

Velferdsteknologi blir ofte sett på som redskap en kan ta i bruk som et supplement for eldre mennesker som på grunn av fysiske begrensninger har utfordringer med å klare seg selv. Sixsmith og Gutman trekker frem at mange eldre faktisk er relativt friske, til langt ut i høy alder. Videre uttrykker eldre, i denne studien fra Storbritannia, at de ønsker å ha muligheten for kontakt med sine nærmeste. De ønsker å være en del av samfunnet, og de ønsker å føle seg verdifulle. Bruk av teknologi burde tilstrebe nettopp dette, å gi muligheten for eldre å føle seg som samfunnsdeltakende, viktige mennesker. Dette bidrar til økt psykisk

velvære, som igjen er en faktor når det kommer til helsen av eldre totalt sett, og som kan være med å påvirke et senere behov for institusjonalisering (Sixsmith & Gutman, 2013, s. 8-9). Dette funnet har jeg også omtalt ovenfor, og Vaziri har presentert lignende funn (Vaziri, 2018, s.9).

Videre er det slik at mange eldre sliter med fysiske utfordringer, noe som teknologiske fremskritt kan bidra til å gjøre lettere håndterbare, men en av de største grunnene til at eldre mennesker må tilbringe sin siste tid på en institusjon, er pga. demenssykdom, noe som jeg vil komme tilbake til i drøftingsdelen. Sixsmith og Gutman presenterer også funn om hvordan teknologi burde kunne ta høyde for at mange eldre dessverre blir syke med demens, og at teknologien burde tilrettelegges for demenssyke. Sixsmith og Gutman forklarer at mange ikke tror eller tenker seg at velferdsteknologi kan benyttes av demente pasienter, da de ofte har svært store mentale utfordringer. Denne tanken mener Sixsmith og Gutman at tjenestetilbydere, altså sykehjem og omsorgstjenesten eller helsevesenet som helhet, må legge i fra seg. De mener at det ligger store muligheter for teknologisk utvikling som kan bidra til å blant annet holde lidelsen mer i sjakk, for eksempel gjennom teknologi som kan stimulere de kognitive evnene til pasientene. Videre så legges det vekt på at mange demente i starten av sykdomsfasen fortsatt har mulighet til å kommunisere og ta i bruk teknologi, da gjerne forutsatt at de på et tidlig stadium har tilegnet seg de nødvendige kunnskapene til å ta i bruk nevnte teknologi (Sixsmith & Gutman, 2013, s. 106). Dette punktet vil jeg også kort gå nærmere inn på i analysedelen av oppgaven.

Sixsmith og Gutman argumenterer videre for at det burde bli gjennomført mer forskning på nettopp dette området, da en av fordelene ved å bruke teknologi kan føre til at også eldre med demens kan bo utenfor institusjoner lengst mulig (Sixsmith & Gutman, 2013, s. 106). Denne uavhengigheten er et uttalt mål i seg selv, både i Norge og globalt, da det er et ønske blant de fleste pasienter og pårørende, samt at det sparer samfunnet som helhet for mye midler, ettersom kostnaden ved å ha mennesker fastboende på institusjoner er betydelig høyere enn å ha sykepleiere som gjennomfører hjemmebesøk hos pasienter (Sixsmith & Gutman, 2013, s. 106-107). Kanskje er nettopp forskningen på velferdsteknologi som kan benyttes av demente det som kan være mest nyttig? Demens som sykdom er økende både i Norge og utenlands, og på verdensbasis anslås det at antallet mennesker med demens vil dobles hvert 20. år, noe som anslås å resultere i rundt 81 millioner demente mennesker på global basis i 2040 (Sixsmith & Gutman, 2013, s. 107).

3.6.3 Eldre må læres opp i bruk av teknologi

Jeg vil nå videre presentere noe av Kjersti Vik sin forskning, fra boken «*Mens vi venter på eldrebølgen*», fra 2015. Hun omtaler tekniske hjelpemidler-, samt velferdsteknologi i et av kapitlene i boken. Hun illustrerer at velferdsteknologi kan deles inn i fire hovedkategorier; 1) Trygghets- og sikkerhetsteknologi, som blant annet inkluderer alarmer og sensorer. 2) Kompensasjons- og velværeteknologi som for eksempel syns og hørselsapparater, GPS-system, pilleautomat/medisinautomat etc. 3) Teknologi for sosial kontakt inkluderer telefon, pc, kamera for å kommunisere osv. 4) Til slutt kategorien teknologi for pleie, omsorg og behandling og-, sensorer som tar opp informasjon om kropp og lignende (Vik, 2015, s. 67).

Vik kritiserer både politikere og helsebyråkrater når hun snakker om teknologi, da hennes oppfatning etter min tolkning er at de lener seg for mye på velferdsteknologi som løsningen på eldrebølgen i utfordringene den medfører, spesielt i møte med demenssykdom «Det kan synes som om noen har tro på at denne typen teknologi kan gjøre det lettere for eldre å bo lengre hjemme, også for mennesker som har demenssykdom». (Vik, 2015, s. 67)

Vik illustrerer videre teknologi som omtales som «hverdagsteknologi». Dette begrepet inkluderer teknologi som benyttes av mennesker i de fleste aldersgruppene, som for eksempel robotgressklippere, elektriske døråpnere, PCer og sosiale medier, og annen teknologi som simpelthen gjør hverdagen noe lettere. Denne typen teknologi benyttes også av eldre, og kan være et bidrag i målet om at eldre skal klare å bo hjemme lengst mulig. Men her oppstår det ofte et dilemma eller en utfordring, hevder Vik. Mye av denne typen teknologi virker «fjern» og «vanskelig» for mange eldre å bruke. For eksempel så kunne mange eldre tidligere gjennomføre pengetransaksjoner fysisk i bankkontor, eller bestille reiser og lignende på kontor. Denne typen tilbud har de siste årene forsvunnet nesten helt, og mange eldre har nå behov for hjelp fra sine pårørende til å for eksempel gjennomføre pengeoverføringer, da de ikke klarer å benytte seg av PC eller internett med nettbank. Dette beskriver Vik som meget uheldig, da den teknologiske fremgangen faktisk har gjort noen eldre mye mer avhengige av hjelp fra pårørende eller andre (Vik, 2015, s. 68). Vik belyser med dette nødvendigheten av at teknologi også tilrettelegges for den eldre delen av befolkningen, for at de skal kunne benytte seg av den og at teknologien dermed blir en faktor som gjør det lettere for eldre å bo hjemme lengre, ikke vanskeligere (Vik, 2015, s.68).

Angående velferdsteknologi nevner Vik at det også eksisterer en forventning om at demenssyke skal kunne dra nytte av denne typen teknologi (Vik, 2015, s. 68). Vik forklarer videre at for at dette skal fungere, så er det helt avgjørende at demenssyke tidlig i sykdomsløpet blir lært opp i bruk av teknologien. Repetisjon og bruk sammen med pårørende kan være avgjørende for at demente skal klare å ta i bruk diverse teknologi (som for eksempel pilleautomat, telefon osv.) også inn i sykdomsløpet. Vik skriver videre: «Vi vet at hjernen trenger stimulering for å bremse utviklingen av demenssykdom, noe som også er et argument for at velferdsteknologi skal bli forsøkt benyttet av demente mennesker» Til tross for dette legger Vik videre vekt på at det for mennesker med demenssykdom blir vanskeligere og vanskeligere gjennom sykdomsforløpet å tilegne seg ny kunnskap, og at det ikke er slik at alle demente vil kunne klare å lære seg å benytte diverse velferdsteknologi. Likevel er det noe som en burde etterstrebe, på bakgrunn av de overnevnte argumentene (Vik, 2015, s. 68). Vik sine argument om at velferdsteknologi også burde tilrettelegges demente pasienter, sammenfaller på mange måter med Sixsmith og Gutman sine tidligere presenterte argument.

Til slutt beskriver Vik nødvendigheten av å inkludere pårørende i prosessen med å tilvenne bruken av velferdsteknologi. Helsetilbydere må i samarbeid med pårørende tidlig i et sykdomsforløp identifisere ulike behov for pasienten, og det er avgjørende at pårørende får nok informasjon om hvilke redskaper og teknologiske hjelpemidler som kan tas i bruk av pasienten. Vik beskriver noen tilfeller der pårørende har fått informasjon sent i sykdomsforløp, noe som har resultert i at det for den vedkommende pasienten har vært for sent, noe som er tragisk for både pasient, pårørende og uheldig for helsevesenet som helhet, da den ekstra kostnaden ved å institusjonalisere pasienten kanskje kunne blitt utsatt noen måneder eller til og med år (Vik, 2015, s. 70).

3.7 Oppsummering

Problemstillingen min søker å besvare hvordan bærekraftshensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og løsningene, sett fra et ledelsesperspektiv. Dette har jeg i dette kapitlet presentert forskning på, der jeg først har presentert forskning om begrepet bærekraftig utvikling, der jeg har gått gjennom de tre ulike bærekraftdimensjonene; klima og miljø, økonomi, og sosiale forhold.

Jeg har drøftet hvordan de tre dimensjonene er i strid med hverandre, og hvordan eldreomsorg kan sees i lys av de tre dimensjonene. Videre har jeg presentert forskning som omhandler boformer for eldre, da noen mener at nytenking rundt boformer kan bidra til å oppnå en bærekraftig utvikling innen eldreomsorgen. Et kapittel som omhandler ledelse fulgte, der jeg har gjort rede for ledelsesteori og presentert en studie som så på ledelse ved forskjellige sykehjem i Norge. Innovasjon og endring blir sett

på som nødvendig for å få til en bærekraftig utvikling i eldreomsorgen, og lederstil og rollen ledelse spiller er avgjørende for å tilrettelegge for innovasjon og endring.

Til slutt har jeg presentert forskning om velferdsteknologi. Det viser seg at teknologi av mange blir sett på som «løsningen» på utfordringene knyttet til eldrebølgen og omstillingen til en mer bærekraftig eldreomsorg, men det viser seg at teknologi alene ikke er tilstrekkelig for å løse problematikken, noe flere forskere konkluderte med. I analysekapittelet vil jeg gå nærmere inn på hva mine informanter sier om forhold ved norske sykehjem i lys av den sosiale bærekraftdimensjonen især, og se hvordan de andre bærekraftdimensjonene trekkes inn i diskusjonen. Jeg vil også se nærmere på deres holdninger sett i et ledelsesperspektiv, og jeg vil knytte deres syn og erfaringer opp mot teori presentert i dette kapittelet.

Neste kapittel er metodekapitlet, der jeg redegjør for mine valg vedrørende datainnsamlingen.

Kapittel 4 - Metode

I dette kapittelet vil jeg beskrive mine metodiske valg. Jeg vil presentere hvordan prosessen har foregått, og hvilke fordeler og ulemper dette har medført. Jeg vil videre beskrive hvordan jeg har valgt informanter, og hvordan disse har blitt rekruttert. En beskrivelse av hvordan datainnsamlingen har foregått følger, der jeg gjør rede for utfordringer ved datainnsamlingen, samt hvordan jeg har behandlet dataen i etterkant. Til slutt følger et underkapittel som omhandler reliabilitet og validitet, samt et underkapittel der jeg drøfter mine valg sett i lys av etiske normer. Jeg har gjennom hele kapittelet benyttet meg av Sigmund Grønmo sin bok «Samfunnsvitenskapelige metoder» fra 2016.

4.1 Valg av metode

Problemstillingen i prosjektet er som nevnt i innledningskapittelet: «Hvordan bærekraftshensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og mulige løsninger, sett i et ledelsesperspektiv.» I lys av denne problemstillingen har jeg vurdert ulike former for metodiske fremgangsmåter. I utgangspunktet var jeg innstilt på å snakke med mennesker, delvis fordi problemstillingen vanskelig lar seg svare på gjennom kun å se på tall, men særlig fordi jeg ville høre fra mennesker som faktisk jobber i eller med eldreomsorg om hvordan de oppfatter utfordringene. Av den grunn bestemte jeg meg for at jeg hovedsakelig ville bruke intervju som teknikk for datainnsamling. Jeg bruker derfor begrepet informant i stedet for respondent gjennomgående i oppgaven. Informanter kan gi svar på samhandlingsprosesser og strukturelle forhold som ellers kanskje vil være vanskelig å få svar på. Videre kan de gjøre rede for egne meninger og holdninger, da gjerne basert på opplevelser som de har vært gjennom i eller utenfor rollen som ansatt i eldreomsorgen, slik også Sigmund Grønmo beskriver i boken «Samfunnsvitenskapelige metoder» (Grønmo, 2016, s.134). Dersom jeg for eksempel hadde valgt å gjennomføre en spørreundersøkelse, ville jeg ikke kunne oppnå den samme dype forståelsen for samspillet mellom eldreomsorg-samfunn-bærekraft, og jeg ville gått glipp av informasjon som ville vært nyttig for å besvare problemstillingen. Videre vurderte jeg min egen forkunnskap om denne tematikken som relativt mangelfull. Jeg ville kanskje ikke kunne klart å utforme et godt nok spørreskjema som ville vært dekkende. En av grunnene til at jeg valgte å undersøke denne tematikken, var som nevnt at jeg visste for lite om det. Ved å innhente data fra informanter som sitter på kunnskap som jeg ikke hadde fra før, der jeg kunne utforme oppfølgingsspørsmål basert på informantenes svar, var for meg den mest åpenbare og fordelaktige metoden. På bakgrunn av disse vurderingene valgte jeg å bruke uformell intervjuing som

metode for å innhente informasjon som jeg så transkriberte etterpå, slik at utskrifter av intervjuene dermed utgjør datagrunnlaget for oppgaven (Grønmo, 2016, s. 141).

4.2 Valg av informanter

Som nevnt over valgte jeg å gjennomføre kvalitative intervju i form av uformelle intervju, slik Grønmo beskriver (Grønmo, 2016, s.168). I forkant av slike uformelle intervju, kreves en del forarbeid. For det første var det nødvendig å finne ut hvilke aktører jeg ville snakke med, for å få et best mulig datagrunnlag for å besvare min problemstilling. Ettersom problemstillingen skulle handle synspunkter på utfordringer vedrørende bærekrafthensyn i eldreomsorgen, ble det naturlig å velge informanter som jobber i eller med eldreomsorg. Jeg ønsket å få tankene og vurderingene til dem for å finne ut hva de tenker om nåtidens og fremtidig norsk eldreomsorg. Videre vurderte jeg det som viktig at utvalget skulle ha en rolle der de kommuniserer med for eksempel kommunale etater eller lignende offentlige institusjoner, da det samfunnsøkonomiske perspektivet jo også er en viktig del av problemstillingen, sett som ett av bærekrafthensynene; økonomisk bærekraft. Jeg var videre opptatt av å intervju informanter som hadde innsikt i administrative prosesser og kunnskap om hvordan samarbeid mellom eldreomsorgsinstitusjoner og kommunen fungerer. Samtidig var det viktig at de hadde erfaring fra tidligere eller til daglig jobber i eldreomsorgen. Grunnen til det er at bærekraft i eldreomsorgen ikke bare handler om økonomisk bærekraft, men også om sosial bærekraft eller det sosiale aspektet, inkludert slik jeg ser det, etiske vurderinger og dilemma i møte med eldre pleietrengende mennesker.

Basert på disse kriteriene utelukket jeg dermed ansatte i kommunal administrasjon som har et overordnet ansvar for sykehjemsdrift, i for eksempel etat for sykehjem, da disse til daglig ikke jobber direkte innen eldreomsorgen. Videre vurderte jeg at «vanlige» fagarbeidere eller sykepleiere uten en ansvarsrolle, kanskje ville mangle det strukturelle perspektivet mellom stat-kommune-institusjon, som jeg vurderte som nødvendig for å kunne besvare problemstillingen tilfredsstillende. Sykepleiere og omsorgsarbeidere har først og fremst ansvar for pasientens helse og har som oppgave å vurdere hvordan ulike forhold knyttet til dette kan forbedres. I lys av dette ville jeg ikke kunne fange synspunkter på sykehjemsdrift i et økonomisk perspektiv, som hvorvidt kostnader må holdes nede eller kuttes. Videre vurderte jeg at samhandlingen mellom sykehjem-kommune, og forhold mellom sykehjem-pårørende, som viktige prosesser. For å kunne drøfte bærekrafthensyn i norsk eldreomsorg og utfordringer knyttet til dette, så er det nødvendig å se på samspillet mellom ulike aktører; en sykehjemsleder kan ikke alene iverksette og fremme drastiske eller radikale forandringer på egenhånd, da han eller hun har et regelverk å forholde

seg til, med overordnede som vurderer han/hennes rolle i lys av gitt regelverk. Videre er norske sykehjem i all hovedsak offentlig finansierte, noe som også gjør det nødvendig å se på samhandlingen mellom sykehjem-kommune.

Ut ifra disse vurderingene falt det naturlig å velge avdelingsledere og/-eller institusjonsledere ved offentlig finansierte sykehjem, da dette er mennesker som til daglig jobber med, og ser eldre mennesker der de har et overordnet ansvar, samtidig som de vil kunne se på sykehjem og driften av disse i et institusjons- og samfunnsperspektiv.

4.3 Tematikk og intervjuguide

Videre var det nødvendig å utforme en intervjuguide, denne er lagt ved som vedlegg til oppgaven. Jeg utformet sytten spørsmål fordelt på fire kategorier, herunder «generelt om sykehjem» der også spørsmål om informantenes rolle/arbeidsoppgaver og tanker rundt sykehjemsdrift ble forespurt, videre et temaavsnitt om personell, teknologi/velferdsteknologi, og til slutt om bærekraft i eldreomsorgen. Spørsmålene har ble formulert som åpne spørsmål. Formålet med intervjuguiden var å ha en struktur med forskjellige tema, som etter mitt skjønn er relevante til å få en helhetlig forståelse av informantenes rolle i eldreomsorgen, samt deres tanker og vurderinger rundt problemstillingen utfordringer vedrørende bærekrafthensyn innen nåtidens og framtidens eldreomsorg. Målet mitt var å gjennomføre en delvis strukturert samtale, med mest mulig informasjon om eldreomsorgens utfordringer (nåværende og etter deres syn fremtidige), samt å undersøke eller kaste lys over ulike hensyn og eventuelt løsninger på bærekraftutfordringer. Som Grønmo beskriver, kan det også komme frem nye spørsmål under gjennomføringen av et intervju, og dette var jeg bevisst på under utformingen av intervjuguiden (Grønmo, 2016, s.168-169). I forkant av intervjuene innhentet jeg løyve fra NSD (Norsk senter for forskningsdata, som nå heter SIKT), da jeg ville behandle og oppbevare sensitiv data, blant annet i form av lydopptak. Prosjektet ble godkjent av NSD. Alle informantene ga sitt informerte samtykke i henhold til gjeldende regelverk, slik som Grønmo også beskriver. Videre har jeg behandlet all informasjon konfidensielt og har anonymisert innsamlet data for å unngå identifisering (Grønmo, 2016. s. 169).

4.4 Rekruttering av informanter

For å komme i kontakt med informanter, forsøkte jeg først å få kontakt gjennom kommunens offisielle sider, der jeg registrerte prosjektbeskrivelsen og ønsket om å intervju ansatte ved sykehjem. Jeg fikk aldri noe svar på henvendelsen min, og valgte derfor en annen fremgangsmåte for å komme i kontakt med informanter. Jeg valgte jeg å ringe direkte til flere sykehjem i en større kommune, og jeg sendte også en kort e-post med prosjektbeskrivelsen. Jeg ba om at informasjonen skulle bli videresendt til avdelingsledere på sykehjemmene, der de som var interessert i prosjektet kunne kontakte meg direkte. Til slutt endte jeg opp med fire informanter som ville la seg intervju, ved tre forskjellige sykehjemsinstitusjoner. Blant disse var det en avdelingsleder, en sykehjemsleder, samt en sykehjemsleder som jeg intervjuet sammen med en avdelingssykepleier. Totalt har jeg intervjuet fire informanter, gjennom to personlige intervju og ett gruppeintervju. Intervjuene har foregått fysisk på arbeidsstedet til informantene (altså på sykehjem) Grunnen til at vi avtalte at intervjuene skulle finne sted på arbeidsstedet deres, var flerfoldig. I første omgang fordi informantene selv ønsket det. Videre fordi at jeg som forsker ville at informantene skulle føle seg mest mulig komfortable gjennom hele intervjuprosessen, da dette kanskje kan bidra til at åpenheten fra informantenes side er sterkere. En annen fordel ved at informantene selv fikk velge hvor vi skulle gjennomføre intervjuet, er at de da kunne velge et egnet sted der vi kunne prate uforstyrret, noe som er viktig for flyten i et intervju (Grønmo, 2016, s. 170) Allerede under denne første kontakten informerte jeg dem både muntlig og skriftlig om reglene rundt samtykke, samt deres rettigheter til å trekke seg eller å unnlate å svare på enkelte spørsmål underveis.

4.5 Gjennomføring av intervju

Ved starten av intervjuene ble informantene igjen informert om samtykkereglene og anonymisering, og det ble underskrevet samtykkeerklæring av meg som forsker, og av de som informanter. Videre ble det presisert ovenfor dem at de kan trekke deres samtykke når som helst gjennom prosjektet, og at prosjektslutt vil være juni 2022.

I starten av intervjuene ba jeg informantene om å beskrive sin egen arbeidssituasjon, erfaring, rolle, og hvilken type institusjon det aktuelle sykehjemmet er, og hvilken type pasientgruppe som dominerer (demens/somatisk/langtid-kortid o.l.). Videre har intervjuene gått organisk, der jeg hopper litt fram og tilbake innen forskjellige tematikker ut ifra hvilken retning samtalen utviklet seg. Jeg opplevde at samtalen foregikk med en god flyt, og at de resulterte i gode produktive dialoger mellom meg som

forsker, og dem som informanter. Dette vil jeg tro har delvis å gjøre med at jeg valgte å ikke ta notater, men at jeg kun tok opp samtalene i form av lydopptak. Dataregistrering i form av lydopptak er nok den mest typiske formen for dataregistrering ved en slik kvalitativ forskningsmetode, som også Grønmo beskriver (Grønmo, 2016, s.171-172). Alle intervjuene varte i overkant av en time. Informantene gav også uttrykk for at de satt pris på å bli intervjuet, og at de håpet at deres informasjon og min oppgave ville kunne bidra til å øke fokuset på problematikken rundt eldreomsorg i møte med en stadig aldrende befolkning.

Gjennom intervjuenes gang var det naturlig å stille oppfølgingsspørsmål, basert på de svarene jeg fikk av informantene. Denne prosessen blir av Grønmo beskrevet som «dataanalyse parallelt med datainnsamling» (Grønmo, 2016, s.172). Det var flere fordeler ved at jeg som forsker dynamisk analyserte svarene jeg fikk av informantene underveis. For det første resulterte det i at jeg kunne stille oppfølgingsspørsmål som jeg kanskje ikke hadde tenkt på gjennom arbeidet med intervjuguiden. Disse oppfølgingsspørsmålene førte også til mye informasjon som jeg ikke hadde tenkt over tidligere, og som spilte en viktig rolle i analysen av datamaterialet. utfordringer og løsninger som var viktige for mine informanter, gav meg innsikt og kunnskap om tematikken framtidens eldreomsorg i et bærekraftsperspektiv som jeg på forhånd ikke hadde, noe som jo var en av grunnene til at jeg valgte denne metodikken. Videre førte denne parallelle dataanalysen til at jeg kunne forandre spørsmål til neste intervju, eller å legge til spørsmål som jeg opplevde som fruktbare, og fjerne spørsmål som jeg opplevde som lite hensiktsmessige.

4.6 Lydopptak og transkribering

Gjennom intervjuene valgte jeg å benytte meg av lydopptak for å bevare informasjonen (samtalene), for senere å transkribere lydopptakene til tekst, som da utgjorde datamaterialet mitt. Det er flere fordeler ved å benytte meg av lydopptak, noe som jeg vil komme tilbake til. Først vil jeg imidlertid beskrive andre mulige innfallsvinkler til datainnsamling/lagring, som jeg ikke valgte å benytte meg av, og begrunnelser for dette.

Dersom jeg for eksempel ville lagre data kun ved notat, det vil si skrive ned hva informantene forteller underveis, ville mye av informasjonen simpelthen ha gått tapt. Det ville sannsynligvis blitt oppfattet som forstyrrende både av informanten og meg selv, nettopp fordi det ville vært vanskeligere for meg å få med meg all informasjonen i samtalen. Dermed ville det vært nødvendig med flere stopp og pauser, for at jeg

skulle hatt tid til å notere ned alt. Videre ville det vært vanskelig for meg å huske detaljer som tonefall, eventuell ironi eller sarkasme, humor og lignende. Basert på dette, var det helt klart for meg at å kun notere, ville vært mangelfullt. Grønmo beskriver også utfordringer rundt det å kun notere. Blant annet vil det være «vanskelig å få med all informasjon som informantene gir; noe som ville gitt et svakere datagrunnlag» (Grønmo, 2016, s.171).

En annen måte å lagre data i sanntid ville vært å filme de fysiske intervjuene, eller å gjennomføre intervjuene via zoom og samtidig filme disse. Dette ville muligens ha medført et enda sterkere datagrunnlag. Ved å filme intervjuene, ville jeg i ettertid kunne ha sett gjennom dem, for å kunne bedømme kroppsspråk, holdning og lignende informasjon. Denne informasjonen kunne jeg brukt til å gi et enda tydeligere bilde av informantenes syn eller svar på en tematikk eller et spørsmål, og det kunne kanskje ha gjort det lettere for meg som forsker å «hoppe tilbake» inn i intervjukonteksten, og komme på eller legge merke til detaljer som jeg kanskje ikke så eller husket fra intervjuet.

På den andre siden er det flere åpenbare utfordringer når det kommer til å filme intervju. Det første en må vurdere, er om tilstedeværelsen av et kamera som filmer, kan virke forstyrrende eller hemmende, for både informant og forsker. Personlig må jeg av erfaring si, at dersom en blir filmet, så vil en automatisk bli mer reservert. En blir bevisst på kameraet, egne ordvalg og kroppsspråk, og en vil unngå å si «uheldige» ting. Det kan tenkes at en informant som ikke er vant til å bli filmet, muligens vil oppleve noe lignende. I så måte kan kameraet føre til at informantene vil gjengi informasjon mer «politisk korrekt» eller filtrert, eller i verste fall til og med tilbakeholde informasjon som han ellers ville ha gjengitt. Grønmo nevner også at en del informanter kanskje vil være mer tilbakeholdne dersom et kamera er på eller til stede, noe jeg også var redd for (Grønmo, 2016, s.171). Videre er det flere praktiske ting som å skaffe adekvat kamera, samt at jeg som forsker må lære meg å bruke dette korrekt. Jeg må også nevne at basert på drøftingen rundt bruk av kamera, så tenker jeg at flere informanter kanskje ikke ville ha stilt til intervju i utgangspunktet. Å høre at en skal bli filmet kan nok virke avskrekkende for noen, og for min egen del følte jeg ikke at vinningen ved bruk av kamera oversteg de eventuelle ulempene og begrensingene det ville medføre.

Ut ifra disse vurderingene falt det naturlig å velge lydopptak som beste måte å lagre dataen. Bruk av lydopptak fører med seg mange fordeler, samtidig som det ikke gir noen konkrete ulemper, slik jeg også erfarte det. Ved å bruke lydopptaker kunne jeg som forsker fokusere 100% på samtalen mellom meg og informant. Opptakeren ble satt på, og så til en viss grad glemt. Ved pauser i intervjuet ble opptaket

stoppet, for å så bli slått på igjen ved oppstart. Det opplevdes av meg som en lettvinnt metode for å bevare nøyaktig data, som jeg senere kunne høre på flere ganger for å dobbeltsjekke om jeg hadde overhørt noe.

Fra informantenes perspektiv opplevde jeg at lydopptakeren ikke virket særlig hemmende, spesielt ikke i de første to intervjuene. I det tredje – gruppeintervjuet- opplevde jeg til dels en viss tilbakeholdenhet i informasjonen som informantene ville dele, men dette kan ha vært av andre grunner, og jeg vil diskutere akkurat dette intervjuet litt mer inngående senere i kapitlet.

Som følge av at intervjuene ble tatt opptak av, måtte jeg etter intervjuene transkribere dem. I utgangspunktet planla jeg å bruke ca. en uke til å transkribere, men det viste seg raskt å ta lengre tid å transkribere enn forventet. Til slutt brukte jeg litt over to uker på å transkribere ca. tre og en halv timer med tale til tekst. Jeg valgte å transkribere alt manuelt, da jeg ikke forventet at bruk av programvare som transkriberer automatisk, ville være særlig effektivt, og dette viste seg å være tilfellet hos bekjente som hadde forsøkt en slik fremgangsmåte først. I transkripsjonene valgte jeg å ikke legge inn fyll-ord som for eksempel «ehm» og «øh», men har brukt ord som «haha» for å indikere latter og humor, for å understreke ironi eller sarkasme. Sammenlagt resulterte transkripsjonene i om lag tjuefem tusen ord, eller tretti-sju A4 sider med skriftstørrelse elleve, noe som utgjorde datamaterialet og grunnlaget mitt for analyse og drøfting, slik Grønmo har beskrevet (Grønmo, 2016, s.138).

4.7 utfordringer og begrensninger knyttet til datamaterialet

Den største og mest åpenbare utfordringen som jeg opplevde når en tenker på valg av metode, var antallet informanter som ville stille til intervju. Jeg kontaktet som nevnt flere sykehjem, rundt femten til tjue, både gjennom telefon og e-post, men opplevde at bare tre sa seg villig til å stille til intervju. En grunn til dette var trolig at henvendelsen min gikk gjennom «kontaktpersoner» det vil si administrative ledere av til sykehjemmene, som kan være alt fra mennesker tilsett i administrasjonen med personalansvar eller sykehjemsledere og avdelingsledere. Noen av disse ville simpelthen ikke videresende min henvendelse til avdelingsledere. En begrunnelse som gikk igjen var at sykehjemmet hadde hatt, og fortsatt hadde et stort kapasitetsproblem som følge av at vi befant oss midt i Covid-19 pandemien. Det har vært utbrudd på flere sykehjem rundt omkring, noe som hadde ført til store utfordringer med tanke på sykefravær blant personalet, som igjen har ført til ekstremt arbeidspress blant de få som ikke var syke. Heldigvis ser det i

skrivende stund (mars 2022) ut til at smittetoppen er nådd og at utfordringene denne pandemien har bragt med seg er i ferd med å avta.

Jeg har stor forståelse for at ledere ikke vil utsette sitt allerede overarbeidede personale for merarbeid ved å la seg intervju. Samtidig vurderer jeg at det i utgangspunktet ikke er deres beslutning å ta, da ingen tar skade av eller forplikter seg til å si ja til å stille. Dette er en beslutning som egentlig ligger hos de eventuelle informantene, da det også muligens er noen der som faktisk veldig gjerne ville ha latt seg intervju, noe som er gjenspeilet i det faktum at jeg faktisk fikk noen som ville bli intervjuet. Mitt eneste ønske var at min e-post ble videreformidlet, men det skjedde da som nevnt ikke i alle tilfeller av ulike grunner.

Som nevnt over var det bare fire personer ved tre ulike institusjoner som seg villig til å stille til intervju. Jeg som forsker var nødt til å akseptere disse fire, da jeg ikke hadde noen andre å eventuelt vurdere opp mot disse. Opprinnelig var det bare tre informanter som ville la seg intervju. Blant disse var det en avdelingsleder, en sykehjemsleder, og en avdelingssykepleier. Sistnevnte spurte meg om det var greit at også sjefen hennes (sykehjemsleder) kunne delta, og dette aksepterte jeg, så det endelige antallet informanter ble fire. Mine refleksjoner rundt dette vil jeg nå gå nærmere inn på.

Det siste intervjuet som jeg gjennomførte, skulle i utgangspunktet ha samme struktur som de to første; en-til-en samtale mellom meg og informant. Noen dager før intervjuet skulle gjennomføres, spurte informanten meg om det var mulig at også sjefen hennes, altså sykehjemsleder kunne bli med på intervjuet. Jeg forklarte henne at det for min del går greit, men jeg spurte også om det var greit for henne (informanten). Dette svarte hun ja til. Jeg stilte meg litt kritisk og undrende til hvordan dette ville påvirke intervjuet. Vil informanten min kanskje begrense seg litt i forhold til hvor åpen hun er, når det kanskje kommer til kritikk av egen institusjon? Ville sjefen hennes være med for å «kontrollere» hvilken informasjon som ble gitt? Dette var faktorer som jeg tenkte på i forkant av intervjuet, også sett i lys av Grønmo (2016) som peker på at det kan være produktivt å ha gruppeintervju, selv om det også kan ha sine ulemper. På den andre siden tenkte jeg at jo, det er greit. Informanten min sa jo tross alt at hun synes det var greit at sjefen hennes også deltok. Videre tenkte jeg at de to kanskje ville kunne spille på hverandre, og i den forstand kanskje føre til en mer produktiv samtale. En fordel med gruppeintervju er at jeg som forsker kan se på dynamikken mellom deltakerne, og at de kan utfylle hverandres sine svar. Siden de har to forskjellige roller ved institusjonen så hadde de gjerne forskjellige synspunkt og perspektiv,

noe som kunne føre til en mer produktiv samtale, der begge to kunne bidra med god informasjon som kunne bidra til å besvare problemstillingen min (Grønmo, 2016, s. 167-168).

Gruppeintervjuet gikk relativt greit. Begge informantene bidro med relevant informasjon, og svarte utfyllende rundt sine tanker om spørsmålene som ble stilt. Sammenlignet med de to første intervjuene, var dette intervjuet imidlertid annerledes. Det oppstod en del pauser eller «stille øyeblikk». Jeg brukte disse øyeblikkene til å gå videre og stille oppfølgingsspørsmål, eller jeg gikk videre til et nytt tema. Grunnen til at disse øyeblikkene oppstod, har jeg noen tanker om. For det første så tror jeg hovedgrunnen er at vi var tre mennesker som skulle prate sammen. Det er en annen dynamikk enn i en-til-en samtaler. Siden vi var tre, så tror jeg kanskje at «alle» satt og ventet på at noen andre skulle si noe. Når en bare er to personer, er det etter mitt syn lettere å tolke hverandres kroppsspråk og den «usynlige kommunikasjonen». Det er tydelig hvem sin tur det er å snakke, og hvem sin tur det er å lytte. Den samhandlingen er etter mitt syn litt vanskeligere å bevege seg i, når det er tre mennesker som skal snakke sammen. Videre kan det asymmetriske forholdet sjef-ansatt ha påvirket dialogen. Avdelingssykepleieren var kanskje litt mer forsiktig med å kritisere sin egen arbeidsplass. Hun kritiserte i stedet systemet i sin helhet, altså norsk eldreomsorg og problemer som de opplever i hverdagen, men i liten grad sin egen arbeidsplass. Når hun påpekte ting som hun savnet eller synes kunne bli forbedret, hendte det i noen tilfeller at sjefen hennes viste til ting som de hadde gjort for å forbedre en situasjon, eller at hun sa til henne hvor hun kunne få hjelp. Jeg erfarte dermed gruppeintervjuet som annerledes enn de individuelle intervjuene slik som også Grønmo beskriver (Grønmo, 2016, s. 167).

Noen av informantene hadde en positiv innstilling til hvordan «dette ville gå i framtiden». Andre var mer pessimistiske, og usikre på om samfunnet kom til å finne gode nok løsninger i tide. Alle var stort sett enige i at eldrebølgen er en betydelig utfordring, og de hadde ulike forslag til hvordan denne utfordringen burde angripes. Et eksempel var bruk av roboter i omsorgen der noen var mot, mens andre var for. Videre mente noen at problemet kan løses hovedsakelig ved å ansette flere sykepleiere, mens andre mente at større mer omfattende strukturelle endringer må til for å håndtere utfordringen tilfredsstillende, og på en mer bærekraftig måte.

4.8 Endring av problemstilling

Gjennom arbeidet med oppgaven har jeg justert problemstillingen min noe. Opprinnelig var problemstillingen min som følge: «Er norsk eldreomsorg økonomisk bærekraftig» Jeg opplevde gjennom intervjuene at jeg egentlig var mer interessert i å få et helhetlig bilde av hvordan konseptet bærekraftig eldreomsorg oppleves av de menneskene som jobber i eldreomsorgen. Jeg var ikke kun interessert i den økonomiske delen av bærekraftbegrepet, selv om det er en viktig del av problematikken. Problemstillingen «Er norsk eldreomsorg økonomisk bærekraftig» ville ha ført til at jeg ikke ville hatt med det menneskelige aspektet ved eldreomsorg, noe jeg ville få frem. Jeg ville innenfor rammene av en masteroppgave presentere et helhetlig bilde av hvordan situasjonen i norsk eldreomsorg i dag faktisk er, og av den grunn valgte jeg å endre problemstillingen til følgende: «*Hvordan bærekraftsyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og løsningene, sett i et ledelsesperspektiv?*» Jeg var altså interessert i å finne ut hvordan ledere ved norske sykehjem opplever bærekraft i norsk eldreomsorg i møte med eldrebølgen.

Denne problemstillingen vil jeg i neste kapittel forsøke å gi et helhetlig bilde av. Jeg vil presentere informantenes syn på hvilke utfordringer norsk eldreomsorg står ovenfor, og hvordan disse utfordringene eventuelt kan eller bør løses, sett i lys av konseptet bærekraftig eldreomsorg.

4.9 Reliabilitet og validitet

4.9.1 Reliabilitet

Ved en analyse av datamateriale der en vil besvare problemstillinger, er det nødvendig å vurdere hvor god kvaliteten av den innsamlede dataen er. Et overordnet begrep som benyttes ved vurderinger av påliteligheten av datamaterialet er reliabilitet. Jo høyere reliabilitet, jo mer pålitelig datamateriale og bedre grunnlag for analysen. Ved å gjennomføre den nøyaktig samme datainnsamlingen på forskjellige tidspunkt, gjerne også av forskjellige forskere, som resulterer i identiske data, vil en oppnå høy reliabilitet (Grønmo, 2016, s. 241). Det finnes to hovedfaktorer som påvirker reliabiliteten, og det er stabilitet og ekvivalens. Stabilitet sier noe om tidspunktet for undersøkelser, og hvorvidt den innsamlede dataen forblir den samme uavhengig av tidspunktet for datainnsamlingen. Ekvivalens sier noe om hvorvidt den innhentede dataen forblir den samme uavhengig av hvem som innhenter dataen. Kort forklart kan det sies at dersom for eksempel to forskjellige forskere gjennomfører den samme undersøkelsen og finner de

samme resultatene, vil ekvivalensen være høy. Om undersøkelsen i tillegg er gjennomført med signifikant tidsavstand og dataen fortsatt er identisk, vil også stabiliteten kunne regnes som høy. Samlet sett kan det da sies at reliabiliteten er god eller høy, noe som igjen kan indikere at kvaliteten på den innsamlede dataen er god (Grønmo, 2016, s. 240-242). Det finnes videre flere forskjellige standardiserte metoder som kan benyttes for å teste om reliabiliteten er god, men disse vurderes som mer aktuelle ved kvantitative undersøkelser. Da mitt prosjekt er av kvalitativ natur med uformelle samtaler som utgangspunkt for å innhente data, må en se på reliabilitetsbegrepet i lys av dette. Ettersom mine samtaler har vært mindre strukturerte enn ved for eksempel en spørreundersøkelse, samt at samtalen er preget av kontinuerlig analyse og tolkning, er det tilnærmet umulig å gjennomføre en helt lik samtale på et senere tidspunkt, og stabilitet og ekvivalens som beskrevet ovenfor vil være vanskelig å oppnå. På bakgrunn av dette bruker mange begrepet troverdighet istedenfor reliabilitet ved kvalitative undersøkelser. Er troverdigheten høy, vil det i en kvalitativ undersøkelse bety det samme som om at reliabiliteten er høy, noe som igjen indikerer at datamaterialet er godt (Grønmo, 2016, s. 249).

Høy troverdighet stiller krav til at jeg som forsker er objektiv, og at jeg presenterer data «som den er». Videre henger dette tett sammen med utvalget – er informantene til å stole på, har de noe å tjene på å fortelle usant eller å skjule noe? Dette er vurderinger som jeg måtte ta, noe som jeg vil komme nærmere inn på i underkapittelet som omhandler etikk.

4.9.2 Validitet

Validitet omhandler hvorvidt den innsamlede dataen er relevant for problemstillingen – om dataen er egnet for å besvare disse. Med tanke på mitt prosjekt er det spesielt kompetansevaliditet og kommunikativ validitet relevant. Kompetansevaliditet handler kort forklart om hvor kompetent jeg som forsker er. Har jeg erfaring fra tidligere datainnsamling, er jeg oppdatert på teori innen tematikken? Dette er faktorer som påvirker om validiteten er god. Ettersom dette er en masteroppgave og kun er min tredje datainnsamling gjennom uformelle samtaler, så kan det kanskje argumenteres for at erfaring og dermed kompetansen ikke er veldig høy. I forkant av intervjuene leste jeg en del teori om tematikken bærekraftig eldreomsorg, og med utgangspunkt i denne utformet jeg en intervjuguide som jeg selv anser som relevant og god. Jeg formulerte også en problemstilling som jeg etter hvert avgrenset til å gjelde innenfor et ledelsesperspektiv fordi den første formuleringen viste seg å være for vid. Gjennom samtalene ble det

avdekket nye spørsmål, synspunkt og argument som jeg tidligere ikke hadde tenkt på, men som jeg responderte på ved å stille oppfølgingsspørsmål og analyserte underveis. Dette tar oss inn på kommunikativ validitet. I samtalene med informantene mine opplevde jeg at det var en særdeles god flyt, der vi pratet om bærekraftig eldreomsorg, hva som må til for at eldreomsorgen skal bli mer bærekraftig, og ulike fremgangsmåter som kan tilrettelegge for økt bærekraft. Informantene selv sa også mot slutten av intervjuene at deres opplevelse av samtalen var produktiv, at de tenkte nytt på diverse tema, og at de håper oppgaven kan bidra til å løse utfordringene litt. For å øke validiteten burde jeg som forsker kanskje ha sendt transkripsjonene tilbake til informantene i forkant av datanalysen, for at de kunne ha bekreftet, lagt til, korrigert eller stryket informasjon. Denne prosessen betegnes som aktørvalidering, og ville ha økt validiteten (Grønmo, 2016, s. 256). Av forskjellige grunner, inkludert tidspress har jeg ikke gjort dette, noe som kanskje kan vurderes som litt kritikkverdig.

4.10 Etikk

Gjennom et forskningsprosjekt som dette var det nødvendig for meg å være bevisst på etiske normer jeg som forsker hele tiden har vært nødt til å følge. Grønmo gjør rede for syv forskningsetiske normer, og jeg vil kort omtale disse. «Offentlig» omhandler om at forskningen skal foregå åpent, uten å legge skjul på eventuelle funn. Dette har jeg fulgt i størst mulig grad, og jeg har gitt løyve til Høgskulen på Vestlandet å publisere oppgaven med dens funn om skolen ønsker dette.

Den andre normen omhandler «organisert skepsis»; kort forklart vil det si at en hele tiden er kritisk til sine egne funn, vurderer fortløpende om en har gjort feilvurderinger, og at en hele tiden forsøker å etterprøve sine funn. Forskeren må også være sin egen forforståelse bevisst; en går gjerne inn i et forskningsprosjekt med en idé eller forventning om hvordan forhold er. Disse forventningene kan påvirke funnene og resultatene dersom en ikke er dette bevisst eller har det i bakhodet. En må være kritisk til sin egen forforståelse. Jeg har gjennom prosjektet forsøkt etter beste evne å være kritisk til mine egne vurderinger, samt forsøkt å påvirke datainnsamling minst mulig i løpet av samtalene. I praksis har det betydd at jeg har forsøkt å i minst mulig grad gi uttrykk for egne holdninger, meninger eller fortolkninger av svarene informantene har gitt meg. Dette må jeg ærlig si har vært noe utfordrende, da det i løpet av en samtale er naturlig at ens egne meninger vil komme til uttrykk. Likevel har jeg vært denne utfordringen bevisst, og som sagt gjort mitt beste for å unngå å påvirke dataene.

Den tredje normen sier noe om hvorvidt jeg som forsker er uavhengig. Jeg kan kort si at jeg ikke har støtte av noen former for interessegrupper bak meg, og at forskningen min hundre prosent er gjort som følge av en personlig interesse for å lære mer om tematikken, da jeg vurderer tematikken som spennende, og problemstillingen som samfunnsvitenskapelig interessant, også didaktisk med tanke på at tematikken og utfordringene i aller høyeste grad er aktuelle for elevene jeg skal undervise. Diskusjoner rundt hvordan samfunnet organiserer og håndterer eldreomsorg er aktuelt innen samfunnsfag, KRLE og til en viss grad også matematikk, med tanke på det økonomiske aspektet. Videre er det temaet «bærekraftig utvikling» uttalt som eget tverrfaglig tema i læreplanen LK20.

«Universalisme» er betegnelsen på den fjerde forskningsetiske normen. Det sier noe om at forskningen skal vurderes uavhengig av personlige egenskaper ved forskeren, og at det er kriterier som er lik for alle forskningsprosjekt.

Den femte normen blir betegnet som «originalitet». Mitt masterprosjekt omhandler bærekraft i norsk eldreomsorg, en tematikk som ikke er forsket på i veldig stor grad. Det finnes mye forskning om teknologi i eldreomsorgen, utfordringer rundt eldrebølgen, demografisk utvikling og bærekraft generelt sett. Dette prosjektet kombinerer på mange måter disse forskjellige aspektene, og er således etter min vurdering original, og kan bidra til å fremheve nye funn som kanskje ikke har blitt omtalt så mye tidligere.

Den sjette normen omhandler «ydmykhet» og sier noe om at jeg som forsker skal være bevisst min egen kompetanse og dens begrensninger. Jeg har til dels omtalt dette tidligere under avsnittet om validitet og reliabilitet. Jeg er ikke veldig erfaren med datainnsamling, da jeg ikke har gjennomført mange forskningsprosjekt tidligere. Dette er jeg bevisst på, og som følge av dette er det nødvendig å være kritisk og bevisst til mine funn.

Til slutt omhandler den syvende forskningsetiske normen «redelighet». Dette er kanskje den viktigste normen, da all samfunnsvitenskapelig forskning legger til grunn at forskeren eller forskerne er ærlig rundt alle aspekt ved forskningsprosjektet sitt. Dette kan være utfordringer knyttet til forskjellige sider ved datainnsamling, åpenhet rundt egen evne og kompetanse, samt tolkning og analyse av data. Gjennom dette prosjektet har jeg til alle tider informert og vært hundre prosent ærlig. Samtalene med informantene opplevde jeg som svært produktive, og jeg har ikke grunn til å tro at informantene har vært uredelige. Gjennom det siste intervjuet opplevde jeg at den ene informanten muligens var litt mer

tilbakeholden med informasjon, men dette er noe jeg verken kan bekrefte eller avkrefte. Dette punktet vil jeg omtale mer i analysekapittelet (Grønmo, 2016, s. 32).

Foruten de overnevnte normene som omhandler samfunnsvitenskapelig forskning generelt, finnes det egne etiske normer ovenfor informanter. Før, under og etter datainnsamlingen ble informantene mine informert om deres rettigheter. De har fått et samtykkeskjema, som har blitt lest og undertegnet av samtlige. De har i tillegg blitt informert muntlig om at de når som helst kan trekke seg, at de kan unnlate å svare på spørsmål om de ønsker, og at den innhentede dataen har blitt anonymisert. Til slutt har informantene også blitt informert at den innsamlede dataen ville bli slettet i løpet av juni 2022. Ved siden av disse punktene har Grønmo beskrevet flere hensyn som er viktig å ta når en innhenter data ved hjelp av informanter, blant annet regler om at informanter ikke må utsettes for press, hverken psykisk eller fysisk, at informasjon blir behandlet konfidensielt, at informantene blir informert om innholdet og formålet med datainnsamlingen og at de selv kan avgjøre om de vil delta eller avbryte (Grønmo, 2016, s. 33). Alle disse normene har jeg gjennom helse forskningsprosessen overholdt og forsøkt å anonymisere så mye som mulig.

I neste kapittel følger min analyse av den innsamlede dataen, der jeg drøfter mine informanters syn i forhold til forskningen presentert i teorikapitlet.

4.11 Analyse av kvalitative data

Grønmo skriver om hvordan en kan analysere kvalitative data, som i denne oppgaven er de utskrevne transkripsjonene av intervjuene jeg gjennomførte med informantene. *«Siktepunktet for kvalitative analyser er å komme fram til helhetlig forståelse av spesifikke forhold eller å utvikle teorier og hypoteser om bestemte samfunnsmessige sammenhenger»* (Grønmo, 2016, s. 266). Ser en min problemstilling i lys av denne definisjonen, er det tydelig at målet med å analysere de kvalitative dataene jeg har innhentet i lys av Grønmo, er å trekke generaliserende konklusjoner om hvordan bærekraftshensyn påvirker eldreomsorgen, og hva som er utfordringene og løsningene sett fra et ledelsesperspektiv.

Ettersom utvalget inneholder for få informanter til å kunne foreta generaliserende betraktninger (utover informantgrunnet), har det vært formålstjenlig å trekke frem de mest fremtredende aspektene ved deres synspunkter, holdninger og beskrivelser. Studien trekker likevel frem ulike oppfatninger for å belyse nyanser og forskjeller i informantenes forståelser. Analysen behandler dermed hovedsakelig

informantene under en samlet stemme, men fremhever nyanser og forskjeller der hvor informantenes forståelser skilles.

Transkripsjonene fra intervjuene resulterte som nevnt tidligere i rundt tretti A4 sider med tekst. Ettersom datamaterialet var så omfattende og noe uoversiktlig, var det nødvendig for meg å kategorisere dataene. For å kategorisere var det nødvendig å bruke nøkkelord for å søke og skaffe meg en oversikt i tekstmaterialet. Jeg gjorde dette dels ved å ta utgangspunkt i intervjuguiden min, der jeg hadde utformet ulike temaområder som ble diskutert i hvert av intervjuene. For eksempel så ble blant annet «velferdsteknologi/teknologi», «bærekraft», «pårørende» og «personal» nøkkelord som jeg søkte etter. I tillegg ble boformer et viktig nøkkelord i datamaterialet. Jeg hadde i utgangspunktet ikke utformet spørsmål i intervjuguiden min om boformer, men det viste seg at alle informantene opplevde boformer som en sentral faktor. Av den grunn var det nødvendig å ha med boformer som egen kategori. Videre ble resultatene fra søkene med nøkkelordene delt inn i kategorier. I min gjennomgang av transkripsjonene søkte jeg for eksempel etter «velferdsteknologi» eller «teknologi», og da gjennomgikk jeg delene av teksten som omhandlet velferdsteknologi og samlet dette i en kategori i analysekapitlet, da under temaet velferdsteknologi. Etter at jeg hadde skaffet meg en oversikt og delt inn deler av datamaterialet i kategorier, så jeg på om det var likhetstrekk i informasjonen, eller om informantene for eksempel hadde ulike syn på ting.

Videre sammenlignet jeg informasjonen fra intervjuene med teoretiske perspektiv innenfor de sammen kategoriene. Jeg så på teoretiske perspektiver innenfor eksempelvis velferdsteknologi, og trakk paralleller; var mine funn basert på dataene fra intervjuene forenlige med tidligere forskning og teoretiske perspektiv, eller skilte mine funn seg betraktelig fra tidligere forskning. Basert på dette kunne jeg drøfte problemstillingen og trekke konklusjoner i analysen min (Grønmo, 2016).

Kapittel 5 - Analyse

I dette kapitlet vil jeg presentere og drøfte funn som har kommet frem i analysen av mine intervju. Gjennom fire intervju med avdelingsledere ved norske sykehjem har jeg samlet inn data som forteller noe om hvordan de som ledere opplever bærekraft i eldreomsorgen. Intervjuene er data som skal kunne besvare min problemstilling: hvordan bærekrafthensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og mulige løsninger, sett i et ledelsesperspektiv.

På bakgrunn av de teoretiske perspektivene som jeg diskuterte i forrige kapittel, har jeg strukturert analysen ved å dele kapitlet inn i fem tema eller kategorier: sykehjem, personell, teknologi, bærekraftig eldreomsorg samt boformer som det viste seg var et viktig tema for informantene, men som jeg ikke hadde fokus på helt fra begynnelsen av. I kapitlet gjennomgår jeg spørsmålene systematisk og redegjør for funnene og drøfter dem i lys av forrige kapittel, teorikapitlet.

Jeg har som nevnt i metodekapitlet anonymisert informantene, og gitt de følgende fiktive navn: Pernille, Nils, Astrid, Hanne.

5.1 Hva sier lederne generelt om sykehjem og eldreomsorgen

Informantene jeg har intervjuet har alle jobbet lengre enn 10 år i eldreomsorgen. Ved de forskjellige institusjonene de jobber ved, er pasientgruppene blandet og sykdomsbildene er sammensatte. Alle informantene jobber med demente pasienter til daglig, om enn i varierende grad. Noen jobber ved rene demensavdelinger, og andre i avdelinger med noe somatiske utfordringer, og noe demens. Alle har ansvarsroller ved sine avdelinger, som omtalt i metodekapitlet. Noen av informantene har roller som sykehjemsleder, mens andre har roller som avdelingsleder. Samlet sett har informantene mange forskjellige arbeidsoppgaver og ledelsesroller. Ansvarsområdene inkluderer blant annet personalansvar, ansvar for kommunikasjon mellom sykehjem og pårørende, samt mellom sykehjem og etat for sykehjem, og et generelt overordnet ansvar for den daglige driften. Dette inkluderer blant annet budsjettering, utvikling og innovasjon, kursing og videreutdanning.

På spørsmål innledningsvis om hvilke endringer som er mest åpenbare fra da informantene først begynte å arbeide i eldreomsorgen frem til i dag, viser det seg at det er flere punkt som er felles for alle informantene. De har alle observert at pasientene som får sykehjems plass er blitt eldre, har blitt mye dårligere, både somatisk og innenfor demensen, de siste fem til ti årene. Samtidig så blir de værende lengre på sykehjemmet, de lever simpelthen flere år før de går bort.

Denne informasjon stemmer overens i forhold til den utviklingen jeg har skissert i teorikapitlet og til tall som viser hvor mange eldre vi begynner å få i Norge. Ifølge NAV passerte vi i 2021 en million pensjonister i Norge, og denne andelen er forventet å øke (Nav, 2022). Folkehelseinstituttet viser også i sin rapport fra 2021 at antallet mennesker i Norge som har passer 67 år nå utgjør seksten prosent av befolkningen – noe som også er estimert å øke. Videre understrekes det i rapporten at vi blir flere eldre, og lever lengre inn i høy alderdom (FHI, 2021).

Nils som har jobbet i helsevesenet i over 20 år, beskriver utviklingen ved sitt sykehjem, en trend som de andre informantene også har observert.

En av forskjellen mellom i dag og for ti-femten år siden, er nok at beboerne som kommer på sykehjemsavdelinger i gjennomsnitt er mye dårligere. De har gjerne såkalte multiple utfordringer, altså at de sliter med mange forskjellige ting. Vi kaller jo oss egentlig for en somatisk (fysiske utfordringer) avdeling, men det er ikke reelt. Det er også mange med demens hos oss.

5.2 Hvilke utfordringer mener ledelsen at eldreomsorgen står ovenfor?

Gjennom intervjuene kom det frem at alle informantene delte diverse bekymringer, blant annet rundt manglende rekruttering, mulighet for videreutdanning og kompetanseheving og kostnader, noe som vil bli omtalt senere. Den ene faktoren som på mange måter ligger til grunn for disse utfordringene, er det simple faktum at det blir stadig flere eldre, og sykere mennesker som har behov for hjelp i alderdommen. Presset på eldreomsorgen og sykehjemmene blir således forsterket – det er et økt behov for sykehjems plasser.

5.2.1 Pasientene er blitt sykere, eldre og har flere utfordringer

Pernille jobber ved et sykehjem der de har mye demens. Hun forteller om pasienter som blir eldre og sykere enn før:

Du kan si at jeg har jobbet i pluss minus femten år tett på demente pasienter, både som sykepleier og avdelingsleder. Det jeg sikkert kan si, er at mennesker nå lever lengre med demensen. Pasientene som kommer inn nå er mye sykere enn før. De har større problemer med utageringer, noen har allerede mistet språket helt.

Nils beskriver lignende utfordringer som Pernille. Mennesker som kommer på sykehjem er i dag allerede mye sykere enn for bare ti-femten år siden. Nils forteller videre at en annen utfordring er at mennesker generelt blir mye eldre nå enn før: «Vi blir jo mye eldre i dag. Jeg tipper nok at gjennomsnittsalderen hos oss ligger på over 90 år. Evolusjonen holder ikke følge med medisinsk utvikling. Samtidig så øker andelen eldre, så hjelpebehovet er enormt. Dette presser selvsagt sykehjemmene».

Ved det tredje sykehjemmet der jeg gjennomførte intervju, intervjuet jeg Astrid som er avdelingssykepleier, og Hanne som er sykehjemsleder. De har begge to en del erfaring, men Astrid er noe yngre enn de andre informantene. De får samme spørsmål, om utfordringer helsetjenesten står ovenfor. Astrid begynner å fortelle: «Det jeg har sett de siste fem årene, er at pasientene som kommer inn som regel er eldre, sykere og har flere utfordringer. Vi er jo et blandet sykehjem, med både somatiske og demensposter, men vi ser at andelen demente øker. De er også som sagt mye dårligere, de klarer rett og slett mindre enn før». Hanne som er sykehjemsleder, opplever også at pasientene er eldre, dårligere, og trenger mye mer hjelp enn før.

5.2.2. Pårørendes rolle

Jeg spør Pernille hvordan pårørende blir påvirket av at pasientene blir eldre og sykere. Hun forteller:

Noen pårørende i dag er helt utslitt når sine nærmeste flytter inn på en langtidsavdeling. Det var ikke slik for ti år siden. Pasientene er hjemme lengst mulig for å unngå presset på langtidsavdelingene. Men de pårørende blir helt utslitt, og pasientene som kommer er allerede svært syke.

Jeg lurer videre på hvorfor pasientene kommer på sykehjem først når de er så langt inn i sykdommen, og hvorfor pårørende har det ansvaret så lenge. Pernille forteller;

Altså, det er jo politikken. Det er et mål at eldre skal bo hjemme så lenge som mulig, og det er jo i utgangspunktet en positiv målsetting. Men dessverre, så blir det ofte slik at pasientene kommer på dagsenter eller lignende to, så tre fire ganger i uken, og så må det vurderes hvor syke eller friske de er. Disse vurderingene tar tid, og det resulterer i at pårørende blir utslitte. Og i mange tilfeller er det ikke ledige langtidsplasser når de kommer på det nivået, så da blir de innkvartert på en korttids plass. Og det er jo egentlig ikke den tenkte funksjonen.

Pårørende ser altså ut til å bære et større ansvar enn tidligere. De er nødt til å ta vare på sine demente hjemme i lengre og større grad, da det ikke er tilstrekkelig med kapasitet ved sykehjemmene.

Jeg spør også Nils hvordan han opplever pårørendes rolle i dag, og hvorvidt denne rollen kanskje er i endring eller burde endres. Han forteller at han synes pårørende i dag kanskje burde ta mer ansvar for å bidra til å begrense presset på helsetjenester, og at det i stor grad også skjer. Men likevel mener han at strukturen i dag kanskje ikke er optimal i møte med eldrebølgen:

Samfunnsansvaret er jo veldig stort i Norge i forhold til andre deler av verden. Det er i utgangspunktet utelukkende staten sin oppgave å passe på oss når vi blir eldre, men jeg synes at det kanskje burde diskuteres. Hvis en ser til Polen for eksempel og sammenligner med Norge, så er jo forventningene der helt annerledes. Der har en gjerne fire til seks pasienter på samme rom.

Her har vi nylig innført ettromsreform, som innebærer at alle pasientene skal ha eget rom. Og hvis en ser til andre land igjen, så er det jo veldig få land globalt som har samme kvalitetsnivå som Norge. Mange land har jo ikke offentlige sykehjem, og ansvaret ligger helt og holdent hos familien.

Det Nils forteller får meg til å tenke. Kanskje ligger løsningen på utfordringene rundt eldrebølgen litt i å simpelthen måtte redusere forventningene? Kanskje må ansvaret for våre eldre igjen overføres, i hvert fall delvis, på den nærmeste familien? Dette er selvsagt svært kontroversielt, og vil utvilsomt møte sterk kritikk. Men dersom realiteten er at vi ikke har nok kapasitet og mulighet til å tilby god nok og forsvarlig nok eldreomsorg gjennom det offentlige, så må vi jo i det minste være åpne for å diskutere alternative løsninger?

I mange andre land ligger fortsatt ansvaret for eldre hos familien. Også i land som vi kan sammenligne oss med, som for eksempel Tyskland, så velger fortsatt en del å ha sine eldre hjemme hos seg, fremfor å sende de på sykehjem. Det kan muligens argumenteres for at disse forskjellene har litt med hvordan velferdssamfunnet er organisert. Gøsta Esping-Andersen har argumentert for at det finnes tre typer velferdsstater. Norge regnes av Esping-Andersen som «sosialdemokratisk», der den store delen av velferdstjenester er organisert og i regi av staten, i all hovedsak finansiert gjennom skatter og avgifter. I Tyskland er situasjonen litt annerledes; de har organisert velferdstjenestene annerledes, der en opererer med mer private forsikringer og tjenestetilbydere (Esping-Andersen, 1990, s.27). Resultatet er at alle mennesker fortsatt har tilgang på velferdstjenester som sykehjem, men at det er et større antall av befolkningen som også tar i bruk private tjenestetilbydere; også når det kommer til hvorvidt en ønsker å ha sine nærmeste på et sykehjem, eller å for eksempel ha hjemmetjenester, noe som blant annet kanskje kan bidra til å opprettholde forskjeller. Sett i lys av den sosiale bærekraftdimensjonen, kan det kanskje tenkes at dette faktumet kolliderer litt med målet om å redusere forskjeller. Scott Campbell sin modell, som jeg omtalte i teorikapitlet, illustrerer spenningene mellom de ulike bærekraftdimensjonene og viser tydelig hvordan dimensjonene sosiale hensyn og økonomiske hensyn påvirker og står i kontrast til hverandre. De sosiale forskjellene blir delvis opprettholdt gjennom at de mer bemidlede kan ta i bruk private tjenestetilbydere, som i en del tilfeller bidrar til en tryggere og sunnere alderdom for de som har råd til det, samtidig som de med svakere økonomi gjerne må ta til takke med et dårligere tilbud (Campbell, 1996, s.298). På den andre siden, så kan det muligens også argumenteres for at det er i tråd med bærekraftmål at flere bor hjemme lengre, da dette kanskje bidrar til å redusere kostnadene og utgiftene, om det er slik at pårørende da tar vare på sine nærmeste, og ikke privat innleide hjelpepleiere eller lignende.

Nils forteller videre:

Vi lever jo også i en veldig mobil verden, og Norge er jo et land med store geografiske avstander. Det blir vanskelig for pårørende å ta ansvar når deres eldre kanskje bor på bygda i Finnmark, mens de selv bor og jobber i Oslo eller Stavanger. Og så må vi jo ikke glemme at ganske mange pårørende, er eldre selv. Det henger jo sammen med at vi blir så gamle. Så når en 85 eller 90 åring må på sykehjem, så er gjerne hans nærmeste pårørende også gamle selv og ikke i stand til å gjennomføre krevende oppgaver som for eksempel stell.

Jeg var innom samme tematikken med Astrid og Hanne. Hvordan ser de på pårørendes rolle nå, og inn i fremtiden? Astrid nevner først og fremst at de ser på pårørende i dag som en stor ressurs. De kommer på besøk, bidrar positivt med aktivisering og velvære hos beboerne. Vi snakker kort om hvordan de ser for seg pårørendes rolle eventuelt kan måtte endre seg, Hanne forteller:

Det kan jo hende pårørende må ha en mer aktiv rolle i fremtiden enn i dag. Altså at de faktisk må bidra med stell og de mer vanskeligere oppgavene som i dag i hovedsak blir utført av hjelpe og sykepleiere. Det er jo slik i andre land, der er de jo mye flinkere. De eldre bor hjemme, og den yngre generasjonen tar vare på dem. Det var jo slik i Norge også før.

Astrid legger til:

Men de har jo ikke sykehjemstilbud som vi. Dersom de hadde hatt det, hadde de jo sikkert benyttet seg av det de også. Vi har jo hatt pårørende her også som har hatt sine nærmeste hjemme veldig lenge, der de også har gjort stellet og slikt. Men til slutt kommer de her, og pårørende er helt utslitt. Det krever jo en del, det er tungt. Og de er gjerne blitt gamle selv, og klarer det ikke lenger, rett og slett.

Videre forteller Astrid at det jo også er en del eldre som faktisk ikke har pårørende. Dette har jeg ikke tenkt så mye over selv, men det er jo logisk at en viss andel sykehjemsbeboere faktisk ikke har noe familie å støtte seg på, av ulike grunner. Rollen til sykepleierne blir da enda viktigere og større, som Astrid forteller. Hanne legger til at hun egentlig synes det er synd at aldershjemmene ble lagt ned, da det jo er ganske mange som faktisk har behov for det sosiale:

Mange eldre er jo ensomme. Og da hjelper det fint lite å sitte alene på en omsorg pluss leilighet, hver for seg. Eller at de bor alene hjemme lengst mulig, det er kanskje ikke for alle. Det finnes jo dagsenter som de kan komme på og være sosiale, men egentlig synes jeg det er synd at aldershjemmene ble lagt ned, da faktisk mange eldre uten pårørende gjerne vil bo i fellesskap med andre, selv om de kanskje ikke har et så stort hjelpebehov at de kvalifiserer til sykehjems plass.

Dette med aldershjem tenker jeg kanskje er noe som kunne komme tilbake til samfunnet, vel å merke i en annen form. I teorikapittelet presenterte jeg noen funn fra Moe et. al, der de så på private bofellesskap for eldre – og funnene deres viste at det å bo slik omtrent utelukkende hadde positive effekter på helsen

og velvære til beboerne (Moe et. al., 2021, s.59) Dette er kanskje noe vi i Norge også må se nærmere på for å imøtekomme utfordringene eldrebølgen byr på, noe forskerne også fant i sine undersøkelser.

Oppsummerende kan vi si at alle informantene har litt ulike tanker rundt pårørendes rolle, og hvordan denne rollen kan endres i møte med et økende hjelpebehov. Det synes åpenbart at noe må endres rundt hvordan vi organiserer hvordan eldre bor, og hvem som skal ta vare på dem med tanke på stell og velvære. Videre vil jeg diskutere boformer litt dypere, og presentere noen tanker fra informantene om hvordan eldreomsorgen kanskje kan, og må forandres for å imøtekomme det økende hjelpebehovet. Nå vil jeg gå over til å presentere funnene som omhandler siste del av problemstillingen, hva informantene ser på som mulige løsninger.

5.2 Ledelsens tanker om hvordan endre eldreomsorgen i en mer bærekraftig retning

5.2.1 Betydningen av andre boformer

Boformer som begrep har jeg diskutert tidligere i oppgaven, og presentert noe forskning rundt temaet i teorikapittelet. Ved forarbeidet til intervjuene tenkte jeg ærlig talt ikke så mye på boformer, men gjennom det første intervjuet med Pernille ble hennes tanker og ideer rundt boformer illustrert ovenfor meg, og gjorde at jeg valgte å løfte fram boformer som et eget delkapittel, og som jeg også spurte de andre informantene om. Pernille nevner at vi må tenke rundt hvordan eldre bor i dag, og hvordan de kanskje kan bo i fremtiden. At det kanskje kan være en løsning på utfordringen:

Vi må tenke på boformer. Og da mener jeg ikke bare omsorg pluss, selv om det også selvsagt er positivt. Men noe annet. Se for deg et to etasjers «sykehjem», der studenter bor i andre etasje og betaler lav eller ingen leie. Til gjengjeld må de arbeide litt i førsteetasjen, der de eldre bor. De kan ha lette arbeidsoppgaver som aktivisering, matlaging eller lignende, eller de kan til og med gjennomføre stell og diverse tyngre arbeidsoppgaver.

Hun forteller videre om en bekjent fra utlandet, der studenter og eldre som klarte seg selv bodde i en blokk. Når studentene var borte, så vannet de eldre planter eller matet husdyr. Studentene hjalp til gjengjeld med innkjøp og diverse ærender. Kanskje en slik symbiose er til fordel for begge parter? Eldre mennesker har lang livserfaring, noe studenter som skal finne sin egen vei bare kan drømme om. Til gjengjeld kan studentene bidra til at eldre kanskje ikke føler seg så ensomme, eller hjelpe til med å holde aktiviteten oppe, og gjøre hverdagen litt lysere og lettere for de gamle.

Pernille fortsetter, og prater litt om familiestruktur og generasjonsboliger:

Altså før i tiden, spesielt i periferien, så var det jo ikke noe alternativ til å ha sine eldre hjemme. Jeg tenker at fremtiden kanskje har behov for noe slikt igjen. Altså generasjonsboliger, der de eldre kan hjelpe til å passe på barna, og lage mat for eksempel. Barna leker med de eldre, og holder de «unge». Kanskje vi må tilbake til et slikt system. En annen mulighet finnes også. Se for deg en studentbolig med eldre nede som vi pratet om før. Men bytt ut studentene med pårørende, for eksempel konen til han som er blitt dement. Konen kan på dagtid «levere» mannen på avdelingen i etasjen under, og om kvelden kan han komme hjem til henne. Gjennom dagen kan hun komme på besøk, danse med han eller gå tur eller spille spill. På den måten får hun en «pause» fra å passe på han, samtidig som helsevesenet blir avlastet siden hun har han hjemme om natten, og går på tur med han på dagtid. Det finnes mange alternativ, en må bare tenke kreativt.

Kanskje kan en omorganisering av hvordan eldre bor, være løsningen? Som jeg pekte på i teorikapitlet, er det flere som har framhevet at vi må tenke nytt rundt boformer, og at det kreves mer forskning på området. Videre pekte jeg på at bofellesskap for eldre blant annet bidrar til en økt mestringfølelse, som resulterer i at de kan bo utenfor institusjoner lengre. Videre ble denne boformen vurdert som bærekraftig, noe som jo er et mål (Moe et.al., 2021, s. 58-59). For å komme tilbake til Pernilles forslag med studentboliger og sykehjem kombinert, så ville vi også løse problematikken med at studenter trenger hybler eller et billig sted å bo. Jeg er interessert i hvordan de andre informantene tenker rundt denne tematikken, og tar opp det samme spørsmålet med Nils, som jo har ansvaret for en del omsorg pluss boliger.

Vi har jo lenge drevet med det som nå kalles for omsorg pluss. Det er på en måte et leilighetskompleks for eldre, som er døgnbemannet. Det vil si at det er noen som alltid passer på og er til stede dersom det skulle skje noe. Videre så kommer det sykepleiere flere ganger om dagen, og hjelper beboerne med det de måtte ha behov for. Om det er stell, matlevering eller hjelp til andre ting. Denne typen for boform holder på å ekspandere betraktelig, og jeg ser for meg at den kommer til å gjøre det mer og mer også inn i fremtiden. Det er på mange måter lignende som en sykehjemsplass, men med mindre personal.

Her får beboerne hjelp og assistanse til det de trenger, og det er noen som passer på. På mange måter så høres det jo *litt* ut som aldershjem? Men en av forskjellene er vel at de bor i hver sin leilighet, noe som bidrar til å opprettholde privatlivet, og at det kanskje ikke oppleves som å bo på en institusjon. Jeg spør Nils hva formålet med denne boformen er.

Altså målet er vel å kunne gi den samme omsorgen som på et sykehjem, men med mindre personal. Dette vil jo være kostnadsbesparende, samtidig som det ikke går utover kvaliteten i omsorgen ovenfor brukerne. Så egentlig er det veldig positivt, og etter vår erfaring fungerer det veldig godt. Vi har jo på mange måter drevet med det som nå blir omtalt for omsorg pluss, i over tjue år. Jeg tror absolutt at denne boformen vil være en del av løsningen, med tanke på problematikken rundt eldrebølgen.

Astrid og Hanne forteller at de har hatt pasienter inne hos seg, som har blitt friske nok til å flytte hjem eller tilbake på en omsorg pluss bolig. De mener stort sett at omsorg pluss konseptet er positivt, men at det også har sine baksider. Hanne forteller:

Altså det er jo ikke alle som nødvendigvis ønsker å sitte alene i leiligheten sin lengst mulig. Det er jo ikke så sosialt, og mange eldre er jo svært ensomme. Så en må også tenke på den psykiske helsen til beboerne. Selv om de kanskje er friske nok fysisk til å klare seg i en slik leilighet, så kan det å sitte alene mye ha negative følger på den psykiske helsen til individene. Det samme gjelder for såvidt om de bor hjemme helt alene veldig lenge.

Temaet ensomhet som jeg tok opp i teorikapitlet gjenspeiles her. Det er flere som har påpekt på at mange eldre opplever å føle seg ensomme i alderdommen. Moe et.al sine funn fant blant annet at private bofellesskap legger til rette for økt sosial kontakt, og dermed kan redusere ensomhet blant eldre (Moe et.al., 2021, s. 46) Det å ha det dårlig psykisk, kan i mange tilfeller bidra til en dårligere fysisk helse også, viser forskning. Det er viktig at også den mentale helsen til eldre blir ivaretatt, og da tenker jeg først og fremst at det er viktig med nok tilbud om dagsenter eller lignende, der de kan omgås andre og være sosiale. Er den psykiske helsen ivaretatt, vil også den fysiske helsen være bedre lenger, noe som samlet sett selvsagt er målet til alle, både for individet og samfunnet. Slik Hofstad og Bergli nevnte i sin rapport, så påvirkes helsen i stor grad av sosiale faktorer, samt boforhold, og sitter eldre i for stor grad alene uten kontakt med andre, kan det ha en negativ effekt på helsen (Hofstad, Bergli, 2017, s. 27).

Alle informantene har erfaring med omsorg pluss, og ser fordelene en slik type boform medbringer seg. Astrid og Hanne illustrerer også noen ulemper, som det kan være viktig å tenke over når en vurderer fordeler og ulemper rundt denne typen boform. Nils har mye erfaring med omsorg pluss, og understreker fordelene med denne boformen, og understreker at denne typen sykehjemsdrift bare vil øke i fremtiden, og at det er en del av løsningen rundt eldrebølge-problematikken.

5.2.2 Tanker om fremtidens sykehjemsdrift

5.2.2.1 Delte bofellesskap

Pernille har mange ideer og tanker om hvordan fremtidens sykehjemsdrift eventuelt kan se ut. Gjennom å legge til rette for delte bofellesskap mellom for eksempel studenter og eldre, kan en løse to problem i samme smekk. Studenters mangel på tilgang til rimelige hybler, samt «billig» arbeidskraft som kan gjennomføre mange av arbeidsoppgavene som i dag sykepleiere eller hjelpepleiere gjennomfører. Dermed vil en redusere behovet for «profesjonelt» personale, og med det spare samfunnet for kostnader forbundet med lønn og sykehjemsdrift generelt sett. Videre mener Pernille også at en kan tenke nytt og kreativt rundt boformer, og at det ikke må være studenter-eldre, men at også generasjonsboliger som vi

jo hadde før her til lands, eller bofellesskap der pårørende kan bo i vanlige leiligheter, og pasienter kan komme «ned» på avdelingen om dagen. Det er mange løsninger, det gjelder bare å tenke kreativt og nytt mener hun.

Sett fra et bærekraftperspektiv, så vil kanskje slike løsninger være positive for flere av bærekraftdimensjonene. Ser en på den økonomiske biten, så vil billigere hybler for studenter eller andre kunne bidra til å redusere ulikhet, ved at studenter kan spare penger, samtidig som de eventuelt kan jobbe med eldre. Videre vil en kostnadsbesparing selvsagt være positivt i seg selv, da det er et mål at eldreomsorgen ikke skal bli mye mer kostbar for å kunne regnes som bærekraftig. Ser en på de sosiale forholdene, så kan det tenkes at slike boformer kan bidra til å legge til rette for at den psykiske og fysiske helsen kan bli bedre, både for eldre som vil bli aktiviserte, men også kanskje for studenter, som jo er en gruppe som til tider har slitt med følelser av ensomhet og depresjon. Moe et.al. sine funn viser også at boformer er noe samfunnet burde se mer på, da nye strukturer og andre boformer som for eksempel bofellesskap kan bidra til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig (Moe et.al., 2021, s. 59).

Videre vil jeg presentere mine funn angående betydningen av velferdsteknologi som en løsning på eldreomsorgens utfordringer i et bærekraftperspektiv.

5.3 Ledelsens synspunkter på bruk av teknologi i eldreomsorgen

Et aspekt som ofte blir fremhevet som «redningen» på eldrebølgen, er såkalt velferdsteknologi. Begrepet velferdsteknologi har jeg drøftet i teorikapittelet, der jeg også har presentert forskning på tematikken. Politikere snakker ofte varmt om teknologi og at Norge skal bli ledende når det gjelder velferdsteknologi. Land som Japan har tatt i bruk roboter i eldreomsorgen, blant annet i form av kosedyr som skal berolige demente. Jeg har intervjuet samtlige informanter om velferdsteknologi, hvorvidt de har tatt i bruk noe nytt de siste årene, og hva deres tanker er om teknologiens rolle i møte med eldrebølgen. Jeg begynner med å presentere Pernilles erfaringer, som jo hovedsakelig er basert på arbeid med demente pasienter:

Velferdsteknologi er jo noe som kan være en del av løsningen, og det blir jo satset mye på det nå, noe som er bra. Men hvis en ser på teknologi i demensomsorgen, så tror jeg aldri at for eksempel roboter vil kunne erstatte mennesker. En pasient som ligger med et brudd og som er klar i hodet, vil kunne be en robot om å hente et glass vann. Men en demens pasient vil kanskje ikke klare å uttrykke det behovet. Demens som sykdom krever mennesker som kan lese hva en pasient trenger. De må kunne observere kroppsspråk, vurdere når eventuell angst kommer til overflaten, og velge når de skal gi omsorg eller når de burde trekke seg unna. En robot vil ikke kunne klare det. Pumper og maskiner som automatisk regulerer medisiner eller mattilførsel hos noen som er døende, er jo selvsagt positivt og blir tatt i bruk i dag. Men det er langt fra å erstatte personal med roboter, spesielt i demensomsorgen.

Når jeg spør de andre informantene om velferdsteknologi, så er noe av det første de sier lignende med det Pernille mener. Nils mener også at teknologi aldri kan erstatte mennesker:

Velferdsteknologien er kommet for å bli. Vi har følere i senger og andre system som registrerer for eksempel bevegelse. Men jeg tror det er viktig at teknologien aldri må erstatte medmenneskeligheten. Og jeg tror ikke den kan det. Sårbare eldre mennesker, og demente pasienter trenger varme hender. Men mer teknologi blir det nok helt sikkert, og det snakkes jo veldig mye om det.

Astrid og Hanne har samme oppfatning. Hanne sier hva hun tenker: «Jeg tror ikke at roboter kan erstatte menneskelig kontakt. Men kanskje det blir det i fremtiden, jeg vet ikke. Men vi er i hvert fall ikke der i dag. Jeg har lest en del artikler om roboter i utlandet, og at de kan ta en del av den fysiske tunge biten av jobben. Men jeg vet ikke». Astrid legger til: «Tenk så trist det må være å bli stelt av en robot. En ting er sikkert, det vil ikke jeg. Jeg tror aldri at roboter vil kunne erstatte den menneskelige kontakten, og jeg håper heller ikke at det kommer til å skje».

Felles for alle informantene er at de ikke tror roboter vil erstatte menneskene i eldreomsorgen, i hvert fall ikke i nærmeste fremtid. Men hvem vet egentlig hvordan fremtiden vil utvikle seg? Selv om vi i dag ser på det som usannsynlig og urealistisk, så er det jo fortsatt en mulighet for at teknologien vil utvikle seg tilstrekkelig, og kanskje langt videre enn vi evner å se for oss i dag. Blant annet i Japan og flere andre land, så blir det forsket mye på kunstig intelligens til bruk i eldreomsorgen – og det kan jo være at det faktisk vil bli en del av normen om få år.

Japanerne er på mange måter ganske langt foran Norge når det gjelder velferdsteknologi, som illustrert i en artikkel fra Universitet i Bergen (UIB, 2018). I teorikapittelet presenterte jeg også Sixsmith og Gutman sine syn på velferdsteknologi i møte med demens. De trekker frem at mange ikke ser på demente som «aktuelle kandidater» for velferdsteknologi, da det jo kreves en del evner for å kunne ta i bruk diverse teknologi. De argumenterer likevel for at forskningen burde fokusere mer på demenspasienter, og at den i større og større grad begynner å gjøre det, da disse pasientene faktisk kanskje er de som kan ha mest nytte av ny teknologi, da deres sykdom er så ødeleggende (Sixsmith, Gutman, 2013, s. 106).

5.3.1 Hvilken teknologi brukes ved sykehjemmene?

Foruten roboter som erstatning for sykepleiere er jeg nysgjerrig på hvilke andre teknologier som er til stede i norske sykehjem i dag. Jeg begynner med sykehjemmet der Pernille arbeider:

Vi tar i bruk diverse teknologi. Vi har for eksempel nylig installert alarmsystem. Dette er spesielt nyttig om natten, for da får du med deg at de går ut av rommene, og en kan unngå noen går rundt og vekker mange andre, eller går inn på noen andres rom. En får slukket brannen før den oppstår. En annen ting som jeg vet blir tatt i bruk mer og mer, er GPS.

Pernille forteller at det finnes noen pasienter som rett og slett stikker av. Hos disse pasientene kan bruk av GPS være veldig nyttig. GPS`en er gjerne plassert i et smykke, armband eller i skosålen hos pasienten. GPS`en kan bli brukt av personalet til å lettere finne pasienten som har stukket av, og at det har vært veldig betryggende for de ansatte:

Før vi fikk GPS så var personalet konstant stresset, for vi hadde en pasient som alltid stakk av. Vi hadde jo døralarm, men det tar en stund før den begynner å pipe, og da var pasienten allerede kommet seg langt bort fra sykehjemmet. Så da måttet personalet løpe etter, og de måtte gjerne være flere for å finne han igjen, ettersom de jo ikke visste hvilken retning han hadde gått; var han gått til venstre i krysset eller høyre? Noen ganger kunne han også være på vei inn i skogen. Alt personal som var på den avdelingen var stresset fordi han ofte stakk av. Men etter han fikk GPS i skosålen, har skuldrene senket seg hos alle; nå vet de at de finner han igjen uansett, så de må ikke slippe alt og springe med en gang døralarmen går.

Slik Pernille forteller det, ser det ut til at det må være ekstremt stressende å være i en slik situasjon uten GPS. Sykehjemmet og personalet har jo ansvaret for at pasientene skal være trygge, og når en stikker av og muligens ender opp i skogen, så er det jo veldig kritisk. I ytterste konsekvens kan jo pasienten ha noe uhell og skade seg eller dø. GPS blir som Pernille forteller brukt mer og mer. Det er jo på mange måter bra, men samtidig er det også etiske utfordringer rundt bruk av GPS. En overvåker jo et menneske 100% døgnet rundt. Så det må jo absolutt vurderes om for eksempel retten til privatliv er krenket, eller om pasienten faktisk er såpass syk og dement at han ikke er tilregnelig lenger, noe jo demente mennesker ofte blir (Milligan, 2010).

Ifølge Pernille, så opplever hun at teknologi som for eksempel GPS blir brukt mer og mer. På responscenter, som har ansvar for hjemmeboende eldre, har de oversikt over de pasientene som fortsatt bor hjemme, blant annet gjennom alarmsystem og også GPS. Ellers opplever hun at pårørende informeres om hvordan en kan ta i bruk for eksempel GPS hjemme, og at bruken i stor grad blir tatt imot varmt av pårørende.

Jeg spør de andre informantene om de har noe erfaring med bruk av ny teknologi der de jobber. Nils forteller i likhet med Pernille at de har tatt i bruk GPS når det har vært pasienter som «stikker mye av», og han forteller også at han vet om at det blir brukt en del i hjemmetjenesten. Han forteller at en av fordelene er at pasientene har muligheten til å bo hjemme lenger, da responscenter til enhver tid vet hvor pasientene befinner seg. Det gir en trygghet for begge parter, og en trygghet for pårørende.

Astrid og Hanne forteller at de ikke har hatt behov for GPS bruk ved sitt sykehjem, da de ikke har hatt så store problem med «vandrerere», dvs. demente pasienter som «stikker av». Om de hadde hatt det, så ville de ha vurdert å ta det i bruk, forteller de i intervjuet. Astrid og Hanne forteller videre at de ikke virkelig

opplever at de har så mye velferdsteknologi på sykehjemmet sitt. De jobber på et ganske lite sykehjem, og de forteller at de ikke har «fancy dupperingser» som gjerne er i bruk ved større institusjoner. Astrid forteller:

Altså vi har jo bevegelsessensorer. Det er egentlig det nærmeste vi kommer «velferdsteknologi». De registrerer om pasienter ligger i sengen sin eller ikke – så viss vi har pasienter som kanskje faller ut av sengen, eller som står opp og begynner å gå rundt, så blir det fanget opp. Så akkurat det er jo hjelpsomt. Spesielt om natten. Ellers så har vi ikke tatt i bruk så mye teknologi, vi har fortsatt gammeldagse heiser for eksempel, så ja. Og når det kommer til for eksempel GPS, så har vi faktisk ikke behov for det. Vi har hatt pasienter som stikker av tidligere, men det har aldri vært så problematisk at det har vært behov for GPS på dem.

Det er nærliggende å tenke seg at sykehjemmet til Astrid og Hanne kanskje ikke er alene. Jeg antar at det er en del sykehjem rundt omkring i Norge, som i praksis ikke har råd til eller tilgang til velferdsteknologi. Det kan være flere grunner til det, som for eksempel dårlig økonomi, eller simpelthen dårlig informasjon om tilgangen til at teknologi finnes. Det kan også dreie seg om holdninger hos ledelsen eller hos ansatte. Innovasjon og vilje til endring er noe jeg omtalte i teorikapittelet. Dersom ledelsen eller ansatte ikke er endringsvillige eller åpne for innovasjon, er det ofte svært vanskelig eller umulig å ta i bruk nye løsninger (Totcheva et.al., 2019, s.3). Det er viktig at ledere er sin rolle bevisst, og at de er klar over at deres holdninger og innstillinger enten kan være barrierer eller katalysatorer for endring eller innovasjon, i dette tilfellet i forhold til teknologi. Hvorvidt dette er grunnen til at de ikke har tatt i bruk teknologi i nevneverdig grad ved dette sykehjemmet, kan jeg verken bekrefte eller avkrefte. Men lederrollens betydning er avgjørende.

Pernille kan fortelle om andre teknologiske nyvinninger som sykehjemmet hennes tar i bruk. Hun forteller om en «pilleautomat» som de ansatte hadde vært skeptiske til:

Det var en pasient som kom inn til oss, som hadde en pilleautomat. I starten var både jeg og andre sykepleiere skeptiske til dette, og så egentlig lite nytte. Men denne pasienten hadde demens, og skulle hjem igjen etter et fire ukers opphold på vår korttidsavdeling, så vi konkluderte med at vi ville legge til rette for at pasienten skulle beholde evnen til å bruke denne pilleautomaten, da han klarte å bruke denne selv, og hjemmesykepleierne hans også var vant til det. Fordelene er at den så og si gjør det umulig å feildosere, ta medisin til feil tidspunkt, eller å ta feil type medisin. Så etter hvert som vi så hvordan denne pilleautomaten fungerte, så opplevde vi som sykepleiere dens bruk kun som positivt, både for pasient og får personalet. Og som jeg nevnte tidligere, så er det ekstra viktig at demente pasienter opprettholder evnen til å gjøre ting, eller ta i bruk ting, i dette tilfellet evnen til å bruke pilleautomaten. I starten var vi skeptiske, men etter hvert så vi nytten.

Den avsluttende setningen til Pernille tror jeg er noe de aller fleste mennesker kjenner seg igjen i. I møte med noe nytt og ukjent, spesielt kanskje med teknologi, er ofte den første tanken at «dette er noe tull, vi trenger det ikke». Dette var også tilfellet hos Pernille, som etter mitt syn virker svært reflektert og åpen til nye løsninger i forhold til eldreomsorg. I forhold til hennes rolle som leder, var det nok avgjørende i denne situasjonen at hun endret oppfatning rundt hvorvidt de skulle ta i bruk denne pilleautomaten eller ikke. Mer generelt sett så belyser denne situasjonen litt hvilken rolle lederes holdning spiller i forhold til noe nytt eller innovasjon. Som jeg var inne på i teorikapittelet, har forskere funnet ut at ledernes rolle og holdninger spiller en avgjørende rolle når det kommer til hvorvidt «noe nytt» skal prøves ut. Dersom ledere har en «konservativ» holdning, så vil det sannsynligvis føre til at endringer eller innovasjon som kanskje kan ha en positiv effekt ikke engang vil bli forsøkt innført. På den andre siden, dersom ledere er åpne og gjerne kanskje også pådrivere for innovasjon og utvikling, vil overgangen til noe nytt bli mye lettere. (Totcheva, 2021, s. 3) Det er selvsagt to sider ved dette også. Ledere må alltid vurdere hvilke tiltak eller nye konsept det skal satses på. Det koster ressurser å innføre noe nytt ved et sykehjem, og det er derfor også avgjørende at ledere setter seg inn i eventuelle fordeler og ulemper ved en endring. En konservativ leder vil gjerne argumentere med at det er kostbart og tidskrevende med innføring av endringer, samtidig som nytten kanskje ikke er så stor. Dette er selvsagt et godt argument, men likevel er det nødvendig å i det minste ha en åpen holdning til noe nytt, da en ellers kanskje vil gå glipp av produktiv og positiv innovasjon (Totcheva, 2021, s.3-4)

Gjennom teorikapittelet mitt viste jeg også til noe av Kjersti Vik sin forskning. Hun nevnte det at svært mange, helsepersonell og forskere, kanskje ikke tror at velferdsteknologi er noe demente kan ta i bruk, men at det er samtidig en forventning om at teknologi kan bidra til å løse utfordringene som demente opplever (Vik, 2015, s. 68-70).

Det Pernille her har beskrevet er jo noe som på mange måter bekrefter problemet; Mange tror faktisk ikke at demente kan benytte seg av velferdsteknologi slik som Vik påpeker, selv om det kanskje er den pasientgruppen som *kan* få mest nytte av å ta i bruk teknologi; både for å stimulere til aktivitet som kan bremse sykdomsforløpet noe, men også som et ledd som bidrar til at de eventuelt kan bo hjemme lengre.

Her ser jeg en forskjell i holdningene til informantene når det gjelder å ta i bruk ny teknologi. Kanskje er denne tankegangen en av faktorene som gjør at noen sykehjem ikke tar i bruk så veldig mye ny teknologi, altså at ansatte kan være litt «konservative» i møte med noe nytt? Med bærekraftig utvikling i bakhodet, så kan det være uheldig dersom sykehjemsledere ikke ser det som realistisk at demente skal få et betydelig utbytte av å ta i bruk teknologi, men samtidig er det også forståelig hvorfor enkelte ikke ser på det som

realistisk. Uansett viser forskning at det er nødvendig å også tilpasse teknologi i møtet med demente, da de utgjør en større og større gruppe, som kanskje vil kunne ha mest nytte av teknologiske fremskritt slik som jeg drøftet i teorikapitlet.

Slik jeg ser det, for at eldreomsorgen helhetlig skal kunne bli bærekraftig, vil det være nødvendig å legge til rette for endring og utvikling blant alle pasientgrupper. Dette for å redusere behovet for økt ressursbruk, samt for å opprettholde standarden og kvaliteten innen eldreomsorgen for å ivareta de sosiale aspektene ved bærekraftig utvikling. I det videre vil jeg se på tematikken personell og rekruttering.

5.4 Betydningen av personell og rekruttering, i et ledelsesperspektiv

Når en hører om eldreomsorgen i media, hører en ofte om overarbeidet og underbetalte sykepleiere, eller om sykepleiere som slutter i yrket, og at rekrutteringen blant sykepleierstudenter faller. Med dette som bakteppe, spurte jeg hvordan mine informanter opplever disse problemstillingene, da nok sykepleiere jo er helt nødvendig for å gi god nok eldreomsorg i møte med en eldrebølge som det norske samfunnet nå befinner seg i. Nils hadde noen tanker rundt personalet og rekruttering, og jeg velger å begynne med hans erfaringer:

Det første jeg må si, er at vi på vårt sykehjem har god tid. God tid til å gjennomføre stell, og god tid til å prate med pasientene. Dette opplever jeg som leder, og mine ansatte sier det samme. Videre så sliter vi ikke med at mange slutter, noe som kanskje henger sammen med at vi faktisk har god tid hos oss, med fornøyde ansatte. Men hvis jeg skal ta på meg brillene til sykepleierforbundet, så vil jeg nok si at høyere lønn vil være det største insentivet for å øke rekrutteringen, og å beholde flere i yrket. Men faktum er jo at sykepleiere har gått opp ganske mye i lønn. Vi kan godt gå opp mer, men vi har gått opp ganske mye. Og så er jeg ikke så sikker på om det virkelig er så mange sykepleiere som slutter i yrket. Prosentvis så vil jeg faktisk tro at det kanskje er flere polititjenestemenn enn sykepleiere, som slutter i yrket. Men jeg har ikke sett statistikk på det som underbygger påstanden min. Men er det noe media liker å sette søkelys på, så er det jo utbrente sykepleiere som slutter i yrket. Spesielt kanskje nå gjennom pandemien. Men med tanke på pandemien, så vil jeg faktisk tro at mange sykepleiere føler en økt styrke i sin rolle som sykepleier. Vi har på mange måter blitt samfunnets hverdagshelter som har holdt hjulene i gang. Så jeg tror at sykepleiere som gruppe har fått en styrket identitet.

Slik jeg tolker Nils sin informasjon, mener han at sykepleiere som gruppe faktisk har hatt en god lønnsutvikling, og at statusen til sykepleiere øker. Yrket blir sett på som viktigere, og flere studenter velger yrket. Dette er også reflektert i karaktersnittet for å komme inn på diverse sykepleierstudier, og regjeringen bestemte seg for å øke antallet plasser på sykepleierutdanningene med fem hundre fra høsten 2022 (Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, 2021).

Astrid og Hanne opplever situasjonen som annerledes enn Nils. Ved deres sykehjem har de lenge hatt en stilling som sykepleier ledig, og de opplever at det er for få som velger å utdanne seg som sykepleier. Videre mener de at lønnen er for dårlig, Astrid forteller: «Vi opplever at det er en mangel på sykepleiere, og det er en utfordring å få folk inn med nok kompetanse. Vi har i det siste utlyst en stilling for andre gang, da det ikke var noen kvalifiserte søkere ved førstegangsutlysningen. Så ja, det er vanskelig å få folk».

Astrid forteller videre om hvordan hun tenker yrket kan bli mer attraktivt for unge mennesker:

Det er jo mange utdannede sykepleiere som faktisk slutter etter fem år. De klarer ikke å stå i yrket lenger. Det blir i dag forventet mer og mer av sykepleierne, samtidig som lønnen ikke blir økt tilstrekkelig. Lønn og arbeidsmengde samsvarer rett og slett ikke. Og så er det jo det med turnus sant. Det er jo ingen som liker å jobbe kveld og helg.

Det viser seg altså at det også er delte meninger om dette spørsmålet. Jeg snakker videre med dem og Hanne legger til at hun synes yrket er lønnet for dårlig, noe som ifølge henne kanskje bidrar til en svak rekruttering.

5.4.1 Forutsigbarhet i turnusen

Dette med turnus har Pernille også en del erfaring med, og jeg vil ha med Pernilles syn på personal og rekruttering, og lurer på hva hun tenker kan gjøre yrket mer attraktivt for unge mennesker. Hun begynner med en gang å prate om den ubekvemme turnusen. »Altså, hvem vil jobbe om kvelden, helgene og helligdager? Det er kanskje ekstra vanskelig for de med små barn. Noen vil jo faktisk ha langvakter og helger, men det er gjerne studenter. Jeg tror at dette med turnusen er mye av grunnen til at en del kanskje ikke vil bli sykepleiere.» Jeg tenker at dette jo selvsagt er logisk, de færreste vil virkelig jobbe om kvelden eller i helgene. Men jeg tenker på fiskere, offshorearbeidere, flyvertinner, ansatte i dagligvarebransjen. Det er jo veldig mange yrkesgrupper som faktisk jobber utenom den vanlige 8-16 arbeidstiden. Dette er jo ikke forbeholdt sykepleieryrket. Pernille fortsetter og forteller at det første hun gjorde som leder var å innføre en såkalt årsturnus. Kort forklart innebærer det at turnusen blir planlagt for et helt år, der ansatte da på forhånd kan gi uttrykk for når de ønsker å fra fri og når de eventuelt kan jobbe mer. Denne innføringen medførte ifølge Pernille mer forutsigbarhet for de ansatte, men også for administrasjonen og ledelsen, da de også bedre kunne planlegge i forhold til ferieavvikling med vikarer og mer.

Ved Hanne og Astrid sitt sykehjem har de ikke innført en slik løsning, og de uttrykte at de heller ikke hadde planer om det, først og fremst fordi de mener dagens løsning med en seks ukers rullerende turnus er godt nok, men også fordi det krever mye planlegging og ressurser ved utarbeidelsen, som de etter deres vurderinger ikke har tilgjengelig.

Ledelsens rolle spiller her en stor betydning slik jeg ser det, og dette tilfellet kan være en illustrasjon på at ledelsen her kanskje ikke umiddelbart ser fordelene med å gjennomføre en endring til årsturnus, selv om det ved flere andre sykehjem har blitt innført og ansatte der setter pris på det. Ledelsens holdning i forhold til innovasjon og endring kan i dette tilfellet kanskje være en av grunnene til at de ikke har forsøkt å innføre en slik løsning, selv om den på sikt muligens ville ha gjort arbeidet lettere både for de ansatte og også ledelsen og administrasjon.

5.5 Behov for økt kompetanse blant personalet

Gjennom samtale om personal og personalets rolle i fremtidens eldreomsorg, så nevnte alle informantene behovet for kursing, videreutdanning og generell økt kompetanse blant personalet. Gjennom kursing av ansatte for å øke kompetansen om for eksempel demens, har Pernille opplevd at hennes sykepleiere har blitt tryggere i rollen sin blant annet når krevende situasjoner oppstår, og dermed også forbedret avdelingen som helhet, der både ansatte, beboere og pårørende opplever en tryggere og bedre kvalitet på omsorgen. Pernille forteller.

Siden vår avdeling har gått fra å være en korttids til en langtidsavdeling, har vi måttet tilpasse oss mye. De ansatte har måttet lært seg å jobbe annerledes, og spesielt da i møte med demens. Vi gikk gjennom et kurs i regi av kommunen, som omhandler demens. Dette har vist seg å være veldig produktiv og hjelpsomt for å tilvenne oss rollen som langtidsavdeling. Så veldig mye av det å forholde seg til å arbeide med demens, kan forbedres gjennom å styrke sine egne ansatte, og faktisk gi de muligheten til å tilegne seg ny kunnskap, som til syvende og sist forbedrer tjenestetilbudet vi gir pasienter og pårørende.

5.5.1 Møte med aggresjon

Pernille forteller videre om nødvendigheten av såkalte RESIMA (Ressurser i møte med aggresjon) kurs, som handler om hvordan en kan møte og håndtere utagerende pasienter. Det er på mange måter kursing i hvordan en de eskalerer truende eller aggressive pasienter/situasjoner, og hvordan en forsvarer seg selv og andre dersom de eskalering ikke er tilstrekkelig.

RESIMA er veldig viktig. Vi har hatt situasjoner med utagerende pasienter, gjerne i form av slag eller spark. Når det er store og sterke pasienter som «angriper» en sykepleier på 60 kilo, så kan det være veldig krevende å håndtere situasjonen. For at de ansatte skal føle seg trygge i møte med slike situasjoner, så har vi fokusert på å at de ansatte skal gå gjennom slike kurs, som lærer de grunnleggende teknikker i forhold de eskalering gjennom samtaler og til selvforsvar kan du si.

Jeg kan se for meg at det kan være skremmende for nyutdannede eller ufaglærte assistenter å møte situasjoner som kan virke truende, eller som i ytterste konsekvens kan bli voldelige og føre til skader på dem selv. Jeg er overrasket over at denne typen opplæring ikke er obligatorisk, noe som alle som jobber innen eldreomsorgen med demente pasienter som kan bli utagerende, må gjennom. Det er tross alt ikke uvanlig at slike konfrontasjoner oppstår, og da burde alle som møter slike situasjoner være opplært i å håndtere de. Kompetanseheving blir også av de andre informantene fremhevet som en mulig løsning til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig. Det er ifølge informantene billigere å videreutdanne sine egne til å styrke kompetansen enn å måtte tilsette nye eller flere ved en avdeling. Dette kan i det lange løp bidra til å redusere kostnader, noe som bidrar til å gjøre omsorgen mer økonomisk bærekraftig. I det videre vil personale med mer kompetanse også være bedre i stand til å håndtere ulike situasjoner, og bidra til å gjøre tilværelsen for pasienter således bedre; noe som i praksis betyr at den sosiale bærekraftdimensjonen også er ivaretatt.

5.5.2 Kursing av pårørende

Videre beskrev Pernille behovet for kursing av pårørende i møte med demens, og hvordan økt kompetanse kan gjøre arbeidet med demente lettere for både ansatte og pårørende i en krevende situasjon.

I forhold til dette med demens, så opplever jeg at et flertall av de pårørende har mange spørsmål knytt til sykdommen. Det finnes jo tilbud og kurs som de kan gå på i regi av kommunen, men mange vet kanskje ikke om det. I det siste opplever vi at spesialavdelinger og kurstilbydere har blitt flinkere på å formidle informasjon når det gjelder kursing, men også når det gjelder informasjon om ledige plasser på spesialavdelinger blant annet, men likevel burde det finnes et bedre system som tilrettelegger for at pårørende kan få mer informasjon. Eksempelvis ser jeg for meg at gruppesamtaler mellom pårørende til noen som er demente kan være veldig produktive, da gjerne også med en som er profesjonell. Dersom pårørende vet nok om sykdommen, så vil de føle seg tryggere også på at vi som institusjoner gjør jobben vår godt nok.

Pernille sitt forslag om gruppesamtaler for pårørende der demens er tema, der pårørende kan få opplæring og informasjon rundt sykdommen kan være et godt forslag. I teorikapittelet presenterer jeg Vik sine funn angående pårørendes rolle og hvordan pårørende kan bidra til å tilrettelegge for opplæring i bruk av for eksempel teknologi hos pasienter med demens (Vik, 2015, s. 70). Slik informasjon og opplæring kan tydeliggjøres gjennom slike samtaler.

Videre beskrev Pernille at mye av konfliktene mellom pårørende og sykehjem eller mellom pårørende og pasient oppstår på grunn av usikkerhet og uvitenhet rundt sykdommen demens. Gjennom å øke

kunnskapen, ikke bare blant ansatte, men også blant pårørende, vil nok mye usikkerhet og problem kunne løses, og sykehjem og pårørende vil lettere kunne bli enige om fremgangsmåte i forhold til behandlingen av enkeltpasienter. Det synes som om Pernille har mange gjennomtenkte ideer til hvordan en kan eller burde legge til rette for et totalt sett bedre omsorgstilbud.

En ting som jeg må nevne her, er at det selvsagt hadde vært fordelaktig å ha et kurstilbud for pårørende. Dessverre er realiteten slik at sykehjem generelt sett opplever å være presset på ressurser, og Pernille beskrev også hvordan hun nå jobber med å kurse egne ansatte. Om det da er realistisk å finansiere kursing også av pårørende er kanskje litt usikkert slik jeg ser det, da et viktig punkt innen bærekraftig utvikling også er å begrense utgifter; og når eldreomsorgen generelt er presset på ressurser, så er det kanskje ikke sikkert at kursing for pårørende og diverse vil bli prioritert, eller i det hele tatt er «verdt det». På den ene siden vil økte kostnader stride direkte imot den økonomiske bærekraftdimensjonen. På den andre siden vil kanskje livskvaliteten til både pasienter og pårørende kunne bli styrket, noe som betyr at den sosiale bærekraftdimensjonen er ivaretatt. Videre åpnes det kanskje også opp for at pasienter lengre kan være hjemme, noe som indirekte da vil være kostnadsbesparende og således ta høyde for den økonomiske bærekraftdimensjonen, som Campbell beskriver (Campbell, 1996, s. 198).

Astrid og Hanne nevnte flere ganger i intervjuet at de oppfatter det å få god nok kompetanse som den viktigste faktoren i møte med eldrebølgen, som en løsning. De opplever det som vanskelig å rekruttere sykepleiere til sitt sykehjem. Jeg spurte de om de synes de har god nok kompetanse og om de jobber med å øke kompetansen på sin arbeidsplass. Hanne svarte:

Altså kompetanse er jo noe vi alltid må jobbe videre med. Gjennom kursing og oppdatering av våre ansatte. Og så opplever vi det som vanskelig å fylle stillingene vi utlyser. Med tanke på kursing og slikt, så er det jo det med økonomi. Vi må jo betale for å sende våre ansatte på kurs, og hente inn vikarer for å opprettholde bemanningen, og det er ikke alltid pengene strekker til.

5.5.3 Forbedring av sykepleierutdanningen

Vi prater litt videre om sykepleierutdanningen, og Astrid har også noen forslag til hvordan den kan forbedres.

Gjennom sykepleierutdanningen kommer kanskje ikke realiteten av å jobbe som sykepleier tydelig frem. Mange får seg nok et ganske tøft sjokk når de begynner i arbeid, og for noen blir det rett og slett for tøft. Så mer praksis burde kanskje blitt innført, og informasjonen generelt burde bli bedre. Turnus for eksempel kan være veldig slitsomt for mange, det er tøft. Andre ting som det å oppleve dødsfall blant pasienter kan være veldig belastende, psykisk. Så alle slike ting burde komme mer tydelig frem

i utdanningsløpet, og det burde egentlig også gjøres mer tydelig for helsefagarbeiderne under utdanning også.

Astrid sine refleksjoner fører oss inn på en tematikk som hun også mener burde gjøres mer med, den psykiske helsen til de ansatte ved sykehjemmene. For mange kan det å miste pasienter være veldig sårt, og det å ha noen å snakke med i slike situasjoner kan virke veldig hjelpsomt. Hanne legger til at slike tilbud finnes, og at det er opp til den enkelte å ta kontakt. Astrid legger til:

Et litt lavterskeltilbud om samtaler om hvordan vi har det i arbeidshverdagen tror jeg kunne vært veldig hjelpsomt. Vi prater jo oss kolleger imellom og finner god støtte i hverandre. Men kanskje kunne en prest eller psykolog eller noen lignende komt innom en gang iblant for en uformell samtale, rett og slett for at vi som jobber her har muligheten til å prate litt rundt følelsene våre. For det kan faktisk være veldig tungt å se på lidelse og død, eller andre utfordringer. Jeg tror at et slikt tilbud ville kunne hjulpet veldig mange, og kanskje også ført til at noen som har sluttet som sykepleier ville blitt værende i yrket.

En rullerende psykolog eller noe som kommer innom en gang iblant for uformelle samtaler, ville nok vært et tilbud som kan være lettere å ta i bruk, og mindre «skambelagt», enn å offisielt spør om psykisk hjelp fra sjefen eller helsevesenet. Psykisk helse er jo en tematikk som det etter mitt syn er ganske lite søkelys på i arbeidshverdagen, og et slikt tilbud ville kanskje hjulpet noen til å unngå sykemelding eller frafall fra yrket. Tall fra en artikkel ved SSB viser at det i 2017 var 1 av 5 sykepleiere som ti år etter endt utdanning ikke lenger jobber i helsevesenet (Skjøstad, Hjemås, Beyrer, 2017).

Det kan være grunn til å tro at dette tallet nå er enda høyere, ettersom vi nettopp har gjennomgått Covid-19 pandemien som har presset sykepleiere til lengre og tyngre arbeidsdager. Sosiale forhold er en av bærekraftdimensjonene, og det innebærer blant annet at mennesker skal ha tilgang til god jobb som også ivaretar psykisk og fysisk helse blant sine ansatte. Det at så mange slutter i yrket, samt at de jeg intervjuet til dels opplever en mangel av kompetent personale, kan tyde på at det ikke blir gjort nok for å ivareta menneskene som jobber i eldreomsorgen, noe som gir grunn til bekymring. Dette kan tyde på at dimensjonen sosiale forhold kanskje ikke er godt nok ivaretatt, noe som betyr at det må gjøres mer på dette feltet for at vi skal kunne si at norsk eldreomsorg er bærekraftig.

5.6 Tenke nytt

I dette siste delkapittelet vil jeg presentere diverse tanker og ideer som noen av informantene har, som politikere, individ og samfunnet som helhet kan ta stilling til for å bedre møte utfordringen eldrebølgen. Jeg vil her begynne å presentere Nils sine tanker. Nils er på prinsipielt grunnlag mot eutanasi, såkalt aktiv

dødshjelp. Dette er noe som strider mot hans personlige verdier, og han understreker dette flere ganger gjennom samtalen. Likevel så er praksis på norske sykehjem i dag å avslutte livsforlengende behandling, ved tilfeller der pasienter er svært gamle og syke, som gjerne er i en vegetativ tilstand, som betyr at pasienten lever, men ikke er i stand til å kommunisere, tenke tydelig, gi uttrykk for sine ønsker, eller i stand til å bevege seg, noe som gjerne oppstår etter en alvorlig hjerneblødning eller lignende, ifølge Nils. Å avslutte livsforlengende behandling kan innebære å slutte å gi næring intravenøst, og gi pasienten smertelindrende medisinsk behandling som til slutt resulterer i at vedkommende sovner inn. Dette er ikke aktiv dødshjelp, men på mange måter så kan en jo argumentere for at det er indirekte dødshjelp. Jeg vil nå ikke argumentere for eller imot denne praksisen, men det er en realitet at dette er normalt på de fleste sykehjem i Norge i dag, i følge Nils. Nils forteller litt om hans tanker rundt dette.

Aktiv dødshjelp er ikke lov i Norge per dags dato, noe jeg personlig også støtter. Likevel avslutter vi i mange tilfeller livsforlengende behandling av pasienter i vegetative og skrøpelige tilstander, da i samband og med pårørendes tillatelse. Dette er et valg som er vanskelig for mange pårørende å ta, og det fører blant annet til at det er en del eldre mennesker som blir sengeliggende uten mulighet for å uttrykke seg, i noen tilfeller i flere år. Personlig har jeg sagt til mine barn at jeg ikke vil leve slik, og at dersom jeg får alvorlig slag eller lignende, ikke vil «gjenopplives» og fortsette min eksistens sengeliggende og «borte» fra verden. Dersom pårørende vet om sine foreldres eller ektefellers ønsker, så gjør det valget mye lettere. Det kan spare veldig mye lidelse for pårørende, og selvsagt for pasienten selv, som kanskje ikke ønsker å leve i en slik tilstand, men som ikke klarer å uttrykke det lenger. Til slutt så vil det også åpenbart spare samfunnet for ressurser. Men dette er selvsagt et veldig sårt, og gjerne til og med tabu tema. Det er vanskelig for politikere å ta opp, og det vil utvilsomt skape debatt og kanskje bli uglesett. Men det er etter mitt syn likevel en debatt som vi som samfunn kanskje simpelthen er nødt til å ta.

Nils mener altså slik som jeg tolker det, at det kan være gunstig dersom det blir startet en debatt i samfunnet rundt hvorvidt mennesker burde ta stilling til om de ønsker livsforlengende behandling ved alvorlig sykdom. Sykdom som kan resultere i at deres eksistens og livskvalitet blir redusert til å være sengeliggende, få næring intravenøst, hundre prosent invalid, og ikke i verste fall ikke kunne uttrykke sine ønsker på noen som helst måte.

5.7 En trygg alderdom

De fleste av informantene jeg intervjuet, med unntaket av en som var yngre, var rundt femti år gamle. Oppgaven min handler jo i essensen om fremtidens eldreomsorg er bærekraftig, og med tanke på det spurte jeg informantene hvordan de opplever norsk eldreomsorg i fremtiden. Er de trygge på sin egen alderdom? Ved dette spørsmålet fikk jeg blandet svar. Hanne føler seg trygg på at vi klarer å finne ut av denne problematikken, mens Astrid som er på min egen alder følte seg mer usikker på om eldreomsorgen

vil være like god når hun blir åtti. Pernille som også er rundt femti, var faktisk også usikker på sin fremtid. Hun ser at vi er på rett vei, og at samfunnet forsøker å håndtere utfordringene, men samtidig så opplever hun det som skummelt og usikkert hvorvidt hun selv vil få en like god omsorg om tjue år, som vi gir i dag. Nils utdypet sine tanker rundt sin egen alderdom:

For å si det sånn... jeg er mer trygg på min egen alderdom enn din. Jeg tror at vi fortsatt vil ha en god og sterk eldreomsorg, og at jeg vil få en god pensjon. Hvorvidt det samme vil være tilfellet for deg eller for mine sønner, det er jeg mer usikker på. Vi som samfunn jobber med alternative løsninger, men om det er godt nok og om det går raskt nok, det er jeg ikke sikker på. Slik som vi holder på nå, det tror jeg ikke vi kan fortsette med i tretti år til. Det er klart vi må ta vare på de eldre, men samtidig så er vi nødt til å ta vare på de som er yngre. Og da er vi nødt til å redusere kostnadene og finne andre løsninger enn det vi har i dag.

Samlet sett så sitter jeg igjen med en opplevelse av noe frykt. Når ledere i eldreomsorgen er usikre på fremtiden i forhold til pensjon, alderdom og kvaliteten på norsk eldreomsorg, så burde det tas på alvor. Samtidig sitter jeg igjen med en svakt optimistisk følelse av at vi som samfunn skal klare å finne en god løsning på problematikken. Alle informantene hadde sine tanker rundt hvordan vi kan tilpasse oss en stadig eldre befolkning. Både Pernille og Nils hadde ideer og tanker som jeg ikke hadde sett for meg før jeg gjennomførte intervjuene, og Astrid og Hanne så for seg løsninger som blant annet bedre vil ta vare på sykepleiernes trivsel, motivasjon og ikke minst mentale helse på jobb.

5.6 Oppsummering

For å oppsummere, så vil jeg kort gjenta problemstillingen; hvordan bærekraftsyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og løsningene, sett fra et ledelsesperspektiv. Jeg har presentert noen av ideene som kan bidra til å gjøre norsk eldreomsorg bærekraftig, eller i hvert fall mer bærekraftig enn den er i dag, sett i fra perspektivet til mennesker som har ledende roller på norske sykehjem. Det fremmes forslag om at det må en helhetlig plan til, der vi blant annet er nødt til å se på boforhold – altså at vi er nødt til å tenke nytt og kreativt i forhold til hvordan eldre mennesker bor, og kanskje legge til rette for å omstrukturere dagens system. I forhold til dette, er det derimot nødvendig å se på hvorvidt en kan eller burde ta i bruk private løsninger, ifølge informantene. Det kan gjerne avlaste den pressede helsetjenesten noe, og de det gjelder kan ha nytte og en positiv effekt av det. Likevel kan en slik løsning med for eksempel private bofellesskap bidra til å øke den sosiale ulikheten og tilgangen på «lik og rettferdig» helsehjelp. Dette vil da stride imot den sosiale bærekraftdimensjonen, selv om det kanskje vil kutte noen kostnader for det offentlige, og dermed kanskje gjøre eldreomsorgen mer økonomisk bærekraftig. Informantene foreslår at vi kan ta i bruk studenter på en ny måte, eller vi kan se

på hvordan familien og pårørende eventuelt kan ta over en del av ansvaret. Videre mener informantene at kommunikasjon mellom institusjoner-leger-pårørende burde bli bedre, og at kunnskapsnivået må heves – både blant ansatte, men også blant pårørende. Det krever mer kursing av ansatte, noe som et av sykehjemmene har økt fokuset på. Ledernes rolle og holdninger er avgjørende i forhold til beslutninger om utvikling og innovasjon, ifølge forskning, og dette var også noen av informantene bevisst på.

I forhold til teknologi så nevnes det at teknologi kan spille en viktig rolle i møte med en større eldrebølge, og at teknologi kan bidra til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig. Samtidig er informantene forbeholdne rundt teknologiens rolle i demensomsorgen – noe som også forskning har vist, at mange er skeptiske til hvorvidt demente kan dra nytte av velferdsteknologi, og at forskning i forhold til akkurat det burde bedres eller prioriteres. I forhold til hvorvidt velferdsteknologi generelt har eller kan bidra til å gjøre eldreomsorgen mer bærekraftig, er der en viss uenighet. Noen opplever egen institusjon som underfinansiert, og noen føler ikke et behov for til dømes GPS eller avanserte alarmsystemer. Moderne teknologi som roboter som utfører omsorg ser ikke alle for seg.

Informantene mener videre at vi er nødt til å tenke utenfor boksen, og noen av dem mener familie og pårørende kanskje vil bli nødt til å ta et større ansvar for omsorgen av sine eldre, da det ellers vil være vanskelig å imøtekomme det økende behovet. For eksempel så kan pårørende ta ansvar når det gjelder sykehus eller legebesøk – noe i dag institusjonene er ansvarlige for. En annen utfordring noen av lederne opplever, er at det er vanskelig å rekruttere helsepersonell. I forhold til det mener de at samfunnet og staten må mer på banen for å gjøre yrket mer attraktivt. Tilbud om kompetanseheving av egne ansatte burde finansieres bedre av det offentlige, og at lønn generelt sett burde økes for å tiltrekke flere til yrket. Man ønsker også mer fokus på mental helse blant ansatte i eldreomsorgen, og at et tilbud der en kan snakke om tunge følelser og om livet generelt sett kanskje vil kunne bidra til å holde flere i yrket.

Informantene mener at det overnevnte alene ikke er løsningen, og at vi som samfunn kanskje også er nødt til å snakke om ukomfortable og såre temaer, som for eksempel hvordan eldre ser på sin egen alderdom, og hvorvidt de for eksempel ønsker å bli holdt kunstig i live.

Til slutt uttrykkes et ambivalent forhold til fremtiden, der noen er optimistisk og mener vi skal klare å finne en løsning på eldrebølgen, mens andre er mer pessimistisk og opplever at det blir gjort for lite for å løse problematikken. Flere av informantene uttrykte også en viss engstelse for sin egen alderdom; en usikkerhet om vi som samfunn vil klare å omstille oss på en måte som gjør eldreomsorgen bærekraftig, samtidig som kvaliteten forblir den samme.

Kapittel 6 - Avslutning

6.1 Oppsummering

Gjennom denne oppgaven har jeg presentert mitt arbeid med bærekraftig eldreomsorg, hvor jeg har intervjuet mennesker som har hatt ledende oppgaver i norsk eldreomsorg. Problemstillingen jeg ønsket å besvare, er som følger: *Hvordan bærekraftshensyn påvirker eldreomsorgen og hva som er utfordringene og mulige løsninger, sett i et ledelsesperspektiv.*

I begynnelsen av oppgaven presenterte jeg tematikk, sentrale begreper og gangen i oppgaven, hvor jeg gjorde rede for hva oppgaven handler om og hvordan oppgaven er strukturert. Neste kapittel handlet om bakgrunnen for oppgaven og her presenterte jeg blant annet min motivasjon for å arbeide med den samt bakteppet for hvordan norsk eldreomsorg er strukturert, den demografiske utviklingen i Norge, samt en beskrivelse av utfordringer i forhold til bærekraft i eldreomsorgen, samt hvilke løsninger staten peker på.

I teorikapitlet definerte jeg sentrale begrep som blant annet «eldrebølgen», «bærekraftig utvikling», «bærekraftig eldreomsorg», og «velferdsteknologi». Videre redegjorde jeg for teori og forskning på disse begrepene, og annen relevant forskning som omhandler utvikling og fremskritt innenfor eldreomsorg. Her presenterte jeg også teori om ledelse.

Videre presenterte jeg et kapittel som omhandler metodikk, det vil si mine valg og fremgangsmåter for å innhente data. Jeg drøftet fordeler og utfordringer med metodevalget, og jeg illustrerte hvordan jeg har gått frem i datainnsamlingen for å skaffe meg et best mulig datamateriale for analyse og drøfting.

Til slutt drøftet jeg og analyserte datamaterialet som jeg innhentet gjennom intervju. Her presenterte jeg fire informanters tanker og ideer om hvordan norsk eldreomsorg kan bli bærekraftig i møte med eldrebølgen.

6.1.2 Sentrale funn

Jeg har i denne analysen presentert utfordringene i forhold til bærekraftdimensjonene som eldreomsorgen står ovenfor, sett i fra et ledelsesperspektiv. Informantene mine har gjort rede for sine syn på hvorvidt norsk eldreomsorg er bærekraftig, og presentert noen ideer eller tiltak som de mener kan bidra til å gjøre omsorgen mer bærekraftig. Dersom vi som samfunn klarer å lytte til noen av disse ideene, så mener jeg at mye er gjort. Utfordringen ligger kanskje delvis i å få disse ideene frem i lyset, noe jeg jo håper denne oppgaven kan bidra litt til. Uansett hvilke planer og ideer vi som samfunn vil ta i bruk for å møte utfordringen, så er det ifølge mine informanter ikke tvil om at det per dags dato blir gjort for lite, og

at norsk eldreomsorg ikke er bærekraftig. Eldreomsorgen er preget av sammensatte utfordringer, der hovedutfordringen enkelt og greit ligger i at vi blir flere eldre. Per dags dato er kanskje de sosiale forholdene og behovene for pasientene ivaretatt, men da delvis på bekostning av de ansattes velvære, noe som kanskje kan sees i lys av at mange sykepleiere gir seg i yrket etter ti år. For å løse dette mener noen av informantene mine at vi må utdanne og ansette flere sykepleiere, samtidig som lønninger må opp, og kanskje turnuser endres. For å få til dette, så vil den økonomiske dimensjonen i bærekraftbegrepet ikke bli ivaretatt – noe som indirekte også bidrar til at dimensjonen som omhandler klima og miljø ikke blir prioritert, da norsk økonomi enda ikke er særlig klimavennlig eller grønn. Med disse vurderingene som grunnlag vil jeg påstå at norsk eldreomsorg per dags dato ikke er bærekraftig, og at det kan se ut som om vi fortsatt har et langt stykke å gå før vi vet hvordan vi skal håndtere eldrebølgen. Det som gir grunn til bekymring, er at eldrebølgen allerede er her, og at omsorgsbehovet vil tilta betydelig de kommende år.

6.2 Veien videre

Min konklusjon på bakgrunn av min analyse er at det synes nødvendig med en nytenkende og flersidig tilnærming til problematikken. For å lykkes med å løse utfordringen, så finnes det simpelthen ikke en løsning som kan tas i bruk. Det kreves løsninger som kan supplere hverandre, der teknologi vil være viktig, men også hvordan vi strukturerer boformene for eldre, samt at vi må tenke nytt i forhold til personal. Mange kommuner jobber i dag allerede mye med for eksempel boformer, og legger til rette for blant annet omsorg pluss.

6.2.1 Behov for videre forskning

Videre satses det mye på velferdsteknologi, ifølge informantene. Denne teknologien må sees på som et supplement, og som en del av løsningen på eldrebølgen. Velferdsteknologi blir i dag i forskjellig utstrekning tatt i bruk ved sykehjem, og til en viss grad bidrar teknologien til å frigjøre ressurser. Likevel fremheves det at det er per dags dato for lite forskning på blant annet dementes bruk av velferdsteknologi, en gruppe som kanskje vil kunne dra mest nytte av teknologiske hjelpemidler. Ifølge informantene er det også behov for mer forskning på boformer for eldre. Det er blitt gjennomført en del forskning, og det prøves ut alternative løsninger for hvordan eldre kan bo, men informantene opplever at det ikke er tilstrekkelig.

6.2.2 Politisk satsing

En del politikere ser i dag ut til å gjemme seg bak satsing på velferdsteknologi ifølge informantene, men dette vil ikke være tilstrekkelig for å løse utfordringen. Det vil være nødvendig for politikere å også ta opp vanskelige tema i den offentlige debatten, blant annet tema som omhandler hvorvidt vi skal opprettholde livsforlengende behandling for kronisk syke, sengeliggende pasienter. Dette er i dag individuelle vurderinger, og det vil være en stor lettelse for alle parter om mennesker kan gjøre rede for sine ønsker før de ender opp i en slik situasjon, da de på det tidspunktet kanskje ikke vil kunne uttrykke sine ønsker. Dette vil kreve at politikere tar opp tematikken, og det vil kreve at vi som enkeltindivid våger å tenke på vår egen alderdom og tar stilling til svært vanskelige spørsmål.

Norsk eldreomsorg oppleves av mine informanter ikke som bærekraftig. Vi klarer å imøtekomme noen av bærekraftdimensjonene, men på bekostning av andre. For at vi skal kunne si at norsk eldreomsorg er bærekraftig, er det nødvendig at alle tre bærekraftdimensjonene er ivaretatt og er i harmoni. Dette er de per dags dato ikke, og det ser ut som om det kan bli vanskelig å oppnå det i nærmeste fremtid slik utviklingen ser ut i dag, med mindre det gjøres betydelige strukturelle endringer.

Kapittel 7 - Litteratur

Andreassen, Kim Einar (2018, 28. august) Takler eldrebølgen med roboter

<https://www.uib.no/samfunnsutfordringer/118543/takler-eldreb%C3%B8lgen-med-roboter>
Nedlastet 11.05.2022

DNV (2020) *Energy transition Norway*

<https://www.dnv.no/energy-transition/norway-2020.html> 09.05.2022

Daatland, Svein Olav. Solem, Per Erik. (2011) *Aldring og samfunn* (2. Utg.)

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS: Bergen

Campbell, Scott. (1996). Green Cities, Growing Cities, Just Cities? Urban Planning and the Contradictions of Sustainable Development. *Journal of the American Planning Association*

CITITEK (2015) *10 Prinsipper for helsefremmende stedsutvikling*

Tønsberg kommune

Esping-Andersen, Gøsta. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*

Polity Press, Cambridge United Kingdom

Fasting, Mathilde. (2018) Eldrebølgen.

<https://civita.no/politisk-ordbok/hva-er-eldrebolgen/> Nedlastet 09.05.2022

Fasting, Mathilde. (2013) God organisering vil gi god omsorg. *Søkelys på arbeidslivet*. Årgang 30. Nr.1-2, 2013, s. 137-150

Finansdepartementet (2021) Hvor mye oljepenger bruker vi?

https://www.regjeringen.no/no/tema/okonomi-og-budsjett/norsk_ekonomi/bruk-av-oljepenger-/hvor-mye-oljepenger-bruker-vi/id450461/ Nedlastet 09.05.2022

FN (2021, 28. oktober) *Bærekraftig utvikling*

<https://www.fn.no/tema/fattigdom/baerekraftig-utvikling> Nedlastet 05.05.2022

Folkehelseinstituttet (2021) *Befolkningen i Norge*

<https://www.fhi.no/nettpub/hin/samfunn/befolkningen/> Nedlastet 09.05.2022

Gautun, Heidi. Sørvoll, Jardar (2021) Hjemmetjenester eller institusjonsomsorg? Et forvaltningskommunalt dilemma i norsk eldreomsorg. *Tidsskrift for velferdsforskning* Årgang 24, nr. 3-2021, s. 1–14. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2021-03-04>

Universitetsforlaget. Oslo

Grønmo, Sigmund. (2016). *Samfunnsvitenskapelige metoder* (2. utg.).

Vigmostad & Bjørke AS. Bergen: Fagbokforlaget

Halvorsen, Knut. Stjernø, Steinar. Øverbye, Einar. (2019) *Innføring i helse- og sosialpolitikk* (7. utg.).

Universitetsforlaget. Oslo

Hatland, Aksel. Kuhnle, Stein. Romøren, Tor Inge. (2018) *Den norske velferdsstaten* (5. utg.).

Gyldendal akademisk. Oslo

Helsedirektoratet (2020) *Årsrapport 2019* IS2923

https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/omsorg-2020-arsrapport-2019/pdf-versjon-av-rapporten/Omsorg%202020%20-%20%C3%A5rsrapport%202019.pdf/_attachment/inline/c49c345c-0449-44fa-a117-4b550a921f58:03b4f12a393080e9d5d1f5fb05925c1d6e8220a5/Omsorg%202020%20-%20%C3%A5rsrapport%202019.pdf Nedlastet 09.05.2022

Helse- og omsorgsdepartementet (Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> Nedlastet 09.11.2022

Helse- og omsorgsdepartementet. *Omsorg 2020 – Regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015-2020*

https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f9cb7/omsorg_2020.pdf Nedlastet 11.09.2020

Hofstad, Hege. Bergsli, Heidi. (2017) *Folkehelse og sosial bærekraft* (NIBR-rapport 2017:15)

<https://www.veiviseren.no/-/media/Vedlegg/Forskning/Bo-og-n%C3%A6rmilj%C3%B8-i-nye-utbyggingsomr%C3%A5der/Folkehelse-og-sosial-b%C3%A6rekraft-2017.ashx> Nedlastet 12.05.2022

Jacobsen, Dag Ingvar. Thorsvik, Jan. (2013) *Hvordan organisasjoner fungerer*

Bergen: Fagbokforlaget

Kjelvik, Julie. (2011 2. mai) *Mindre del av utgiftene går til eldre.*

<https://www.ssb.no/offentlig-sektor/artikler-og-publikasjoner/mindre-del-av-utgiftene-gaar-til-eldre> Nedlastet 09.05.2022

Kunnskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet (2021, 18. desember) *Økt opptak med 500 studieplasser i sykepleie*

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/okt-opptak-med-500-studieplasser-i-sykepleie/id2892839/> Nedlastet 11.05.2022

Milligan, C, M. Mort & C. Roberts (2010). *Cracks in the door? Technology and the shifting topology of care*, in M. Schillmeier og M. Domènech (red.): *New Technologies and Emerging Spaces of Care*

Ashgate Farnham.

Moe, Ellinor. Hauge, Åshild Lappegard. Høyland, Karin. (2021) *Bofellesskap – et bidrag til økt livskvalitet for eldre? Tidsskrift for boligforskning* Årgang 4, nr. 1-2021, s. 46–62. DOI: <https://doi.org/10.18261/issn.2535-5988-2021-01-04>

Universitetsforlaget. Oslo

Nav (2022, 31. Mars) *Alderspensjon*

<https://www.nav.no/no/nav-og-samfunn/statistikk/pensjon-statistikk/alderspension>

Nedlastet 09.05.2022

NORAD (2014) *Role of education in ending extreme poverty – Taking a global lead*

<https://www.norad.no/en/front/about-norad/news/role-of-education-in-ending-extreme-poverty--taking-a-global-lead/> Nedlastet 08.08.2022

Nærings- og fiskeridepartementet (2022) Grønt industriløft – veikart

<https://www.regjeringen.no/contentassets/1c3d3319e6a946f2b57633c0c5fcc25b/veikart-for-gront-industriloft.pdf> Nedlastet 08.08.2022

Oslo kommune (2022) Omsorg+

<https://www.oslo.kommune.no/bolig-og-sosiale-tjenester/bolig/omsorg/#gref>

Nedlastet 14.05.2022

Regjeringen (2022) Tema – Bærekraftsmålene

<https://www.regjeringen.no/no/tema/fns-barekraftsmal/id2590133/> Nedlastet 11.09.2022

Ryggvik, Helge. Smith-Solbakken, Marie. Tollaksen, Tor Gunnar. (2020) Norsk oljehistorie *SNL*

https://snl.no/Norsk_oljehistorie Nedlastet 12.05.2022

Sandstå, Birte Larsen (2020, 25. februar) Nordmenns forbruk nest høyest i Europa

<https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/artikler-og-publikasjoner/nordmenns-forbruk-nest-hoyest-i-europa> Nedlastet 09.05.2022

Sandstå, Birte Larsen (2020, 21. desember) Norges BNP per innbygger på 4. plass i Europa

<https://www.ssb.no/priser-og-prisindekser/artikler-og-publikasjoner/norges-bnp-per-innbygger-pa-4.plass-i-europa> Nedlastet 11.09.2022

Sixsmith, Andrew. Gutman, Gloria. (2013) *Technologies for Active Ageing*

Springer New York Heidelberg Dordrecht London

Skjøstad, Othilde. Hjemås, Geir. Beyrer, Svetlana (2017, 25. august) 1 av 5 nyutdanna jobber ikke i helsetjenesten

<https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/1-av-5-nyutdanna-sykepleiere-jobber-ikke-i-helsetjenesten> Nedlastet 11.05.2022

Totcheva, Catherina Ø., Vedeler, Janikke S., Slettebø, Åshild. *Forutsetninger for vellykket sosial innovasjon i sykehjem: ledernes perspektiv – en kvalitativ intervjustudie*

Norsk tidsskrift for Helseforskning nr. 1 – 2019. 15. årgang

Vaziri, Daryoush Daniel. (2018) *Facilitating daily life integration of technologies for active and healthy aging – Understanding demands of older adults in health technology design.* (Doktoravhandling Bonn-Rhein-Sieg University of Applied Sciences)

<https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-658-22875-0.pdf> Nedlastet 08.05.2022

Vik, Kjersti. (2015) *Mens vi venter på eldrebølgen: fra eldreomsorg til aktivitet til deltakelse*
Gyldendal akademisk. Oslo