



---

# MELLOM IDEAL OG VIRKELIGHET

---

En kvalitativ studie om etterlevelsen av lovverket i eldreomsorgen



**TONJE STANGENES-TELLEFSEN**

**SILJE SLETTEBAKKEN**

**VEILEDER**

**INGER BEATE LARSEN**

**UNIVERSTETET I AGDER, VÅR 2024**

**FAKULTET FOR HELSE- OG IDRETTSVITENSKAP**

**INSTITUTT FOR PSYKOSOSIAL HELSE**

## Forord

Vår vei mot dette masterprosjektet startet første dagen på psykososial helse studiet, der vi som har skrevet denne masteroppgaven sammen fant en felles interesse og et vennskap som har vart gjennom alle fire studieårene. Vi arbeider begge i eldreomsorgen og har samarbeidet på en rekke gruppeoppgaver. Vår felles lidenskap for å sikre verdighet og omsorg for våre eldre drev oss til å utforske dette nærmere.

Vi ønsker å rekke en stor takk til alle deltakerne i studien. Uten deres bidrag ville ikke dette arbeidet vært mulig. Vi har blitt rørt av deres engasjement, kunnskap, berikende skildringer og genuine ønske om en verdig eldreomsorg.

En hjertelig takk rettes også til førsteamanuensis Kristin Margrethe Briseid, som gjennom sitt inspirerende engasjement har ledet oss til å utforske verdighetsgarantiforskriften og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene inn mot eldreomsorgen.

Vi ønsker også å takke Universitetet i Agder, selv om vi må trekke et ørlite minuspoeng for tiden brukt til å lete etter parkeringsplass. Vår veileder, professor Inger Beate Larsen, fortjener en spesiell takk for sitt engasjement, tilgjengelighet og uvurderlig veiledning gjennom hele prosessen. Hennes tro på oss og våre ideer har vært en enorm motivasjonskilde.

Takk til vår støttende heilagjeng bestående av familie, venner og kjærester, for deres uendelige støtte, oppmuntring og praktisk hjelp gjennom timelange korrekturlesninger og fruktbare diskusjoner. Vi er dypt takknemlige for den betingelsesløse kjærligheten og forståelsen dere har vist oss. Uten det ville dette prosjektet vært langt mer krevende å gjennomføre. Dere har vært en kilde til inspirasjon og energi gjennom hele prosessen.

Til slutt vil vi rette en stor takk til hverandre. Skriveprosessen har vært en givende reise, der samarbeidet har vært en uvurderlig støtte. Vi har diskutert og ledd, grått sammen over nedturer og gledet oss sammen over oppturer. Vi har kjeftet på hverandre, men mest av alt støttet hverandre. Vi har vært gjensidig rause, og oppfordret hverandre til å ta var på egen psykososiale helse opp i det hele. Om det har vært å ta seg tiden til å trene, sove litt lenger, spise god næringsrik mat, ta kaffepauser, frisk luft, høre på rapmusikk, eller være sammen med våre kjære. Oppmuntrende ord og utallige «high fives» har gjort at vi omsider har kommet i mål. Vi gleder oss til fortsettelsen, og til å ta fatt på flere prosjekter sammen!

Silje Slettebakken og Tonje Stangenes-Tellefsen

## Sammendrag

**Bakgrunn:** Eldreomsorgen angår oss alle, og den norske velferdsstaten står ovenfor en kommende eldrebølge med lav helsepersonelldekning. Tidligere forskning antyder at eldre ofte oppleves som en økonomisk byrde for samfunnet. Dette avspeiles i samfunnets diskriminerende holdninger, noe som utfordrer vår ivaretagelse av dem.

**Hensikt og problemstilling:** Hensikten med studien er å få økt kunnskap om hvordan ansatte på ulike systemnivåer i helsevesenet tilstreber at forskriftene blir praktisert i eldreomsorgen. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling utarbeidet: Hvordan arbeider mennesker på ulike systemnivå for å sikre at lovverket blir praktisert i eldreomsorgen?”.

**Metode:** Studien har et kvalitativ design, der datamaterialet ble innhentet ved bruk av semistrukturerte individuelle intervjuer av syv deltakere. Refleksiv tematisk analyse ble anvendt som analysemetode.

**Resultater:** Gjennom intervjuene kom det frem at psykososiale behov nedprioriteres i eldreomsorgen til fordel for mer presserende behov. Det ble beskrevet at manglende ressurser, organisatoriske utfordringer, varierende kunnskap vedrørende lovverk, og negative holdninger førte til utfordringer med å etterleve forskriftene. Tilsynsordningene prioriterte ikke psykososial helse i eldreomsorgen. Videre ble det berettet om lav klagefrekvens og avviksrapportering, til tross for flere forskriftsbrudd. Til tross for at kommunene har overordnet ansvar, fremsto eldreomsorgens ansvarsfordeling kompleks og uklar.

**Konklusjon:** Studien beskriver et gap mellom forskriftenes intensjon om å sikre en verdig eldreomsorg og praksis. For å etterleve forskriftene kreves økt prioritering av eldres psykososiale helse, samt holdningsendringer, bedre opplæring og ressursfordeling. I tillegg fremstår økt samarbeid på tvers av organisatoriske nivåer avgjørende for å sikre en verdig eldreomsorg.

**Nøkkelord:** Psykososial helse, eldreomsorg, velferdsstat, helselovgivning, helhetlig omsorg.

## Abstract

**Background:** Elderly care concerns us all, and the Norwegian welfare state is facing a wave of elderly people with low healthcare staff coverage. Previous research suggests that the elderly are often perceived as a financial burden to society. This is reflected in society's discriminatory attitudes, which challenges our care for them.

**Research question and aim:** The purpose of the study is to gain knowledge about how employees at different service levels in the health care system strive to implement regulations in elderly care. The following research question was formulated: "How do people work at different service levels to ensure that the legislation is put into practice in elderly care?"

**Method:** The study has a qualitative design, and the data material was collected through semi-structured individual interviews with seven participants. Reflexive thematic analysis was used as an analysis method.

**Results:** Through the interviews, it emerged that psychosocial needs are given lower priority in elderly care in favor of more urgent needs. It was described that lack of resources, organizational challenges, varying knowledge regarding legislation, and negative attitudes led to challenges in complying with the regulations. Furthermore, supervision of psychosocial health was not prioritized, and there were reports of a low frequency of complaints and deviation reporting, despite several regulatory breaches. Even though the municipalities have overall responsibility, the distribution of responsibilities for the elderly care appeared complex and unclear.

**Conclusions:** The study describes a gap between the regulations' intention to ensure dignified elderly care and practice. In order to comply with the regulations, increased prioritization of the psychosocial health of the elderly is required, as well as changes in attitude, better training and resource distribution. In addition, increased collaboration across organizational levels appears essential to ensure dignified elderly care.

**Key words:** Psychosocial health, elderly care, welfare state, health legislation, holistic care.

# Innhold

<b>1.0 INNLEDNING .....</b>	<b>6</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema .....	7
1.2 Hensikt.....	8
1.3 Problemstilling .....	8
<b>2.0 TIDLIGERE FORSKNING .....</b>	<b>10</b>
<b>3.0 TEORETISK RAMMEVERK.....</b>	<b>12</b>
3.1 Psykososial helse .....	12
3.2 Velferdsstatens ivaretagelse av eldre med hjelpebehov .....	13
3.3 Velferdsstatens rettigheter hjemlet i lov .....	14
3.4 Velferdsstatens kapasitetsproblem .....	15
3.5 En velferdsstat som diskriminerer .....	16
<b>4.0 METODE .....</b>	<b>17</b>
4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted.....	17
4.2 Valg av forskningsmetode .....	18
4.2.2 Kvalitativt intervju.....	19
4.3 Deltakerne og rekrutteringsprosessen.....	20
4.4 Refleksiv tematisk analyse .....	22
4.4.1 Fase 1: Gjøre seg kjent med datamaterialet og transkribere .....	23
4.4.2 Fase 2: Generer foreløpig koder av data .....	23
4.4.3 Fase 3: Søke etter temaer .....	24
4.4.4 Fase 4 og 5: Revider, definer og navngi endelige temaer.....	25
4.4.5 Fase 6: Produser rapporten .....	25
4.5 Metodekritikk .....	25
4.6 Forforståelse .....	27
4.7 Etske overveielser.....	28
<b>5.0 FUNN.....</b>	<b>30</b>
5.1. Variert kunnskap om og ulik tolkning av forskriftene .....	30
5.1.1 Kunnskap om forskriftene .....	30
5.1.2 Ulik tolkning av forskriftene.....	32

5.1.3 Veiledning i forskriftene .....	33
5.2 Forekomst av brudd på forskriftene.....	34
5.3 Reaksjoner på forskriftsbrudd .....	36
5.3.1 Klager .....	36
5.3.2 Avviksrapportering .....	37
5.4 Organisering, struktur og prioritering.....	39
5.4.1 Manglende ressurser .....	40
5.5 Holdninger i eldreomsorgen .....	42
5.6 Tilsyn på forskriftene.....	44
5.7 Ansvarsfordeling i eldreomsorgen.....	45
5.8 Oppsummering og refleksjoner .....	47
<b>6.0 DRØFTING .....</b>	<b>48</b>
6.1 Organisering og uklar ansvarsfordeling i eldreomsorgen.....	48
6.2 Prioriteringsutfordringer i eldreomsorgen .....	50
6.3 Manglende kunnskap og opplæring i eldreomsorgen .....	53
6.4 Manglende avviksrapportering i eldreomsorgen .....	54
6.5 Manglende klager og tilsyn i eldreomsorgen .....	55
6.6 Varierende holdninger i eldreomsorgen .....	57
6.7 Reliabilitet .....	60
6.8 Validitet .....	60
6.9 Studiens relevans og overførbarhet .....	61
<b>7.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR .....</b>	<b>63</b>
<b>8.0 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING.....</b>	<b>65</b>
<b>LITTERATUR.....</b>	<b>67</b>
<b>VEDLEGG 1: GODKJENNINGSDOKUMENT FRA SIKT.....</b>	<b>71</b>
<b>VEDLEGG 2: GODKJENNINGSDOKUMENT FRA FEK.....</b>	<b>72</b>
<b>VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV .....</b>	<b>73</b>
<b>VEDLEGG 4: INFORMERT SAMTYKKE.....</b>	<b>75</b>
<b>VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE .....</b>	<b>76</b>

## 1.0 INNLEDNING

Denne studien handler om hvordan lovverket praktiseres av ansatte på ulike systemnivåer i helsevesenet for at eldre med hjelpebehov skal få en verdig alderdom.

Vi lever i et samfunn med en stadig voksende andel eldre, og et helsevesen som potensielt står ovenfor en stor utfordring med å garantere nok helsepersonell i årene som kommer (Jia et al., 2023, s. 75). Ifølge Gleditsch (2020) vil andelen mennesker som er over 70 år fordobles innen 2060. Andelen mennesker som er over 80 år vil tredobles, og andelen som er over 90 år vil femdobles. Samtidig viser Jia et al., (2023, s. 17) at det ikke er nok helsepersonell som utdannes for å møte den kommende aldringen av befolkningen. I 2019 var allerede underdekningen av blant annet sykepleiere på omkring 5 500, og underdekningen av de fleste grupper av helsepersonell vil sannsynligvis øke de nærmeste årene.

I 1998 kom den mye omtalte opptrappingsplanen for psykisk helse som skulle være en omfattende satsning for at enhver person med psykiske utfordringer skulle kunne mestre eget liv. Dessverre er personer over 65 år helt utelatt fra planen (St. prp. nr. 63 (1997-98)). Videre vet vi at eldre topper resultatlisten når det gjelder medikamentforbruk i form av psykofarmaka (Berg, 2018, s. 8-17). Det fremstår dermed tankevekkende at de eldre er underrepresentert i tjenester for psykisk helsearbeid. Gitt den aldrende befolkningen konkluderer forskningsrådet (2009, s. 130) med at det er behov for en betraktelig utbedring av psykisk helsetilbud til eldre og at det kan late til å bli en av de største utfordringene velferdsstaten står overfor.

Paradoksalt nok har vi en rekke lover og regler i Norge som skal sikre en verdig alderdom, blant annet ved at eldre skal få dekt sine grunnleggende behov. Hva som defineres som grunnleggende behov er konkretisert i kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene som blant annet sier at “den enkelte bruker får de tjenester vedkommende har behov for til rett tid” (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3). I 2010 ble også forskrift om verdig eldreomsorg hjemlet i lov. Den har som formål at eldreomsorgen skal legge til rette for en alderdom som er verdig, trygg og meningsfull i samsvar med individuelle og grunnleggende behov (Verdighetsgarantien, 2010, § 1).

Det er skremmende å se for seg hvordan fremtidens eldreomsorg vil se ut ettersom vi allerede ser en rekke eksempler i forskning og media som vitner om en lite verdig alderdom, som følge av at lovverket ikke etterleves. Sterke skildringer i NRKs brennpunkt dokumentar, «omsorg

bak lukkede dører», viser hvordan overarbeidede og sykemeldte helsearbeidere erfarer en eldreomsorg som verken gir riktig eller god nok behandling. I tillegg kunne det se ut som at den tidligere helse- og omsorgsminister hadde glemt eller rett og slett ikke visste hva som lå i god helse og omsorg.<sup>1</sup> Ingvild Kjerkol stilte nemlig krav til at helsesektoren må effektiviseres og prioritere, samtidig som hun la store deler av ansvaret over på hver enkelt av oss for utviklingen av vår egen alderdom.

Hvor ligger ansvaret for en god eldreomsorg? Ligger det, som Kjerkol sa, i en selv, eller ligger det i statens hender dersom du mottar helsehjelp? Og hva er god eldreomsorg? Er det nok at du fungerer fysisk, selv om den psykososiale helsen rakner? Eller er god eldreomsorg et helhetlig tilbud som rommer både den fysiske, psykiske og sosiale helsen? Vi vil utelukkende tro det er det sistnevnte. For oss ser det derfor ut som at velferdsstaten Norge foreløpig mestrer oppgaven “eldreomsorg” relativt dårlig. Vi har allerede et lovverk på plass som skal verne om denne gruppen, men hvordan kan helsepersonell klare å arbeide i tråd med lover og regler når ikke engang de som styrer velferdsstaten ser ut til å ta dem på alvor?

## 1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi arbeider selv i eldreomsorgen og opplever at eldre er en gruppe som tidvis blir tilsidesatt og behandlet som en byrde for velferdsstaten. Dette harmonerer med (2002) som beskriver alderdommen som en belastning for dagens samfunn. Til tross for at velferdsstaten har gitt økonomisk trygghet til eldre, mangler den mening. Eldre blir klienter av velferdsstaten uten å oppnå sosial anseelse og innflytelse, da status i samfunnet i stor grad er knyttet til nytteverdi i form av å yte og bidra (Daatland & Solem, 2002 s. 13, 115). Dette reiser spørsmålet om verdien av eldre liv og hvorvidt samfunnet verner nok om dem, spesielt når de ikke lengre bidrar økonomisk til velferdsstaten. Ønsker vi virkelig at et liv skal miste sin verdi før livet faktisk er over? De aller fleste av oss vil streve med å være enig i denne påstanden, men for oss er opplevelsen at det nettopp er dette som er tilfellet i store deler av feltet. Kan det være ubevisste holdninger mot denne gruppen som bidrar til å tillate diskriminering gjennom manglende etterlevelse av lovverket som stiller krav til eldreomsorgen?

---

<sup>1</sup> Statsministerens kontor annonserte 12/4/2024 at Ingvild Kjerkol fratrer fra sin stilling som helse- og omsorgsminister (Statsministerens kontor, 2024). Nyvalgt helse- og omsorgsminister Jan Christian Vestre har foreløpig ikke kommet med noen signaler vedrørende tematikken.



Marginaliseringen av den eldre befolkningen er interessant ettersom det er de eldre som har banet vei for det sikkerhetsnett vi har i velferdsstaten i dag (Daatland & Solem, 2000, s. 197-202). Kanskje er det på tide å anerkjenne deres bidrag til vår velferdsstat, fremfor å neglisjere dem. Videre er aldri noe som berører oss alle gjennom hele livet, så hva når det til slutt rammer deg selv og dine? Det er nemlig det som er unikt med dette feltet. De aller fleste av oss er eller kommer til å bli pårørende til eldre med et hjelpebehov, og til slutt blir de aller fleste av oss eldre selv. Av den grunn er vi nysgjerrige på hvilke verdier vår velferdsstat bygger på og hvordan vi ønsker at velferdsstaten skal ivareta eldre med hjelpebehov ved hjelp av lovverket.

## 1.2 Hensikt

Hensikten med studien er å undersøke hvordan ansatte på ulike systemnivåer i helsevesenet tilstreber at kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003) blir ivaretatt og praktisert i eldreomsorgen. Vi søker å utforske om den bidrar til å oppfylle intensjonen om å gi eldre et helhetlig tjenestetilbud som blant annet dekker sosiale behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 3). På samme måte ønsker vi å undersøke om de ansatte arbeider for å etterleve Verdighetsgarantien (2010) som skal sikre at eldre opplever en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Dette inkluderer retten til samtaler om eksistensielle spørsmål og muligheten til å komme seg ut (Verdighetsgarantien, 2010, § 1, § 3). Basert på ansatte som arbeider på ulike systemnivåer lurer vi på om de eldre får et helhetlig tjenestetilbud med de rette tjenestene til rett tid? Dekker et helhetlig tjenestetilbud også det psykiske og sosiale aspektet ved eldre sin helse? Opplever ansatte i helsevesenet at eldre med hjelpebehov får en verdig, trygg og meningsfull alderdom i møte med helsevesenet? Følgelig har studien som mål å øke kunnskapen og forståelsen vedrørende ivaretagelse av eldre sin psykososiale helse.

## 1.3 Problemstilling

En rekke eksempler som vitner om en lite verdig alderdom, ga oss en indikasjon på at lovverket ikke praktiseres godt nok i eldreomsorgen. På bakgrunn av dette ble følgende problemstilling formulert: "Hvordan arbeider mennesker på ulike systemnivå for å sikre at lovverket blir praktisert i eldreomsorgen?".

For å bidra til å få svar på problemstillingen har vi formulert følgende forskningsspørsmål:

1. Hvordan påvirker statlige lover kvaliteten på omsorgen eldre mottar, og hvordan erfarer ansatte i helse- og omsorgssektoren håndhevelsen av dem?
2. Hva er utfordringene helsevesenet står overfor for å sikre at lover knyttet til eldreomsorg implementeres på en konsis og effektiv måte?
3. Hvordan påvirker samfunnets holdninger til eldre hjelpetrengende implementeringen og håndhevelsen av lover knyttet til deres omsorg, og hvilke skritt kan tas for å flytte disse holdningene i en positiv retning?

## 2.0 TIDLIGERE FORSKNING

Vi erfarte tidlig at eldreomsorgen er et forskningssvakt område. Helsevesenet er dessuten organisert ulikt med ulike lovverk fra land til land. Vi forsøkte følgelig å finne forskning om det norske lovverket rettet mot eldre med hjelpebehov sin psykososiale helse. Fordi det var få treff har vi valgt å supplere med politiske dokumenter, samt søkt på forskning fra vestlige land om psykososial helse, psykisk helse og sosial helse til eldre med hjelpebehov.

Briseid (2017) utførte en etnografisk forskningsstudie om kommunale helse- og omsorgstjenesters ivaretagelse av eldre med psykiske helseproblemer. I prosjektet “On the old and the new: An ethnographic study of older people’s mental health services in a changing welfare state” beskriver hun hvordan endringer i velferdsstaten kan hindre helsepersonell fra å oppdage alvorlige psykiske helseproblemer hos eldre, på grunn av nye organiseringsmønstre. Som en konsekvens blir psykiske helseproblemer hos eldre underbehandlet. De nye organiseringsmønstrene kan også føre til at prioriteringer oppfattes som aldersdiskriminerende, ved at eldre har dårligere tilgang til psykisk helsehjelp enn yngre, og at det forekommer en nedprioritering av psykososiale dimensjoner i kommunal eldreomsorg.

Psykisk helsehjelp er ikke det eneste feltet der eldre er underbehandlet. Den kvalitative studien «Sosial omsorg– fra blind flekk til sentralt innsatsområde i hjemmebasert eldreomsorg?» av Munkejord et al. (2018) retter oppmerksomheten mot negative funn som viser at eldre opplever ensomhet og isolasjon. I tillegg trekkes det frem at omsorgsgivere ofte har begrenset tid til å gi den nødvendige sosiale omsorgen på grunn av tidspress og knappe ressurser. Dette kan føre til at eldre ikke får den hjelpen de trenger for å opprettholde en god livskvalitet.

Det kan på mange måter virke som om velferdsstaten har et stort økonomisk press på seg i møte med den stigende eldrebølgen. Heidi Haukelien (2021) har undersøkt hvordan eldre blir fremstilt i politiske dokumenter, og hvilken betydning dette har for utformingen av praksis. Gjennom artikkelen «Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten» diskuterer hun utfordringene knyttet til den aldrende befolkningen og økt behov for omsorgstjenester i en tid med stramme offentlige budsjetter og økende privatisering av eldreomsorgen. Haukelien peker på behovet for å sikre tilstrekkelige ressurser og kompetanse for å møte eldres behov, samt å utvikle en helhetlig og koordinert eldreomsorg som inkluderer både hjemmebaserte og institusjonsbaserte tjenester. Artikkelen understreker også viktigheten av å anerkjenne eldre

menneskers rettigheter og verdighet, og å jobbe for å redusere aldersdiskriminering i eldreomsorgen.

Halvard Vike (2013) utarbeidet «Maktens samvittighet: om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten» sammen med Bakken, Brinchmann, Haukelien og Kroken. Vike presenterer et kvalitativt forskningsprosjekt om lokalpolitiske prosesser. Hensikten var å øke engasjement for og kunnskapen om hvordan hverdagslivet blir berørt av velferdsstatens rammeverk. Gjennom feltarbeid og analyser peker Vike på hvordan ulike aktører i helse- og omsorgssektoren, som politikere, ledere, tjenesteytere og innbyggere navigerer i et komplekst landskap. Videre identifiserer prosjektet dilemmaer knyttet til ressursutnyttelse, prioriteringer og fordelinger av velferdstjenester, og hvordan dette følgelig påvirker tjenestetilbudet for innbyggere på lokalt nivå.

## 3.0 TEORETISK RAMMEVERK

I dette kapitlet har vi først valgt å redegjøre for begrepet psykososial helse og presentere de forskriftene vi har valgt å ta utgangspunkt i. Videre har vi utforsket og innhentet relevant teori etter å ha analysert datamaterialet. Erfaringene til de ansatte på ulike systemnivåer i helsevesenet har vært en inspirasjon til å undersøke hvordan velferdsstaten ivaretar eldre sin psykososiale helse gjennom lover, forskrifter og holdninger. Dette har ført til teorier om omsorg, velferdsstatens oppbygging og diskriminering av eldre, som kan kaste lys over betydningen av helhetlig omsorg, samt strukturelle og samfunnsmessige faktorer som påvirker eldreomsorgen. Vi har i tillegg valgt å supplere med politiske dokumenter som understøtter praksisen i en kompleks velferdsstat.

### 3.1 Psykososial helse

I dag søker flere mennesker helsevesenet for å få hjelp til diffuse plager som er vanskelige og identifisere. Plagene er ofte knyttet til livskriser relatert til brudd i sosiale relasjoner. Mange opplever også sosiale problemer fordi de ikke har meningsfylte oppgaver, en verdsatt rolle i samfunnet, er ensom eller diskriminert (Kristoffersen, 2015, s. 179).

Litteraturen poengterer betydningen av et helhetsperspektiv der mennesket er mer enn summen av delene (Bøe & Thomassen, 2017, s. 15; Haugsgjerd et al., 2009, s. 267; Norvoll, 2013, s. 25-26). Det handler om at ikke bare fysiske aspekter ved helsen skal bli ivaretatt, men også den psykiske og den sosiale (Haugsgjerd et al., 2009, s. 267).

Regjeringen har følgende definisjon på hva som kjennetegner god psykisk helse. «God psykisk helse betoner trivsel og opplevelse av god livskvalitet, mening med tilværelsen, og evne til å mestre hverdagens utfordringer, samt fravær av alvorlige psykiske plager og lidelser» (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 9). Sosiale relasjoner virker også å ha en viktig betydning for forekomst av psykiske problemer og for bedringsprosessene (Topor, 2015, s. 248).

Et begrep som omhandler både psykiske og sosiale faktorer som påvirker helsen og mental fungering, er psykososial helse. Sosiale faktorer kan inkludere oppvekstmiljø og arbeidsmiljø,

mens psykiske faktorer refererer til hvordan en person håndterer disse faktorene. Psykososial helse er resultatet av et samspill mellom individuelle og sosiale faktorer (Svartdal, 2020).

### **3.2 Velferdsstatens ivaretagelse av eldre med hjelpebehov**

Store deler av den norske befolkningen får hjelp av velferdsstaten på ulike måter og ulike tidspunkt i livet. Barn, unge, voksne og gamle (Vabø, 2014, s. 11). Velferdsstaten er bygd på verdiene om menneskeverd, solidaritet, rettferdighet, likebehandling, personlig frihet, autonomi, rettssikkerhet, forutsigbarhet og åpenhet. Dette har blitt utviklet gjennom en demokratisk prosess med hensikt om å sikre alle borgere like muligheter gjennom universelle velferdsordninger og lik tilgang til tjenester for alle (NOU, 2014, s. 25).

Rammene for helsetjenesten er regulert gjennom ulike lover og forskrifter definert av Stortinget. Den nasjonale helsepolitikken forvalter lovene, planene og sørger for kunnskapsheving i tjenestene. De regionale helseforetakene skal tilby spesialisert behandling i sin region, samt andre spesialiserte medisinske tjenester. Kommunene skal finansiere primærhelsetjenestene. Ansvar for spesialisthelsetjenesten er det staten som har, mens kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten og har frihet til å organisere tjenestene (Ringard, et al., 2013, s. 12-13, 16).

I takt med at forventet levealder øker og antall eldre vokser, øker også behovet for velferdsstatens helsetjenester (Vabø 2014, s.11). Helsevesenet i Norge ble utviklet som en del av velferdsstaten etter andre verdenskrig (Ringard, et al., 2013, s. 124). En av grunnpilarene i velferdsstaten er at helsevesenet skal tilby likeverdige tjenester, uavhengig av borgerens betalingsevne, kjønn, etnisitet, bosted og livsstilsituasjon. Helsevesenet har også som et overordnet mål at de skal «bedre helse for hver enkelt innbygger (NOU, 2014, s. 29, 33).

I 2018 kom «Lev hele livet» en kvalitetsreform for eldre. Den hevder å skulle bidra til at de eldre får den helsehjelpen de trenger. Reformen henviser til at strategien for god psykisk helse er å finne i «mestre hele livet» (Meld. St. 15 (2017-2018), s. 10, 64). Strategien påpeker dessverre at det er en stor kunnskapsmangel både når det gjelder forekomst av psykiske helseproblemer blant eldre og hvor godt tilbudet er tilpasset denne aldersgruppen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017, s. 37).

### 3.3 Velferdsstatens rettigheter hjemlet i lov

For å ivareta eldre med hjelpebehov har vi sentrale lover og forskrifter som skal ivareta og sikre at det blir gitt god og riktig omsorg, samt lik tilgang til tjenestene.

En svært sentral lov er Pasient- og brukerrettighetsloven ettersom den omhandler alle som mottar helsehjelp. Sentralt i loven er at «Lovens bestemmelser skal bidra til å fremme tillitsforholdet mellom pasient og bruker og helse- og omsorgstjenesten, fremme sosial trygghet og ivareta respekten for den enkelte pasients og brukers liv, integritet og menneskeverd» (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, § 1-1).

Helse- og omsorgstjenesteloven er også sentral fordi den skal verne om alle brukere som mottar tjenester fra kommunen. Her legges det særlig vekt på å sikre et likeverdig tjenestetilbud som skal fremme helse, samt forebygge sykdom og sosiale problemer. Tjenestetilbudet skal også bli gitt med respekt for den enkeltes verdighet og integritet (Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011, §1-1). I helse- og omsorgstjenesteloven finner vi også to relevante forskrifter. Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003), og forskrift om verdig eldreomsorg (Verdighetsgarantien, 2010).

Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene har som formål å sikre at tjenestemottakere får ivaretatt sine grunnleggende behov med respekt for enkelt individets autonomi, egenverd og livsførsel. Eldre skal få et helhetlig tjenestetilbud der de får dekt sine grunnleggende behov. Det gjelder både fysiologiske behov og sosiale behov (Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene, 2003, § 1, § 3).

Formålet er det samme for forskrift om en verdig eldreomsorg, også kjent som verdighetsgarantiforskriften eller verdighetsgarantien, som omhandler eldre eksplisitt og skal sikre at eldre opplever en verdig, trygg og meningsfull alderdom. Hjemlet i forskriften finner vi blant annet kravet om at eldre har rett til tilbud på samtaler om eksistensielle spørsmål, adgang til å komme seg ut og at omsorgen skal bidra til rehabilitering og habilitering (Verdighetsgarantien, 2010, § 3).

### 3.4 Velferdsstatens kapasitetsproblem

Det har vist seg å være utfordringer knyttet til åpenhet og kontinuitet i helsetjenestene, ettersom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten er organisert i to separate forvaltningsnivåer. Kommunenes store frihet til organisering av tjenestene kan i tillegg føre til ulikheter (Ringard, et al., 2013, s. 124). Ulike forventninger og føringer fra ulike departementer setter dessuten kommunene i en krevende situasjon der de må prioritere, organisere, tilegne seg oversikt og passe på helheten i et sammensatt tjenesteapparat (Schjødt et al., 2012, s. 16).

Studier belyser hvilke konsekvenser rammebetingelsene på strukturnivå og organiseringen av tjenestene kan ha for hjemmetjenestens ivaretagelse av eldre med psykiske helseproblemer (Skatvedt et al., 2015, s. 20). Det er uttrykt bekymring for at helsepersonells tid og oppmerksomhet blir mer og mer rettet mot formelle prosedyrer og dokumentasjon fremfor å bidra til velvære (Vabø, 2007, s. 183; Vabø, 2009, s. 353). Helse- og omsorgssektoren skal i dag være produktiv, effektiv og rasjonalisert. Kunnskapen har blitt standardisert og informasjon spres anstrengt, overflødig og forhastet. Pasientene er avpersonifisert og blitt objektiver for det målende øyet (Martinsen, 2005, s. 42). Videre identifiseres det utfordringer knyttet til mangel på spesialkompetanse og et enormt arbeidspress som medfører begrenset tid til å følge opp individuelle behov. Følgelig innfris ikke et helhetlig tilbud for de eldre (Skatvedt et al., 2015, s. 26).

De samme urovekkende funnene kan være overførbare til sykehjem. Kari Ingstad (2010, s. 14-16) viser til at sykehjemmene har et ideal om at de eldre sitt grunnleggende behov på alle nivå skal bli ivaretatt, men dessverre samsvarer ikke idealet alltid med realiteten. Mange sykehjemsansatte opplever at økonomiske rammer går ut over kvaliteten på omsorgen til de eldre. Informanter i studien nevner blant annet at de må prioritere helt prekære behov som hygiene, ernæring og eliminasjon, og at det ikke er noe tid og rom for trivsel. Dette har ført til at mange har gått på akkord med sine verdier og akseptere at begrensede ressurser fører til at en ikke kan arbeide utfra idealene.

En av årsakene til at kommunene ikke har tilfredsstillende tilbud til personer som sliter med psykisk helseproblemer, kan være fordi det ikke er nok øremerkede midler til slike tjenester. Dette fører til at kommunens ansvar for lik behandling i stedet blir til gruppetenkning som fører til diskriminering (Aarre, 2018, s. 171). Imidlertid kommer det frem i Håkonsen og



Løyland (2011, s. 8, 9) sin rapport at øremerkede tilskudd til kommunene kan være en av årsakene til at kommunene nedprioriterer viktige områder som blant annet eldreomsorgen. Studien hevder at verken kommunene eller nasjonen vil ha råd til å opprettholde løftene som er gitt til omsorgstjenestene.

### **3.5 En velferdsstat som diskriminerer**

Det er mye litteratur som tyder på at alderdom er forbundet med negative og stereotypiske oppfatninger i den vestlige verden (Daatland & Solem, 2000, s. 108; Hamran & Moe, 2012, s. 38; Haukelien, 2021, s. 187). Dette fenomenet er også kjent som alderisme (Butler, 1969, s. 243).

Sosiologene Cowgill og Holmes (1972) har lansert moderniseringsteorien som forsøker å forklare årsaker til at eldre diskrimineres. Sentralt i teorien er hypotesen om at eldre menneskers status og innflytelse er knyttet til hvilken nytte de har for samfunnet. Dagens moderne samfunn svekker de eldre sin posisjon i samfunnet ved at deres ferdigheter, kunnskap og egenskaper blir tilsidesatt til fordel for blant annet teknologien (Cowgill, 1972, s. 1-13).

I Norge har alle lik rett på individuelle tilpassede tjenester, samtidig som det finnes enkelte særrettigheter for noen grupper. Dessverre viser studier at kommunenes ressurser til eldreomsorg ikke samsvarer med dagens krav til pleie- og omsorgstjenestene, noe som kan være en av årsakene til at eldreomsorgen blir «utkonkurrert» av andre grupper med utvidede pasient- og brukerrettigheter (Difi, 2010, s. 47). Dessverre blir ofte forskjellsbehandlingen begrunnet med at det er «naturlig, «sånn er livet» og bruk av skjønn. Det kan oppleves legitimt å forskjellsbehandle for eksempel yngre og eldre fordi de oppfattes som ulike, til tross for at de «konkurrerer om de samme tjenestene (Hamran & Moe, 2012, s. 63).

## 4.0 METODE

En metode kan forstås som et instrument en bruker for å anskaffe data om mønstre i sosiale fenomener og de prosesser som kan forklare dem (Wadel, 2014, s. 18). I dette kapitlet redegjør vi for vår tilnærming til å svare på problemstillingen, med fokus på metodiske valg og vurderinger gjennom studien. Vi innleder med å diskutere studiens vitenskapelige grunnlag, som er inspirert av samfunnsvitenskapelige perspektiver. Deretter fremhever vi vårt valg av kvalitative intervjuer som metode. Videre presenteres utvalget og rekrutteringsprosessen, etterfulgt av en gjennomgang av datainnsamling, databehandling og analyse. Avslutningsvis diskuteres studiens kvalitet og etiske overveielser.

### 4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Ettersom vi ønsket å undersøke om eldre med hjelpebehov sin psykososiale helse blir ivaretatt av velferdsstaten gjennom lover og forskrifter, er vår studie inspirert av samfunnsvitenskapen. Dette valget er motivert av en bevissthet omkring samfunnets organisering og strukturer. Dette kan ses i sammenheng med Nygaard (2020, s. 344) som argumenterer for at mye av samfunnsvitenskapen fokuserer på å identifisere og belyse urettferdige sosiale prosesser og følgelig gi anledning til en politisk omfordeling i samfunnet som bidrar til å bedre forholdene til de som omtales som svake.

Samfunnsvitenskapelige perspektiver vektlegger ikke bare utvendige årsaksforklaringer, men også forståelse og fortolkning av menneskers subjektive meningsverden, noe som er avgjørende for å forstå deres handlingsmotiver. Mennesket betraktes som et sosialt vesen, formet av samspillet med sitt miljø, og forståelsen av menneskelig atferd tar hensyn til den gjensidige påvirkningen mellom individer og deres sosiale kontekst. Derfor skiller samfunnsvitenskapen seg fra mer individorienterte disipliner ved å fokusere på mønstre i samfunnslivet heller en individuell atferd (Norvoll, 2013, s. 13-36).

Inspirert av samfunnsvitenskapen ønsker vi å gå utover overfladiske årsaksforklaringer. Dette synet på menneskelig atferd som er forankret i sosiale kontekster og samhandlingssituasjoner gjør samfunnsvitenskapelige perspektiver særlig relevante for vår studie, som søker å forstå hvordan velferdsstatens strukturer og organisering påvirker de eldre sin psykososiale helse.

Videre forklarer Norvoll (2013, s. 21-26) at det innenfor samfunnsvitenskapen er et mangfold av vitenskapsteoretiske perspektiver og teorier som søker å forklare samfunnslivet.

Forskjellige begreper, som for eksempel sosiale roller, status, avvik og makt, benyttes innenfor disse retningene for å forklare den sosiale virkeligheten, noe som fører til variasjoner i forståelsen av samfunnet og sosiale prosesser.

Ved å anerkjenne dette perspektivmangfoldet, søker vi å være åpne for flere perspektiver og å integrere relevante innsikter fra ulike teoretiske tradisjoner i vår studie. Vår tilnærming til studien er derfor ikke begrenset til en spesifikk samfunnsteoretisk tilnærming. Det å bli inspirert av flere disipliner, som for eksempel sosiologi, statsvitenskap, kritisk teori og sosial konstruksjonisme, kan bidra til å oppnå en dypere forståelse av den sosiale virkeligheten og de komplekse prosessene som påvirker den psykososiale helsen til eldre med hjelpebehov.

## **4.2 Valg av forskningsmetode**

Den greske betydningen av metode er «veien til målet», men for å nå dette målet må en vite hvor en skal. Valget av metode styres derfor av hva en ønsker å undersøke og hvilken data en ønsker å innhente. Det er altså svært viktig at det er en sammenheng mellom problemstilling, metode og teoretisk rammeverk (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 140, 217).

I forskning skilles det vanligvis mellom kvantitative og kvalitative metoder. Begge metodene bidrar på ulike måter til å øke forståelsen av samfunnet vårt, samt hvordan enkeltindivider, grupper og institusjoner handler og samhandler (Dalland, 2020, s. 54).

I kvantitativ forskning har empirien sitt utspring i objektiv virkelighet. Datamaterialet samles gjennom noen form for målinger som er samlet gjennom sansene og som senere analyseres statistisk. Kvantitative forskere streber etter å kunne generalisere funnene til større utvalg enn de som deltok i studien, men blir kritisert for å være reduksjonistisk, da den begrenser den menneskelige opplevelsen til noen få forhåndsbestemte konsepter i stedet for å ta hensyn til erfaringene til de som studeres. Følgelig vil den ikke kunne fange opp helheten av menneskelige erfaringer (Polit & Beck, 2022, s. 7-8). På den andre siden har vi kvalitative metoder som har som mål å oppnå en dypere og kontekstuell forståelse ved å undersøke meninger og opplevelser som ikke er av målbar data (Dalland, 2020, s. 54).

Uavhengig av hvilken vitenskapsteori og metode forskere bruker, står de overfor lignende utfordringer, til tross for ulikheter i filosofi og metodologi. Valget av metode avhenger ikke bare av forskerens livssyn, men også av forskningsspørsmålet. Hvis forskeren vil undersøke effektene av et fenomen, kan en grundig kvantitativ vurdering være en gunstig metode. På den andre siden vil spørsmål som utforsker komplekse prosesser være vanskeligere å kvantifisere og krever en mer kvalitativ tilnærming (Polit & Beck, 2022, s. 9).

I vår tilnærming til problemstillingen om hvordan mennesker på ulike systemnivåer arbeider for å sikre etterlevelse av lovverket i eldreomsorgen, valgte vi bevisst en kvalitativ metode. For det første ønsket vi å dykke ned i subjektive opplevelser og perspektiver fra deltakerne i studien. For det andre erkjente vi at spørsmålet om lovpraksis i eldreomsorgen handler om komplekse menneskelige erfaringer, verdier og kontekstuelle faktorer som ikke lett kan måles i tall. På bakgrunn av dette mente vi at en kvalitativ tilnærming ville være bedre egnet vårt formål, da den tillot oss å utforske dybden og konteksten til deltakernes opplevelser og perspektiver på en mer helhetlig måte.

#### 4.2.2 Kvalitativt intervju

For å kunne utforske deltakernes subjektive opplevelser, tolkninger og perspektiver på en dypere måte opplevde vi at kvalitativt intervju som datainnsamlingsmetode var egnet for dette formålet. Ifølge Flick (2023, s. 50) baserer en stor del av kvalitativ forskning seg på bruk av samtaler, enten ved bruk av enkeltintervjuer, narrative intervjuer eller fokusgruppe intervjuer. Videre må alt dokumenteres ved lydopptak og transkribere dem til tekst som kan analyseres. Videre hevder Kvale og Brinkmann (2015, s. 42) at hensikten med det kvalitative forskningsintervjuet er å få innsikt i ulike aspekter ved intervjupersonens dagligliv, sett fra deres eget perspektiv. Forskningsintervjuet er strukturert på en måte som ligner en dagligdags samtale. Likevel skiller det seg fra en uformell samtale ved å involvere en spesifikk forskningsmetode og spørreteknikk som er utformet for å få fram relevant informasjon knyttet til forskningsformålet.

For å nå målet vårt har vi videre valgt å ha semi-strukturert intervju ettersom vi ønsket å ha en viss struktur i intervjuene ved å utforme en intervjuguide (vedlegg 5) på forhånd. Gjennom å etablere en strukturert, men likevel fleksibel ramme for samtalen, opplevde vi muligheten til å

undersøke komplekse emner og nyansene i deltakernes perspektiver og erfaringer på en god måte.

Vår interesse for å utforske deltakernes perspektiver var drevet av vår tro på at deres innsikt kunne bidra til å generere ny kunnskap og forståelse. Vi mente at deres erfaringer og synspunkter ville gi et rikere bilde av temaet og tillate oss å fange nyansene som potensielt ikke ville blitt fanget opp av kvantitative data alene. I tillegg ønsket vi å undersøke potensielle underliggende mønstre og strukturer i samfunnet som kan påvirke praktiseringen av lovverket i eldreomsorgen.

Gjennom vårt valg av en kvalitativ tilnærming, ønsket vi derfor ikke bare å svare på problemstillingen, men også å bidra til en dypere forståelse av kompleksiteten i praktiseringen av lovverket i eldreomsorgen, samtidig som vi gir stemme til deltakernes erfaringer og perspektiver. Det stemmer godt overens med Kvale og Brinkmann (2015, s. 69, 83) som beskriver at kvalitativ forskning søker etter en dypere forståelse og kunnskap om den menneskelige verden ved hjelp av intervjuer.

### **4.3 Deltakerne og rekrutteringsprosessen**

Mange kvalitative forskningsmetoder tar sikte på å henvende seg til spesifikke enkeltpersoner eller grupper som forskeren på forhånd anser som potensielle bidragsyttere til studien. Dette betegnes som et strategisk utvalg (Dalland, 2020, s. 59).

For å rekruttere deltakere til vår studie ble en grundig og strategisk utvelging benyttet. Vi ønsket å inkludere deltakere på ulike systemnivåer innad i helse- og omsorgssektoren for å få et helhetlig bilde på hvordan deltakerne opplevde at lovverket ble etterlevd i praksis.

Inklusjonskriteriene var at de jobbet i eller inn mot eldreomsorgen og at de måtte forholde seg til de ulike forskriftene. Som følge av det ble potensielle deltakere identifisert gjennom å se på organiseringen av helse- og omsorgssektoren i samfunnet, med hovedfokus på eldreomsorgen.

Følgelig valgte vi å kontakte personer som arbeider med å forvalte lovene på statlig nivå (statsforvalter), personer som er ansvarlig for eldreomsorgen i kommunene (kommunalsjefer) og personer som er ansvarlig for selve styringen i praksis (avdelingsledere). I tillegg ønsket vi å intervju personer som arbeider direkte med eldre som har et hjelpebehov.

Rekrutteringsprosessen begynte med å søke på internett etter kontaktopplysninger til relevante deltakere. Der fant vi e-post til sentralbordet til ulike statsforvaltere, kommunesjefer og avdelingsledere. Videre ble en deltaker rekruttert gjennom anbefaling av flere andre deltakere. På denne måten endte vi opp med en fra statsforvaltningen, en kommunalsjef, to avdelingsledere og en rådgiver for kvalitetssystemet.

Vi opplevde det som mer krevende å få individer som arbeidet direkte med tjenestemottakere til å stille opp på intervju. Vi benyttet informasjonsskriv (vedlegg 3) med kontaktinformasjon som vi hang opp på ulike omsorgssentre i to forskjellige fylker og flere kommuner, men fikk ingen henvendelser. Vi sendte e-post til avdelingsledere å spurte om vi kunne komme og presentere studien på flere omsorgssentre, men fikk ikke svar. Vi endte derfor opp med å rekruttere gjennom en bekjent som hadde tidligere erfaring fra eldreomsorgen og som satt oss i kontakt med flere ansatte på omsorgssentre. Dette resulterte i at to ansatte ved to ulike omsorgssentre, som arbeidet direkte med eldre som har et hjelpebehov, deltok i studien.

Personen som bidro til rekruttering, samt flere av deltakerne antydte at grunnen til at flere takket nei muligens kunne ha noe med at de var redde for å stille opp fordi de opplevde at psykososial helse arbeides for lite med. Dermed ble det antydte at de kanskje fryktet å bli «tatt» for og ikke gjøre jobben sin. Dette synes vi i seg selv var interessant informasjon ettersom de aktuelle personene tidligere har arbeidet lenge i eldreomsorgen. I tillegg ble dette også enda en påminnelse for oss om å være bevisst vår rolle som forsker og hvilke ulike følelser som potensielt da kunne oppstå hos deltakerne som ønsket å stille opp.

Deltakerne i studien utgjorde 5 kvinner og 2 menn. Deltakerne var mellom 32 og 67 år. De ansattes faglige bakgrunn varierte fra helsefagarbeider og sykepleier til jurist og rådgiver. De hadde erfaring fra 8 til 31 år innen alt fra administrativt arbeid i helse- og omsorgssektoren til å arbeide mer direkte med beboere på omsorgssenter.

Ved å inkludere deltakere som arbeidet på ulike tjenestenivåer, men med den samme målgruppen, opplevde vi at vi fikk kunnskap og et bredt informasjonsgrunnlag som på best mulig måte belyste vår problemstilling.

## 4.4 Refleksiv tematisk analyse

Analyse handler om å strukturere og organisere data for å besvare forskningsspørsmål eller teste hypoteser (Polit & Beck, 2022, s. 35). Det involverer å systematisk vurdere og tolke datamaterialet for å kunne trekke konklusjoner eller identifisere mønstre og sammenhenger som kan bidra til å gi innsikt og forståelse basert på tilgjengelig data (Booth et al., 2022, s. 270).

I analysen av datamaterialet har vi anvendt en tilnærming som først ble kjent som tematisk analyse, lansert av Braun og Clark (2006, s. 79) som en unik tilnærming innen kvalitativ analyse. Ifølge Johannessen et al. (2018, s. 278-279) presenteres denne analysemetoden som en grunnleggende metode som passer flere ulike teorier, samt at den passer både erfarne og mindre erfarne forskere. Malterud (2017, s. 95) fremhever at tematisk analyse har som mål å identifisere og rapportere mønstre som forekommer i datamaterialet. Senere valgte Braun og Clark (2021, s. 328, 331) å døpe den om til refleksiv tematisk analyse for å tydeliggjøre viktigheten av bevissthet rundt forskerens rolle, perspektiver og antagelser i analyseprosessen. De påpeker at refleksiv tematisk analyse må brukes bevisst, overveiende og refleksivt. Videre beskrives den som en ikke lineær prosess, men en fleksibel analysemetode som tillater at en beveger seg fritt mellom de ulike fasene.

Analysen ble gjennomført med følgende problemstilling i fokus; “Hvordan arbeider mennesker på ulike systemnivå for å sikre at lovverket blir praktisert i eldreomsorgen?”. Videre har vi stegvis gått igjennom de seks ulike fasene i Braun og Clark (2006, s. 87-93) sin refleksive tematiske analyse; 1) gjøre seg kjent med datamaterialet og transkribere, 2) generere foreløpig koder av data, 3) søke etter temaer, 4) revidere temaer 5) definere og navngi endelige temaer og 6) produsere rapport.

Denne tilnærmingen tillot en systematisk og trinnvis utforskning av datamaterialet, og muliggjorde en grundig analyse av hvordan deltakerne opplevde at lovverket ble praktisert i eldreomsorgen.

#### 4.4.1 Fase 1: Gjøre seg kjent med datamaterialet og transkribere

Transkribering er en måte å arbeide med et intervju på. Denne prosessen gir en mulighet til å oppleve intervjuet på nytt, samtidig som noe vil gå tapt i overføringen. Ansiktsmimikk, variasjon i stemmebruk og kroppsspråk er noe vi ikke kan overføre til tekst. Selve transkriberingen foregår ved at en skriver ned ord for ord. Underveis bør en skrive ned ideer og tanker som dukker opp (Dalland, 2020, s. 95). Når en strukturerer datamateriale ved å gå fra muntlig til skriftlig form vil intervjuene egne seg bedre for analyse. Det vil også være lettere å få oversikt, og denne struktureringen av tekst vil være starten på selve analysen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 108).

På bakgrunn av denne kunnskapen ble både transkriberingen og markeringen med tilhørende notater gjort kort tid etter selve intervjuene for å ha friskt i minne både opplevelsen og konteksten. Vi transkriberte ett og ett intervju fra lydopptakeren. Denne prosessen ble utført individuelt for å få bedre eierskap til datamaterialet. Intervjuene ble transkribert ord for ord, og deretter leste hver av oss gjennom hvert intervju flere ganger for å oppnå en dypere forståelse av datamaterialet i sin helhet. Denne individuelle gjennomgangen ble gjennomført for å minimere gjensidig påvirkning og oppnå best mulig forståelse av intervjuene. Vi noterte ned egne ideer og poeng, samt markerte tekst vi opplevde som interessant og mulig relevant. Deretter sammenlignet vi utdragene for å identifisere felles temaer. Her opplevde vi at fase én og to overlappet hverandre.

#### 4.4.2 Fase 2: Generer foreløpig koder av data

Fase to av analysen, kodefase, kan foregå ved at en leser over datamaterialet og markerer poeng en anser som viktige. Dette gjøres for å «1. få oversikt over innholdet i dataene våre, 2. generere nye og dypere innsikter i dataene, 3. og tilrettelegge dataene for den påfølgende kategoriseringen». (Johannessen et al., 2018, s. 284).

Etter å ha transkribert og gjort oss godt kjent med datamaterialet, startet vi deretter på fase to og genereringen av foreløpige koder. Vi markerte og trakk ut tekst som vi så som relevant for å besvare problemstillingen. Dette ble utført manuelt ved å legge hvert intervju inn i et



dokument og markere relevant tekst, før vi overførte den markerte teksten i et nytt dokument. Denne prosessen ble gjentatt etter hvert intervju, samt når alle intervjuene var transkribert og markert. Ved å gjøre dette flere ganger kunne vi velge ut relevant tekst, da vi hadde fått en helhetlig forståelse av alle intervjuene og kunne se de i en sammenheng. Dette gjorde det lettere å identifisere og trekke ut tekst som var relevant for å belyse problemstillingen.

Johannessen et al. (2018) påpeker at i sammenheng med markeringen av datamaterialet kan det være fornuftig underveis å oppsummere i stikkordsform, samt binde stikkordene sammen med aktuelle utdrag som er markert. For å kvalitetssikre i denne fasen vil det være essensielt å lese igjennom teksten gjentatte ganger for å unngå å miste sentrale punkter. (Johannessen et al., 2018, s. 289, 292). Vi stikkord oppsummerte derfor etter hvert som vi leste det markerte datamaterialet. Stikkordene satt vi inn i en kolonne ved siden av teksten, med henblikk på å gi en kortfattet beskrivelse av innholdet. Dette ble gjort ved at vi søkte etter stikkord som klart beskriver datamaterialet vårt.

#### 4.4.3 Fase 3: Søke etter temaer

Fase tre, kategoriseringsfasen, startet med å kategorisere datamaterialet ut ifra det kodede materialet. Johannessen et al. (2018, s. 294) trekker frem at kategoriseringsfasen skal bidra til å organisere datamaterialet inn i hovedkategorier som igjen utgjør temaer.

Her ble datamaterialet sortert inn i 12 overordnede temaer. Det inkluderte emner som «Avvik», «låste dører», «utfordringer på kapasitet, tid og ressurser», «manglende kunnskap rundt forskriftene», «holdninger blant ansatte», «holdninger i samfunnet», «ansvarsfordeling», «bærekraftighet i dagens praksis», «manglende tilsyn», «teori versus praksis», «utfordringer og forutsetninger for å etterleve forskriftene» og «klager og tilfredshet i eldreomsorgen».

Det er verdt å merke seg at i denne fasen står problemstillingen sentralt, samt at avgrensning vil være uunnværlig for å gi treffende og relevante svar på stilte spørsmål (Johannessen et al., 2018, s. 296-297). Ved å systematisk kategorisere datamaterialet samtidig som en fokuserer på problemstillingen, opplevde vi å kunne utføre en grundig og målrettet analyse av datamaterialet, som igjen dannet grunnlaget for videre analyse og innsikt.

#### 4.4.4 Fase 4 og 5: Revider, definer og navngi endelige temaer

I fase fire av analysen ble de opprinnelige tolv temaene redusert til syv temaer gjennom diskusjon og gjennomgang av den markerte teksten. Noen temaer ble slått sammen, og ett tema ble fjernet. Vi evaluerte deretter temaene for å finne passende beskrivende navn, og beveget oss følgelig inn i fase fem hvor de endelige temaene ble navngitt. De syv gjenværende overordnede temaene inkluderte «varierte kunnskap om og ulike tolkning av forskriftene», «forekomst av brudd på forskriftene», «reaksjoner på forskriftsbrudd», «organisering, struktur og prioritering», «holdninger i eldreomsorgen», «tilsyn på forskriftene» og «ansvarsfordeling i eldreomsorgen».

Ettersom den refleksive tilnærmingen til Braun og Clark er fleksibel, opplevde vi å bevege oss mellom de ulike fasene gjentatte ganger før vi bestemte de endelige temaene. Vi oppdaget for eksempel at enkelte temaer ble tydeligere etter at navnet ble endret, selv om vi først opplevde at analysen var fullført. På denne måten erfarte vi at analysedelen ikke var fullstendig avsluttet før oppgaven var ferdig, og at denne prosessen var dynamisk og gjeldene gjennom hele studien.

#### 4.4.5 Fase 6: Produser rapporten

I den siste fasen ble den endelige analysen gjennomført og masteroppgaven ferdigstilt. Målet med tematisk analyse er å overbevise leseren om verdien og gyldigheten av analysen (Braun & Clark, 2006, s.). Analysens resultater vil bli presentert i kapittelet «funn» før de diskuteres i lys av utvalgt teori og forskning.

### 4.5 Metodekritikk

I kvalitativ forskning utvikler forskerne ofte designet underveis i prosjektet, basert på løpende beslutninger og tidligere læring. Et slikt fremvoksende design støtter ønsket om å reflektere omkring virkeligheten og synspunktene til de som studeres, selv om disse ikke er definert i begynnelsen (Polit & Beck, 2022, s. 161). Vi merket at et slikt fremvoksende design også kunne by på noen utfordringer underveis. For det første opplevde vi at forskningen tok form

mer gjennom intervjuene enn opprinnelig planlagt. For eksempel endte vi opp med en kvalitetsrådgiver i helse- og omsorgssektoren, som vi i utgangspunktet ikke hadde planlagt å intervju, men som beriket studien vår. Samtidig kunne det fremvoksende designet føre til usikkerhet og konstante refleksjoner da vi stadig måtte tilpasse oss nye funn og endringer i retning eller fokus for studien. Vi opplevde et behov for nøye vurderinger underveis vedrørende hvordan vi skulle navigere i forskningsprosessen for å sikre studiens validitet.

I et kvalitativt forskningsintervju blir kunnskap skapt gjennom sosial interaksjon mellom intervjueren og den som blir intervjuet. Dataene som produseres i slike intervjuer avhenger av intervjuerens ferdigheter og personlige vurderinger når det gjelder hvordan spørsmålene blir stilt. Kvaliteten på datamaterialet som blir produsert i et kvalitativt intervju er derfor avhengig av intervjuerens kompetanse og kunnskap om emnet. Det kreves omfattende trening for å bli en dyktig intervjuer på dette området (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 84). Vedrørende rekruttering av deltakere unnlot vi bevisst å rekruttere via deres sjefer eller andre personer i en overordnet rolle. Vi ønsket å unngå at de skulle føle seg presset til å delta eller til å takke ja til å stille opp. Vi var og bekymret for at deltakerne potensielt kunne tilpasse sine svar ut ifra det de trodde lederen forventet av dem. Vi opplevde gradvis forbedring i vår evne til å utføre kvalitative intervjuer, noe som førte til en økt opplevelse av mestring underveis i prosessen. Etter hvert la vi merke til elementer vi kunne ha gjort bedre tidligere. For eksempel opplevde vi at den økte kompetansen førte til at vi stilte bedre oppfølgingsspørsmål som bidro til en enda dypere innsikt i temaet.

Videre blir ofte intervjupersonen omtalt som et subjekt i det kvalitative forskningsintervjuet. Samtidig er det viktig å erkjenne at begrepet «subjekt» også antyder at de er påvirket av diskurser, maktrelasjoner, ideologier og holdninger som påvirker deres handlinger og valg. Dette betyr at subjektet ikke er fullstendig subjektivt, men snarere påvirket av omgivelsene når de uttrykker seg og tar beslutninger (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 21). Følgelig opplevde vi at det krevdes en svært ydmyk tilnærming til deltakerne ettersom vår rolle som to intervjuere potensielt kunne skape ubehag. Vi tilstrebet derfor å være bevisst denne dynamikken og sørge for å skape en trygg og respektfull atmosfære. Vi forsøkte å tilpasse oss deltakerne i størst mulig grad når det gjaldt møtested, klokkeslett og valg av dag, slik at det ikke skulle oppleves som en ulempe eller krevende å stille opp til intervju.

En kan mulig stille spørsmål ved innholdet i vår problemstilling. Dette var noe vi diskuterte gjentatte ganger. Vi diskuterte faren ved å ta utgangspunkt i lovverket og om dette potensielt kunne «skremme» deltakerne fra å stille opp. Vi diskuterte videre om problemstillingen i verste fall kunne lede deltakere under intervjuet til å bli for opptatt og fokusert på om de følger lovverket, om de kan lovverket godt nok eller tilpasser svarene i frykt for å fremstå som de ikke gjør jobben sin. Da vi stilte spørsmål om deltakernes arbeidspraksis, måtte vi følgelig være ekstra følsomme for ikke å antyde eller implisere at deres arbeid var utilstrekkelig. Dette innebar å vise empati, lytte aktivt og sikre at våre spørsmål var åpne og ikke-dømmende, slik at deltakerne følte seg respektert og verdsatt gjennom hele intervjuet. Det er mulig problemstillingen kunne vært annerledes, men vi valgte å beholde den ettersom vi opplevde at formuleringen egnet seg godt for å kunne undersøke etterlevelsen av forskriftene.

I to av intervjuene var det bare en som intervjuet på grunn av sykdom. Vi merket at det var mer utfordrende å transkribere for den som ikke hadde vært til stede under intervjuet, da vi opplevde at det manglet kontekst som kunne ha påvirket tolkningen av det som ble sagt. Enkelte ganger ble det også sagt ting før eller etter intervjuene som ikke ble fanget opp av diktafonene. En merket også savnet etter å kunne observere kroppsholdning, mimikk og andre ikke-verbale signaler som kunne ha bidratt til å forstå betydningen bak ordene. Dette gjorde transkripsjonsprosessen kompleks og krevende, da vi måtte gjøre vårt beste for å tolke og gjengi innholdet nøyaktig uten all tilgjengelig informasjon.

## **4.6 Forforståelse**

I arbeidet med studien har det vært svært sentralt å være bevisst våre egne forutinntattheter og kritiske forforståelser. I forkant av studien antok vi at psykososial helse i eldreomsorgen ikke ble tilstrekkelig prioritert og ivaretatt, og at ansatte manglet kunnskap om viktigheten av å ivareta disse behovene. På bakgrunn av dette hadde vår studie i utgangspunktet tittelen «Ute av synet, ute av sinn». Imidlertid reflekterte vi underveis over vår tilnærming og våre perspektiver. Som et resultat valgte vi å justere tittelen til «mellom ideal og virkelighet», som illustrerer vår evne til å tilpasse oss og være åpne for ny innsikt.

Ettersom vi begge arbeider i eldreomsorgen, krevde det en ekstra årvåkenhet for å unngå at viktig informasjon gikk tapt som følge av at en ubevisst søker mot kunnskap som kan bekrefte vår kritiske forforståelse. Vi har følgelig tilstrebet å være oppmerksom på vår egen rolle og eventuelle påvirkninger av vår analyseprosess og tolkning av datamaterialet. Det er vi som forskere som her bærer ansvaret, ettersom det er vi som innhenter kunnskapen via litteraturen og fra våre deltakere. Vi forsøkte å minimere påvirkninger gjennom åpenhet, refleksjon og dialog med hverandre. Vi har i tillegg reflektert med vår veileder, for å ha en tredje person som ikke delte den samme forforståelsen. Dette harmonerer med Kvale og Brinkmann (2015, s. 108) som påpeker hvordan forskerens tidligere erfaringer, kunnskap, rettferdighetssans og sannferdighet i stor grad kan påvirke de etiske valgene som blir tatt, og da også kvaliteten i forskningen. Videre understreker de at dette fremstår enda viktigere i intervjuet, fordi den som intervjuer er den mest sentrale i å skaffe til veie kunnskapen.

#### **4.7 Etiske overveielser**

I dag er det tydelige forventninger om at forskere opptrer i tråd med forskningsetiske retningslinjer (Wadel, 2014, s. 227). Etikk bør gjennomsyre god forskning, og etiske vurderinger bør gjøres i alle ledd av forskningen, fra planleggingen og hele veien til rapportering. Dessuten er det svært viktig å være bevisst på sin rolle som forskere. Her vil forskerens integritet spille en sentral rolle, herunder forskerens erfaringer, ærlighet, rettferdighet og kunnskap (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 95, 108).

Forskningsprosjektet ble godkjent av både Kunnskapssektorens tjenesteleverandør (SIKT) og Fakultetets Etiske Komité (FEK) i 2023 (vedlegg 1 og vedlegg 2). Deretter tok vi omfattende forhåndsregler for å sikre at vår forskning ble gjennomført på en etisk forsvarlig måte. Dette inkluderte at alle deltakere ble i første forespørsel om å stille til intervju forelagt et informasjonsskriv (vedlegg 3) som inneholder blant annet kort informasjon om studiens formål, aktuelle godkjenninger og kontaktinformasjon, samt at deltakelsen er frivillig og at en når som helst kan trekke seg uten negative konsekvenser. Samtlige deltakere har skrevet under på et samtykkeskriv (vedlegg 4) som bekrefter at de er kjent med studiens hensikt, at deltakelsen er frivillig, at datamaterialet er anonymisert og at en samtykker til at deres opplysninger kan brukes i den aktuelle masteroppgaven. I oppgaven er alle personlige navn og stedsnavn som potensielt kan identifisere deltakerne anonymisert eller fjernet. Det harmonerer

med Wadel (2014, s. 227) som poengterer at de som deltar i et intervju har krav på at informasjon om personlige forhold, blir konfidensielt behandlet.

Vi opplevde også en rekke etiske utfordringer å ta hensyn til med tanke på utvalg av deltakere til vår studie. Det er verdt å kritisk vurdere begrensningene knyttet til det geografisk område. Til tross for flere forsøk på å inkludere et variert utvalg av deltakere fra flere fylker og kommuner, begrenset utvalget seg til et fylke og tre kommuner. Det kan påvirke overførbarheten av funnene til andre regioner eller populasjoner, da det er mulig at andre regioner har annerledes organisering og tilnærminger til lovverket. Med bare syv deltakere, kan det og være vanskelig å overføre funnene til en større populasjon. Det kan derfor tenkes at funnene ikke nødvendigvis gjelder for alle innenfor målgruppen, men er spesifikke for deltakerne i denne studien.

På den annen siden opplevde vi at vi fikk en dypere og mer detaljrik innsikt gjennom å kunne gi mer oppmerksomhet og tid til hver enkelt deltakers perspektiver og erfaringer. Ved å inkludere deltakere fra forskjellige organisatoriske nivåer, gav det oss for det første en bred forståelse av hvordan det arbeides med å etterleve lovverket i møte med eldre med hjelpebehov. For det andre ga det innsikt i hvordan politikk kommer til uttrykk i praksis, samt den komplekse dynamikken som kan forekomme mellom de organisatoriske nivåene. Imidlertid kan det også medføre utfordringer knyttet til en urettferdig maktbalanse og potensielle ugunstige hierarkier som kan påvirke deltakernes evne til å være ærlige under intervjuene.

Vi har tenkt gjennom de etiske utfordringene gjennom gjensidig refleksjon over vår tilnærming og grundig dokumentasjon av vår rekrutterings- og analyseprosess. Videre forsøkte vi å påse at forskningen var rettferdig, relevant og pålitelig gjennom å kontinuerlig å vurdere etiske overveielser nøye. Til tross for ulike begrensninger tilknyttet vår studie, opplever vi likevel at våre funn kan bidra til økt innsikt i hvordan ansatte på ulike organisatoriske nivåer arbeider for å etterleve et komplekst lovverk, og med det gi et verdifullt bidrag til helse- og omsorgssektoren om dette emnet.

## 5.0 FUNN

I dette kapittelet presenteres relevante funn fra den refleksive tematiske analysen av de syv gjennomførte intervjuene. Det vil deretter bli fremstilt egne beskrivelser av funnene, etterfulgt av en oppsummering. Dette vil ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 307) kunne bidra til økt forståelse av de ulike funnene og understreke deres relevans og hvorfor de er interessante for forskningen. I det neste kapittel vil funnene bli knyttet opp mot aktuell litteratur og forskning.

### 5.1. Variert kunnskap om og ulik tolkning av forskriftene

#### 5.1.1 Kunnskap om forskriftene

I intervjuene ble det klart at kun et mindretall av deltakerne hadde god kjennskap til verdighetsgarantiforskriften og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene. Statsforvalteren og Kommunalsjefen hadde i midlertidig grundig kjennskap til begge forskriftene, og statsforvalter understrekte forskriftenes relevans for sikre en verdig eldreomsorg:

«Jeg tenker at det handler om menneskeverd og det klarer vi ikke alltid, og at vi trengte kanskje en forskrift for å ha enda mer fokus på det. Også vet jeg ikke om det hjelper så vi klarer det i større grad» (Statsforvalter).

Avdelingsleder 1 og Avdelingsleder 2 kjente til forskriftene, men ikke i detalj. På spørsmål om hvordan Avdelingsleder 1 forstår verdighetsgarantiforskriften ble det gitt følgende svar:

«Nei, jeg kan den ikke sånn i detaljer, [...], men vi gjør så godt vi kan for at de får et verdig liv til den siste stunden de bor her» (Avdelingsleder 1).

Derimot kjente Pleiepersonell 1 og Pleiepersonell 2 i liten grad til kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften. Pleiepersonell 2 svarte at verdighetsgarantiforskriften ikke sa vedkommende så mye, og spurte om intervjuer kunne lese opp forskriften. Tilsvarende ba også Pleiepersonell 1 om å få forskriften opplest:

«Det vet jeg ikke. Jeg har ikke hørt om den. Kan du lese den? Jeg har hørt om den, men jeg vet ikke innholdet» (Pleiepersonell 1).

Likens på spørsmålet vedrørende hvordan kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene tolkes:

«Hva er den? Hva vil den si? [...]. Nei, jeg er ikke kjent med den» (Pleiepersonell 1).

Videre understrekte Kommunalsjefen betydningen av begge forskriftene, og sa at dette er noe en skal være seg bevisst kontinuerlig og bør være forankret i alle som arbeider innen eldreomsorgen. Videre framhevet Kommunalsjefen at det ikke nødvendigvis er forventet at en har forskriftene bokstavelig talt for hånden til enhver tid, men heller at en arbeider i samsvar med deres prinsipper og intensjoner:

«Altså for det første så har vi jo lovverket, og det er for oss spesielt helse og omsorgstjenesteloven, også har vi jo forskrifter. Altså verdighetsgarantiforskriften og forskriften om hvordan eldreomsorgen skal utvikles og hva slags verdier som skal ligge til grunn, da går en jo helt tilbake til FN kommisjonen i forhold til menneskerettighetene. Det er jo det samme om du er gammel eller ung, eller om du har ulike typer for funksjonshemninger. Dette med forskrifter om kvalitet i eldreomsorgen er en veldig viktig rettesnor for det arbeidet vi holder på med» (Kommunalsjefen).

Dette ble også bekreftet av Statsforvalteren som løftet frem viktigheten av både kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften, og svarte følgende på hvordan forskriftene ble forstått:

«Det som er mest vanlig å ha fokus på fra vårt ståsted er det med forsvarlighet. Så jeg forstår den jo som en utdyping av at tjenesten skal være forsvarlig, også trekker den jo kanskje litt spesifikk i retning av hva som er forsvarlighet i eldreomsorgen? Det er jo selvfølgelig hele veien en bevegelig norm som forandrer seg med tid. Det er derfor denne verdighetsforskriften er kommet tenker jeg, for at vi kanskje har erfart at det kanskje ikke alltid er verdig eldreomsorg og respekt for den enkelte. At de skal få et tilbud ut ifra sitt behov, og ut ifra sitt menneskesyn, sitt utviklingsnivå eller



aldringsnivå, og at det hele tiden er individets respekt det handler om»  
(Statsforvalteren).

I tillegg til Kommunalsjefen beskrev også Avdelingsleder 2 og Statsforvalter forskriftene som noe som skal sitte i ryggmargen når en arbeider i eldreomsorgen. På samme måte beskrev også Pleiepersonell 1 og Pleiepersonell 2 dette, i tillegg beskrev de det som noe en bare «vet», på tross av at de ikke kjente til forskriftene direkte. Det kunne således fremstå som at hvis en sammenlikner intervjuene fra øverste tjenestenivå til det nederste, der en arbeider direkte med tjenestemottaker, så økte kunnskapen om gjeldende forskrifter i takt med tjenestenivået.

### 5.1.2 Ulik tolkning av forskriftene

Det var bred enighet om viktigheten av de nevnte forskriftene blant alle deltakerne, på tross av varierende kunnskap vedrørende disse. Det viste seg derimot at også tolkningen av forskriftene fremsto ulik hos flere av deltakerne.

Når det gjelder § 3 i verdighetsgarantiforskriften jf. bokstav d, som omhandler at tjenestetilbudet skal legge til rette for at hensyn om å «tilby samtaler om eksistensielle spørsmål» ivaretas, fremsto det som at deltakerne tolket ordlyden i loven på ulike måter og var usikre på de konkrete detaljene rundt dette punktet. Under intervjuene ble det av flere deltakere reflektert over og stilt spørsmål om hvor hyppig slike samtaler skulle tilbys og på hvilken måte de skulle gjennomføres, da dette ikke er spesifisert i loven. Noen deltakere nevnte samtaler med en prest om emner knyttet til livets siste dager, mens andre tolket dette også som samtaler om livets opp og nedturer, både regelmessig og etter behov.

Avdelingsleder 1 uttrykte det på følgende måte:

«Hvis noen ønsker seg en prest, så får de det. Da er det den lokale presten som kommer, og hvis det er andre menigheter, så prøver vi å ordne det til» (Avdelingsleder 1).

Varierende tolkninger av forskriftene ble også tydelig da deltakerne ble spurt om deres perspektiver på verdighetsgarantiforskriften § 3 jf. bokstav c vedrørende adgang til å komme seg ut. Mens noen av deltakerne refererte til det som å ha mulighet til å forlate bygningen og

ikke møte på låste dører, ble dette forstått av andre som anledning til å delta på utendørsaktiviteter. Pleiepersonell 2 delte sin begeistring og ønske om å få de eldre ut i frisk luft, samtidig som det ble fremhevet et ønske om mer tid til å tilby disse aktivitetene daglig og etter behov. Tilsvarende synspunkter ble også formidlet av Pleiepersonell 1 og Avdelingsleder 2, som betraktet «adgang til å komme seg ut» som en daglig nødvendighet i form av å komme seg ut av selve bygget. Statsforvalteren delte sin forståelse av den nevnte formuleringen på følgende måte:

«Ja, det er ikke så lett å svare på den heller. Jeg diskuterte det litt med mine kolleger, hva ligger det i det. Er retten til å komme seg ut, rett til å komme seg ut en gang i uka eller? men det er jo ut ifra den enkeltes behov. At de har rett til å komme ut så mye som er riktig for dem i deres situasjon, og for noen er det kanskje tre ganger om dagen, men for noen så er det ikke aktuelt å gå ut, hvert fall ikke i vinterhalvåret. Men at de har muligheten for det de selv ønsker og har lyst til, og det skal være tid nok for personalet for at de kan være med, og det er jo selvfølgelig en stor utfordring»  
(Statsforvalter).

Det ble således oppdaget variasjoner i tolkningen av loven blant flere deltakere på de ulike tjenestenivåene, og som følge av dette ble det også presentert ulike måter å arbeide med forskriftene på. En mulig forklaring av variasjonen kan være at de konkrete detaljene ikke er eksplisitt angitt i forskriftene. I tillegg fremsto det spesielt interessant at selv på det høyeste tjenestenivået, herunder Statsforvalteren, var det usikkerhet knyttet til hvordan denne bestemmelsen skulle tolkes.

### 5.1.3 Veiledning i forskriftene

Manglende opplæring i forskriftene kan mulig peke på utfordringer knyttet til å sikre at lovverket blir praktisert på tjenestenivået som arbeider direkte med eldre med hjelpebehov. Det kan se ut som at ansatte ikke veiledes direkte i henhold til de aktuelle forskriftene, noe som kom frem i alle intervjuene hvor dette spørsmålet ble stilt:

«Nei, de veiledes veldig lite i dette. En trenger ikke noe spesiell kompetanse for å spille yatzy, for å si det sånn» (Avdelingsleder 1).

I likhet med Avdelingsleder 1, bekreftet Avdelingsleder 2 at ansatte ikke veiledes på dette. Det samsvarer godt med Pleiepersonell 1 og Pleiepersonell 2 som rapporterte at de ikke har mottatt veiledning om disse forskriftene. Det kan fremstå som Pleiepersonell 1 og Pleiepersonell 2 har kjennskap til de grunnleggende prinsippene i de aktuelle forskriftene, selv om de kanskje ikke er bevisst på at disse prinsippene er spesifikt nedfelt i lovgivningen. På den annen side trekker de frem flere eksempler på kollegaer som tilsynelatende ikke er kjent med de grunnleggende prinsippene i forskriftene. Både Kommunalsjefen, Avdelingsleder 1, Avdelingsleder 2 og Statsforvalteren beskriver forskriftene som noe de ansatte ikke nødvendigvis blir opplært direkte i, men heller noe som skal være en integrert del av deres arbeidspraksis og noe en skal ha kjennskap til. Samtidig som Statsforvalteren understreker at hvis dette ikke er tilfellet er det kommunens ansvar å sørge for opplæring knyttet til dette:

«Men det er jo veldig grunnleggende respekt for menneskeverdet som ligger i dette, så du bør jo ikke måtte lese i en forskrift for å si at du har rett til å bevare personlig hygiene eller grunnleggende funksjoner, det bør jo ligge som en grunnleggende holdning for alle som jobber der ute. Også må jo kommunen hjelpe dem med det hvis ikke de har de nødvendige forutsetningene for å forstå det» (Statsforvalteren).

## 5.2 Forekomst av brudd på forskriftene

Under intervjuene fremkom det flere eksempler på at forskriftene ble praktisert, samtidig som det også ble presentert flere tilfeller av brudd på forskriftene. Pleiepersonell 1 presenterte et tilfelle av en beboer som ønsket seg ut på tur ofte. Imidlertid ble dette sjeldnere enn ønsket tilbudt og beboeren fikk ved flere anledninger ikke bistand til å komme seg ut da beboeren ytret ønske om dette. Videre fortalte Pleiepersonell 1 følgende om hvordan kravet om å tilby samtaler om eksistensielle spørsmål ble forstått, som fremkommer i verdighetsgarantiforskriften:

«Det er jo et bra tilbud, men jeg har ikke sett i praksis at de blir tilbudt det. Jeg tenker jo at det handler om det individuelle, hva folk vil, [...]. Kanskje noen vil ha samtale med prest, men det er jo ikke så lett å få til, i hvert fall ikke med psykolog eller psykiatrisk sykepleier. Alle burde ha rett på å prate med noen, men for eksempel psykologene de har så lang venteliste. Jeg husker at det var en beboer som var

deprimert, men da var det veldig lang kø og det ble aldri noe av at beboeren fikk hjelp. Jeg føler at i eldreomsorgen så er de ikke prioritert. De er gamle og vi skal gi medisiner, [...]» (Pleiepersonell 1).

Det ble også av flere deltakere beskrevet ulik tolkning av hva som er brudd på forskriftene og ikke. Flere av deltakerne beskrev at de praktiserte nøkkelkoder på dører som beboere ikke forsto og dermed heller ikke hadde adgang til å komme seg ut. Likevel hevdet deltakerne at dette var å regne som at beboerne hadde adgang til å komme seg ut. På spørsmål om beboerne hadde adgang til å komme seg ut svarte Pleiepersonell 1 følgende:

«Ja, jeg tror det. [...]. Men, de har gjort det litt komplisert, for å si det slik. Med kode på heis og sånn, så ja, teoretisk så kan alle komme seg ut, men det er ikke så mange som klarer den heisen og alle disse kodene. Men nei, vi skulle hatt noen som kunne hjulpet de med å komme seg ut» (Pleiepersonell 1).

Av Statsforvalteren ble dette derimot omtalt som direkte brudd på verdighetsgarantiforskriften, og at dette ikke kan regnes som adgang til å komme seg ut:

«Jeg tenker at hvis ikke det er åpen dør så skal det være et tvangsvedtak i bunn, [...]. Hvis en ikke kan lese og forstå koden og bruke den så er du jo innelåst, og det er jo ikke lov til. Det er ikke å gå rundt grøten en gang, det er reinspikket lovbrudd» (Statsforvalteren).

Videre skisserte Pleiepersonell 1 et scenario og identifiserte kollegaer som arbeidet på en måte som ble beskrevet som å ikke være i samsvar med forskriftene grunnet manglende kompetanse. Pleiepersonell 1 ytret også et behov for økt kompetanse om viktigheten av sosiale behov og samtaler om eksistensielle behov i tråd med de gjeldene forskriftene:

«Det kommer også an på bemanning og hvem av ansatte som er på jobb. Vi er så forskjellige. Du har kanskje to stille personer på avdelingen som ikke er så flinke til å begynne samtaler med dem, så kanskje måltidene blir veldig stille. Kanskje ikke alle har kompetanse til dette, mange unge vet kanskje ikke hvor viktig det er å snakke og ha samtale med dem. Det burde kanskje vises til de hvor viktig det er. Det har jeg

opplevd at de bare sitter og serverer mat og det er alt. Og det er jo faktisk ikke alt»  
(Pleiepersonell 1).

Gjennom intervjuene fremkom det et bilde av flere brudd på de aktuelle forskriftene, samtidig som ansatte beskrev en betydelig innsats for å oppfylle kravene med de forutsetningene som lå til grunn. Det ble også observert variasjoner i vurderingen av hva som utgjorde brudd på forskriftene og en manglende enhetlig forståelse av forskriftene og ulike tolkninger av deres ordlyd.

## 5.3 Reaksjoner på forskriftsbrudd

### 5.3.1 Klager

Til tross for at det kom frem i intervjuene at det har forekommet brudd på de ulike forskriftene, viste det seg at beboere og pårørende sjeldent klagde på disse. Mens Statsforvalteren poengterte at det er kommunen sin plikt å opplyse om rettighetene, var det en gjennomgående oppfatning i intervjuene at beboere og pårørende ikke fikk tilstrekkelig informasjon om sine rettigheter. Dette ble bekreftet av både avdelingslederne og de som arbeidet direkte med de eldre tjenestemottakerne. De fortalte alle at de ikke delte ut lovene til beboere og pårørende, men det ble tilbudt inkomstbrosjyrer og årlige samtaler. Det fremkom likevel at disse ikke inneholdt informasjon om deres rettigheter, men gav informasjon om praktiske rutiner og regler for omsorgssentrene. Statsforvalteren impliserte at den manglende kunnskapen kunne være årsaken til manglende klagekultur:

«Nei, det tror jeg kanskje ikke, at de eldre eller pårørende kjenner til sine rettigheter knyttet til de nevnte forskriftene. Så nei, jeg tror ikke de vet nok om hvilke muligheter de har, og det er vel kanskje derfor vi ikke får så mye klager på dette nivået»  
(Statsforvalter).

Den lave klagefrekvensen kan også skyldes en generell oppfatning av at beboere og pårørende ikke ser nytteverdi i å klage. Statsforvalteren reflekterte rundt en sammenheng mellom at fordi ansatte løper beina av seg og ikke kan klare å gi alle det de trenger, klager ikke beboere og pårørende. Avdelingsleder 2 så ut til å dele samme refleksjoner som Statsforvalteren, men trodde samtidig at det kunne føre til at beboere og pårørende vegret seg for å klage:

«Det hadde jo bare satt oss under et umenneskelig press, hvis de klager, fordi man gjør så godt man kan tenker jeg, så kanskje de vegrer seg litt. Kanskje de vet om det. Hvordan skal vi ha kapasitet til det vi løper jo hele tiden? Det kan også være en årsak» (Avdelingsleder 2).

Pleiepersonell 2 beskrev videre en opplevelse av at det kunne virke som om noen pårørende ikke brydde seg, var uengasjerte eller likegyldige når det omhandlet å tilegne seg informasjon vedrørende eldre med hjelpebehov sine rettigheter. Noe som muligens kunne bekreftes av Avdelingsleder 2:

«Jeg føler pårørende bare skyver foreldrene deres alt for langt unna, sånn «her, nå er det deres ansvar, nå kan dere ta over» (Avdelingsleder 2).

Videre antok Avdelingsleder 2 at informasjonen om rettigheter ble gitt av forvaltningen når en fikk innvilget et tjenestetilbud. Det er et interessant funn i seg selv at de ulike organisatoriske nivåene i helse- og omsorgssektoren ikke hadde en felles forståelse av informasjonsdeling og opplysning vedrørende rettighetene.

Våre funn indikerer lave klagetall blant beboere og pårørende til tross for at det fremkom flere brudd på forskriftene. Det kan potensielt skyldes manglende kunnskap om rettighetene og tydeliggjør behovet for bedre samarbeid, informasjon og opplæring både for ansatte, beboere og pårørende, samt på tvers av de organisatoriske nivåene i helse- og omsorgssektoren. Det kan også skyldes eventuelle barrierer som hindrer vedkommende i å klage. Disse funnene tyder på utfordringer relatert til hvordan ansatte på ulike systemnivå arbeider for å sikre at lovverket blir etterlevd i eldreomsorgen.

### 5.3.2 Avviksrapportering

Det kan virke som at avviksrapportering erfares av deltakerne som en viktig del av kvalitetssikringen i kommunene. Gjennom intervjuene med de ulike deltakerne fremkom det flere perspektiver på hvordan avvik på de spesifikke forskriftene skulle rapporteres og behandles i praksis, samt refleksjoner over kulturelle og organisatoriske faktorer som påvirket avviksrapporteringen.

Intervjuene tydeliggjorde at avviksmeldingene stort sett omhandlet konkrete hendelser som feilmedisinering, vold og fall, og sjeldent brudd på forskriftene tilknyttet psykososial helse. Det kan se ut som om avviksrapportering knyttet til psykososial helse er en underkommunisert praksis som kan skyldes manglende opplæring av ansatte. Både Pleiepersonell 1 og Pleiepersonell 2 fortalte at de skrev avvik om vold, fall og feilmedisinering, og at de ikke har blitt lært opp til å skrive på akkurat disse forskriftene:

«Jeg har ikke tenkt at jeg kunne skrive avvik på dette. [...]. Jeg skriver på vold, fall og legemiddelhåndtering, ikke noe psykisk eller sosial helse. Nei, eller jo, [...], når en pasient hadde veldig mye selvmordstanker, da burde jeg ha skrevet, men jeg gjorde ikke det, jeg skrev bare en rapport i journalen. [...]» (Pleiepersonell 1).

På tross av de mange utfordringene tilknyttet avviksrapportering som kom frem i intervjuene, fremhevet Kommunalsjefen betydningen av kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene som et viktig verktøy for å sikre god praksis i eldreomsorgen. Gjennom et overordnet kvalitetsutvalg som jobber frem tydelige retningslinjer og rutiner på oppdrag fra enhetsledergruppa, er kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene et vesentlig element i styringen av eldreomsorgen. Kommunalsjefen poengterte likevel at de måtte arbeide videre med å sikre at de ansatte etterlever lovverket og utfordret de kulturelle barrierene som forekom og hindret avviksrapportering knyttet til de spesifikke forskriftene:

«Også er det det vi er veldig opptatt av, at det skal være lav terskel for å melde brudd på noe av det vi holder på med. Fordi hvis folk blir redde for å melde fra, det er veldig farlig. Så meld heller en gang for mye enn en gang for lite. Fordi i disse systemene så er vi ikke ute etter å ta folk, det er hvordan fungerer systemet. Og da ser vi hvis det er brudd på retningslinjer, brudd på system osv. Så må du på en måte finne ut av her, hvor gikk dette galt?» (Kommunalsjefen).

Til tross for Kommunalsjefens oppfordring til å rapportere avvik, opplevde flere av deltakerne utfordringer tilknyttet manglende ressurser og oppfølging av avvik.

«Det skrives ikke nok avvik på det nei. Da hadde vi skrevet avvik hele dagen, hele tiden hver dag, [...]. Jeg har ikke kapasitet til å behandle avvikene. Jeg ser de, også ser jeg hvor alvorlige de er, også må jeg behandle de kanskje et halvt år senere. Ah, shit, my weak spot, [...]. Jeg har purring på purring på purring, på at avvik må behandles,

også sier min leder: men vet du hva, bare ikke prioriter det, fordi du må også vise at vi har et arbeidspress. Så da er egentlig det ganske tydelig for å vise oppover i systemet at vi har ikke kapasitet til det» (Avdelingsleder 2).

Mens Pleiepersonell 1 beskrev at manglende oppfølging fra lederen etter avvikrappoterering førte til at vedkommende ble demotivert og hadde sluttet å skrive avvik, viste det seg at de ulike omsorgssentrene hadde ulik avvikskultur. Pleiepersonell 2 påpekte en forståelse av at dersom andre plasser ikke opplever at avvikene får tilstrekkelig oppfølging så kan det føre til en demotiverende holdning til å rapportere avvik. På den andre siden beskrev Pleiepersonell 2 en mer positiv avvikskultur hos dem, der leder oppfordret til å skrive avvik hvis det var noe som ikke fungerte. Det ble rapportert at selv om opplæringen av avvikrappoterering var mangelfull, så ble avvik ofte skrevet. Likevel gjaldt avvikene som regel forhold som utagering, urinering i gangene, lav bemanning, og sjeldnere psykososial helse.

Selv om det identifiseres brudd på forskriftene, fremkom det i datamaterialet at det finnes ulike tilnærminger til avvikrappoterering. Samlet sett tyder funnene på at avvik hovedsakelig omhandler konkrete hendelser som feilmedisinering og vold, mens brudd på forskriftene knyttet til psykososial helse blir underrappotert. Denne underrappotereringen kan potensielt ha negative følger for arbeidet med å etterleve forskriftene i eldreomsorgen.

## **5.4 Organisering, struktur og prioritering**

Flere deltakere beskrev organiseringen i deler av eldreomsorgen som ineffektiv og uttrykte samtidig et ønske om endring. Dette ble også knyttet til en opplevelse av manglende ressurser, der noen av deltakerne argumenterte for at en forbedret organisasjonsstruktur kunne frigjøre flere ressurser som igjen kunne bidra positivt til etterlevelse av lovverket i praksis. Blant annet ble det ytret et ønske om at sykepleiere skal gå på topp, som betyr å trekke sykepleierne ut av grunnbemanningen for å ivareta sykepleiefaglige prosedyrer. Samtidig dedikeres egne ansatte til mer praktiske oppgaver som søppeltømming, matlaging og klesvask. Pleiepersonell 1 problematiserte også tiden som gikk med til praktiske gjøremål, og hvordan dette kunne redusere den tilgjengelige tiden for ansatte til å være sammen med de eldre:

«Andre praktiske oppgaver. Fulle på rommene og sånne ting [...] som en gjør som kanskje en annen person burde gjøre. Fulle kjøleskapet, ta søpla, rydde i skapet og



masse ting som tar tid fra det som er viktig. [...]. De bryr seg ikke om det ikke er så ordentlig stelt. Jeg tror de vil helst at vi kan sette oss ned med dem, prate med dem og høre om hvordan de har det i stedet for å brette tøy [...]. Og dårlig bemanning selvfølgelig. Vi er nødt til å gjøre ting, og da har vi ikke tid til de, ikke på den måten jeg skulle ønsket meg. Men det er noen dager vi er godt bemannet, og vi har tid til å gjøre noe ekstra, og da kan du se at de blir så takknemlig og det blir en helt annen stemning på avdelingen» (Pleiepersonell 1).

Videre ønsket Pleiepersonell 2 seg at avdelingsledere var mer til stede i miljøet for å sikre at forskriftene blir fulgt, mens Pleiepersonell 1 ytret misnøye rundt bruken av tilgjengelige ressurser:

«Jeg føler at folk nesten glemmer hvor viktig psykososial helse er, eller gidder ikke, og da blir jeg så frustrert når jeg ser at vi har faktisk tid til dette, spesielt elever, lærlinger og elever via nav, bare sitter ned og ser på telefonen, og da blir jeg så frustrert, og det er slitsomt å si ifra om igjen og om igjen» (Pleiepersonell 1).

#### 5.4.1 Manglende ressurser

Flere av deltakerne uttrykte bekymring over ressursmangel, spesifikt i form av utilstrekkelig bemanning. Noen påpekte også utfordringer knyttet til å etterleve forskriften som omhandler eldre sine rettigheter til å komme seg ut. Avdelingsleder 2 tolket dette som at de skal ha anledning til å komme seg ut hver dag å få luft om dette er ønskelig, men bemerket seg samtidig at dette ikke alltid var tilfellet:

«Det er mange som vil, men vi har ikke kapasitet. Vi prøver så godt vi kan, vi har jo en veranda, men det er ikke det samme» (Avdelingsleder 2).

Dette var en oppfatning Pleiepersonell 1 delte, og beskrev for øvrig hvordan de ikke har fått tatt i bruk utstyr til aktiviteter de har tilgjengelig som følge av mangel på ansatte:

«Jeg føler at vi har alle disse tingene, spill, leker og alt, men vi har ikke folk som kan gjøre dette. Og da er det ikke vits med alt dette, hvis det bare skal stå der» (Pleiepersonell 1).

Denne utfordringen ble også beskrevet av Pleiepersonell 2 som fortalte at de hadde brukt en stor sum på sykler med vogn. Dette ble beskrevet som en fantastisk mulighet for å få de eldre ut og et godt bidrag inn mot å ivareta den psykososiale helsen. Derimot viste det seg at syklene ble lite brukt fordi det ikke var nok folk på jobb:

«Vi har noen sykler her, de har vi ikke fått brukt de siste årene, for da må en person forsvinne helt, [...]. Så vi kan bli enda flinkere til dette, men så er vi vikarer og ferievikarer, og det er ikke det at de ikke er flinke, men de er ikke så vant med det, så alt går litt senere. Det er ikke så lett alltid å få den tiden man skulle hatt. Vi skulle gjerne hatt flere hender, [...]» (Pleiepersonell 2).

I tillegg påpekte flere av deltakerne et behov for eksterne aktører i forbindelse med ulike aktiviteter og kulturelle tilbud, samt for å kunne tilbringe tid sammen med de eldre utover det praktiske. Dette omfattet frivillige, studenter og ansatte i arbeidstrening via Nav. Videre argumenterte flere deltakere for at når eksterne aktører var til stede kunne personalet benytte anledningen til å praktisere «det lille ekstra» i sin omsorg for de eldre, utover det helt nødvendige som stell, mat og andre praktiske gjøremål. Dette inkluderte sosiale aktiviteter, gå en tur og samtaler med de eldre. Pleiepersonell 2 beskrev det på følgende måte:

«... også har vi jo lærlingen min som skal være halvparten på toppen, så da har vi jo en ekstra, sånn to til tre dager i uken og det hjelper jo veldig. En som kan sitte ned og roe det litt ned, det er ofte bare det de trenger ved siden av dem, noen som ser de litt prater med de» (Pleiepersonell 2).

Igjennom intervjuene ble det presentert et bilde av hvordan organiseringen av tjenesten så ut. Prioriteringene både på kommunalt nivå, med tanke på ressursfordeling i eldreomsorgen, og hvordan den daglige driften påvirket i hvilken grad forskriftene etterlevs. Det ser også ut til at flere av deltakerne mente at det potensielt kan frigjøres tid og ressurser ved en mer optimal organisering av tjenesten, samt en mer effektiv utnyttelse av tilgjengelige ressurser. Det ble rapportert om utilstrekkelig personell til å tilrettelegge for de eldre sin mulighet til å delta i ulike aktiviteter, samtaler og individuelt tilpassede tiltak. For å imøtekomme disse behovene, og således ivareta kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften, synes flere i tillegg å være avhengig av støtte fra eksterne aktører.

## 5.5 Holdninger i eldreomsorgen

Holdninger til eldre med hjelpebehov synes å påvirke ansattes evne til å etterleve gjeldende lovverk i eldreomsorgen. Gjennom intervjuene kom det frem et bredt spekter av ulike holdninger og oppfatninger av eldre med hjelpebehov både på arbeidsplassen og i samfunnet generelt. Fra kommunalsjefer og avdelingsledere som uttrykte en stor respekt for ansatte som strakk seg langt for å oppfylle kravene som eldreomsorgen satt, til ansatte som slet med utbrenthet og negative holdninger. Avdelingsleder 1 formidlet en forpliktelse til å levere eldreomsorg av høy kvalitet og roset ansatte som hadde en genuin interesse for sitt arbeid, drevet av noe mer enn kun økonomisk vinning. Denne dedikasjonen til eldreomsorgen var også tydelig blant Pleiepersonell 1 og Pleiepersonell 2. Pleiepersonell 1 uttrykte respekt og omsorg for de eldre beboerne på arbeidsplassen, og fortalte at de gjorde alt de kunne for å imøtekomme deres behov til tross for utfordringene helsevesenet står ovenfor:

«Vi gjør vårt beste, [...]. Alle gjør alt for at de skal ha så hyggelige dager som de kan. Det kan jeg garantere. [...], selvfølgelig det kan bli mye bedre, [...]» (Pleiepersonell 1).

På den annen side fremkom også bekymringsfulle holdninger til eldreomsorg. Avdelingsleder 2 beskrev en kultur der de fleste hadde positive holdninger til de eldre, preget av respekt, omsorg og interesse. Imidlertid viste ett fåtall ansatte tegn til manglende respekt og dårlig arbeidsmoral. Pleiepersonell 2 viste også bekymring for dårlige holdninger blant kollegaer, med eksempler på ufine tilbakemeldinger og manglende tålmodighet:

«Jeg opplever at noen ikke har den holdningen som jeg skulle ønske de hadde. [...]. De prater litt sånn «Det sa jeg jo i sted». Litt sånn frekke tilbakemelding «Du har jo nettopp vært inne på do». Eller bare ta de og legge de, bare sånn, [...]. De bestemmer selv når de skal legge seg. Det er ikke bare å ta noen. Også er det sånn «de sier jo ikke noe likevel». Men jeg tenker spør de «er det greit at vi hjelper deg inn og legger deg nå, så får du hvilt litt?». I stedet for å bare kjøre de. [...]. Uff, det er mye som ikke er greit. [...]. Også har du de som kanskje ikke liker å dusje, så kan du ikke bare «du skal dusje», du må gi de litt tid først, [...]. Du kan ikke bare gyve på, for du vil få tilbake det senere tror jeg» (Pleiepersonell 2).

De ansattes opplevelse av holdninger til eldreomsorgen var varierte. De negative holdningene som ble identifisert kunne knyttes til utbrenthet. Dette kunne deretter føre til utfordringer

relatert til å oppfylle lovpålagte krav og sikre helhetlig omsorg. Oppgaver som omhandlet psykososial helse ble ofte nedprioritert, og ble sett på som det «lille ekstra» i eldreomsorgen:

«Vi er så forskjellige og har forskjellige holdninger. Det er noen som bare «å, skal du ut på tur?». Nesten som om de ler av det. Jeg syntes det er et kjempeviktig tiltak og jeg vil alltid drive sånn, men det er jo nesten som at folk har mistet motivasjon og er utbrente, kan ikke gi så mye, det lille ekstra. [...]. Hverdagen er hektisk, men det burde bli prioritert» (Pleiepersonell 1).

Intervjuene avslørte også en opplevelse blant de ansatte som arbeider direkte med de eldre med hjelpebehov om at samfunnet i økende grad nedprioriterer eldreomsorgen og overlater ansvaret til pårørende og de eldre selv, mens offentlige ressurser og engasjement ser ut til å være begrenset. Følgelig påpekte de en sårbar situasjon der de opplevde seg hjelpeløse, samtidig som de eldre risikerte å bli neglisjert og oversett. De hevdet at politikere ofte lovet forbedring i eldreomsorgen, men sjeldent fulgte opp med handling, noe som resulterte i frustrasjon og ansatte som følte seg maktesløse:

«Selv om politikerne snakker om at eldreomsorg er viktig og sier at «å, vi skal gjøre det og det», så blir det ikke gjort. Det blir bare snakking og folk får så store forventninger både til sykehjem og hele helsevesenet når det gjelder eldreomsorg, og da er det ikke så lett å gjøre som alle forventer av oss, også blir det dårlig snakking: «på det sykehjemmet gjør de ikke det og det», [...]. De har ikke peiling på hvordan det er å ha 1000 ting å gjøre på vekten og ja, det burde bli litt viktigere i samfunnet og i politikken» (Pleiepersonell 1).

Samlet sett viser funnene forekomst av ulike holdninger i eldreomsorgen, fra dyp respekt, omsorg og et stort engasjement, til likegyldighet, frustrasjon og neglisjering. Det kan se ut som om det store mangfoldet av holdninger skyldes et komplekst samspill mellom individuelle verdier, organisatoriske faktorer og samfunnets syn på eldre med hjelpebehov, samt et gap mellom politiske løfter og praksis. Det kan utfordre hvordan mennesker på ulike systemnivå arbeider for å sikre etterlevelsen av forskriftene i praksis. Dette tydeliggjør behovet for økt fokus og kontinuerlig refleksjon over utfordringene eldreomsorgen står overfor i dagens samfunn. Samtidig kan det implisere et behov for bedre opplæring og oppfølging slik at en kan forbedre holdninger og praksis for å sikre en verdig eldreomsorg.

## 5.6 Tilsyn på forskriftene

Tilsyn ser ut til å utgjøre en viktig rolle for å sikre at forskriftene blir etterlevd i helse- og omsorgssektoren, likevel fortalte deltakerne at det forekom ulike tilnærminger til tilsyn og etterlevelse av forskriftene. Ifølge Kommunalsjefen hadde de jevnlig omfattende tilsyn i regi av statsforvalteren, arbeidstilsynet og mattilsynet, samt internt initierte tilsyn i deres kommune. Det ble fremstilt som et viktig verktøy for å sikre at institusjonene praktiserer i samsvar med gjeldende lovverk. Til tross for de mange tilsynene reflekterte Kommunalsjefen over at det ikke har vært tilsyn på de nevnte forskriftene innad i deres institusjoner, og satt søkelys på manglende landsomfattende tilsyn på de aktuelle forskriftene.

På den annen side indikerte intervjuet med Statsforvalteren at tilsynene ofte hadde fokus på mer overordnet forsvarlighet og ikke nødvendigvis rettet seg mot detaljene i de nevnte forskriftene. Imidlertid nevnte Statsforvalteren at det har vært gjennomført tilsyn knyttet til håndhevelsen av låste dører som er relatert til kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene:

«Vi har ikke tilsyn på om forskriftene etterleves i praksis. Ikke som jeg vet. Ikke sånn direkte at nå oppretter vi tilsynssak på forskriftene, men det inngår jo når vi er ute og vurderer låste dører, så er det jo naturligvis disse rettighetene som ligger i bunnen for lovverket» (Statsforvalteren).

I tillegg til å sikre overholdelse av lovverket, virker det som om det var bred enighet at tilsyn også bidro til læring og forbedring av praksis. Kommunalsjefen fortalte at en aldri kan si at ikke tilsyn er lærerikt, noe som flere kunne bekrefte:

«Hensikt med tilsynssaker da, først og fremst er det jo for å se om de har brutt loven, men det andre aspektet som er vel så viktig er jo hva har vi lært, kan vi lære noe av denne hendelsen, kan vi lære noe så det ikke skjer igjen og kunne det vært unngått. Så det er mye læring i de her sakene» (Kvalitetsrådgiver).

Det kan virke som at selv om tilsynene skal vurdere om lovverket blir fulgt, viser våre funn at det kan være utfordringer relatert til tilsynenes fokus og omfang. Til tross for at tilsyn bidrar til læring og forbedring av praksis, klarer de ikke å favne det psykososiale aspektet tilknyttet forskriftene. Det kan understreke betydningen av en mer helhetlig tilnærming til tilsyn for å

sikre at de eldre sin sosiale og psykiske helse blir ivaretatt i tråd med verdighetsgarantiforskriften og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene.

## 5.7 Ansvarsfordeling i eldreomsorgen

Datamaterialet kaster lys over kompleksiteten i ansvarsfordelingen for etterlevelse av forskriftene i eldreomsorgen. Samtlige av deltakerne likevel understreket at hovedansvaret for å sikre en verdig eldreomsorg ligger hos kommunene. Det ble trukket frem betydningen av kommunenes ledelse for å sørge for tilstrekkelige ressurser, opplæring og retningslinjer for å sikre etterlevelse av forskriftene i eldreomsorgen:

«Det ligger jo i kommunene, også er det de som må pålegge de som er under de igjen, ledere. Også er det de som må pålegge oss igjen, til gode holdninger. Også er det så klart viktig med gode møter for dette. Struktur på hvordan de vil ha det, det er kjempeviktig. Og en god ledelse, og hvilke holdninger de har, det tenker jeg er veldig viktig» (Pleiepersonell 2).

Dette harmonerer med Statsforvalteren som poengterte at det er gode systemer i kommunene som skal sikre gode holdninger og følgelig at forskriftene blir etterlevd til enhver tid uavhengig av hvem som er på jobb:

«Vårt fokus er jo på system. [...]. Det er kommunen som skal sikre at det ikke skjer noe galt, [...]. Det skal være et ansvar som ligger et annet sted enn på den enkelte ansatte. Det skal ikke være opp til deg om brukeren får komme ut eller hvor ofte de får komme ut å gå tur. Hvis du er glad i å gå tur så er du flink til å gå ut med beboerne, men hvis en annen ikke kan fordra regnvær så får de ikke komme ut, slik skal det ikke være. Det skal være et system som skal sikre at de skal få det de skal ha uansett hvem som er på jobb. Det er det som er grunnleggende i vår tilsynstankegang. Og at hvis det skjer feil så skal kommunen rette opp så det ikke skjer igjen» (Statsforvalteren).

Til tross for kommunenes overordnede ansvar kan det se ut som om kommunene trenger støtte for å oppfylle de lovpålagte kravene. Kommunalsjefen fremhevet blant annet kommunens overordnede ansvar, men påpekte samtidig et behov for teknologisk innovasjon og systemendringer for å imøtekomme utfordringene eldreomsorgen står ovenfor.

Avdelingsleder 1 understreket sin egen rolle i å levere tjenester til beboerne på avdelingen, men påpekte imidlertid at støtte fra overordnet ledelse og tilgjengelige ressurser, som for eksempel trivselskoordinatorer, var avgjørende for å oppfylle dette ansvaret. Det kan i tillegg tyde på at pårørende er viktig i ansvarsfordelingen:

«Også selvfølgelig ligger ansvaret også på det private. Jeg tenker på pårørende, frivillige, vi er jo nødt til å bygge på dem, hvis ikke hadde det ikke gått rundt, hvis ikke vi hadde pårørende som sto på og bidro overfor sine eldre og masse frivillighet som jeg holdt på å si dessverre, men også heldigvis at de finnes» (Statsforvalteren).

Videre ble det påpekt at det politiske aspektet også står sentralt, ettersom budsjetter vedtas og politikere deltar aktivt i ressursfordelingen til eldreomsorgen. Avdelingsleder 2 argumenterte for økt grad av øremerkede midler fra staten for å sikre en mer hensiktsmessig prioritering av ressurser:

«Hvis ikke det er øremerket så bruker avdelingene det til noe annet. Til å dekke underskudd. Lett. Over en lav sko så blir det det. For at tallet skal se bra ut. [...]. Alle små avdelinger sitter der «Å, vi skulle hatt trivselskoordinator, vi har ikke hatt det på 2-3 år, fordi den var sykemeldt. Ingen vikarer, ingenting, men det ser veldig fint ut i budsjettet». For det er jo en million i pluss nesten» (Avdelingsleder 2).

Pleiepersonell 1 understrekte at ansvaret deles mellom de ulike organisatoriske nivåene, og at manglende oppfølging fra en part kan påvirke helheten negativt:

«Jeg tror alle har sin egen bit i dette. Fra politikerne som skal bestemme budsjettet, til enhetsleder som skal se hvordan det skal fordeles, til avdelingsleder som skal planlegge også til vi ansatte på gulvet. Jeg tror alle har sin egen rolle i dette. Og da er det vanskelig hvis en brikke ikke følger med» (Pleiepersonell 1).

Oppsummert tyder funnene på at ansvaret for å ivareta en verdig alderdom er kompleks og delt mellom ulike aktører på både systemnivå og avdelingsnivå. Mens kommunene har et overordnet ansvar, er de også avhengig av tydelig ledelse, gode holdninger og tilstrekkelige ressurser. Det fremstår dermed et tydelig behov for økt samarbeid og klare retningslinjer på alle nivåer for å sikre etterlevelse av lovverket og følgelig en verdig eldreomsorg.

## 5.8 Oppsummering og refleksjoner

Studien ønsker å undersøke hvordan mennesker på ulike systemnivå arbeider for å sikre at kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften blir praktisert i eldreomsorgen. Oppsummert viser funnene at kunnskapen om og tolkningen av forskriftene varierer blant deltakerne. Manglende opplæring og veiledning førte til utfordringer med å etterleve forskriftene på det nederste tjenestenivået.

Det ble rapportert om flere brudd på forskriftene, til tross for at avviksrapporteringen ikke ser ut til å gjenspeile dette. Ressursmangel og ineffektiv organisering ser ut til å hindre mulighetene til å oppfylle lovmessige krav i eldreomsorgen. Videre varierte holdningene blant ansatte fra stor respekt og dyp omsorg til likegyldighet og neglisjering av de eldre.

Tilsyn som skal spille en viktig rolle i å sikre etterlevelse av lovverket, ser ut til å ikke prioritere psykososial helse for eldre med hjelpebehov. Når det gjelder ansvarsfordelingen for å sikre en verdig eldreomsorg er den kompleks og delt mellom ulike aktører, der kommunene fungerer som hovedaktør.

Samlet sett viser funnene at arbeidet med å etterleve lovverket i eldreomsorgen er preget av en rekke utfordringer knyttet til manglende kunnskap om forskriftene, ulike tolkninger, ressursmangel, manglende avvikshåndtering, varierende holdninger og ansvarsfordeling. Oppsummert tyder dette på et behov for økt oppmerksomhet på psykososiale helse i eldreomsorgen. Dette inkluderer bedre opplæring, tydeligere retningslinjer, bedre ressurstilgang, tydeligere ledelse, holdningsendringer og klarere ansvarsfordeling. Dette krever økt samarbeid på tvers av nivåene og kontinuerlig refleksjon over en mer helhetlig praksis for å sikre at forskriftene blir etterlevd i eldreomsorgen.

I det påfølgende kapittelet diskuteres funnene opp mot relevante teorier og forskning som omhandler velferdsstaten og diskriminering av eldre. Det er ønskelig å belyse gapet mellom forskriftenes idealer og den faktiske praksisen i eldreomsorgen. Dette kan bidra til å skape en grundigere forståelse for årsakene til dette gapet og hvordan det kan reduseres, slik at en kan styrke fokuset på psykososial helse. Det kan være betydningsfullt for å få bredere forståelse for faktorer som påvirker etterlevelsen av lovverket, og følgelig å arbeide mot en verdig eldreomsorg i tråd med lovverket.



## 6.0 DRØFTING

Etter å ha lest og gjennomført en grundig analyse av datamaterialet knyttet til hvordan kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften praktiseres i eldreomsorgen, opplever vi et tydelig gap mellom idealene som forskriftene representerer og den faktiske praksisen i eldreomsorgen. Diskusjonen vil derfor belyse ulike faktorer som påvirker gapet mellom ideal og praksis. Gjennom å se nærmere på dette, ønsker vi å bidra til en mer helhetlig forståelse for utfordringene tilknyttet etterlevelse av lovverket i eldreomsorgen.

### 6.1 Organisering og uklar ansvarsfordeling i eldreomsorgen

I datamaterialet fremkom det en konsensus om at kommunene bærer det overordnede ansvaret for at eldreomsorgen praktiseres i henhold til gjeldende lovverk. Imidlertid viser analysen en kompleksitet i dette ansvarsområdet, der kommunen er avhengig av flere aktører for å kunne oppfylle sine forpliktelser, slik som frivillige organisasjoner og pårørende. Samtidig som avdelingsledere og mellomledere i kommunen deltar i styringen av eldreomsorgen, er de også avhengig av staten og politiske beslutningstakere for å sikre tilstrekkelig økonomisk bevilgning og ressurser.

Schjødt et al. (2012, s. 16) bekrefter det store ansvaret som pålegges kommunene. Han trekker frem at kommunen har en viktig og sentral rolle i velferdsstaten, og er ansvarlig for store deler av tjenestene som leveres. Samtidig står kommunen relativt fritt til å fordele midler og ressurser. Videre belyser Briseid (2017, s. 95-97) hvordan statsforvalteren også har et ansvar. De skal føre tilsyn for å sikre at kommunene overholder loven. Riktig nok fremkommer det i studien at det ikke føres tilsyn på gjeldende forskrifter.

Blant pleiepersonell i studien vår ble det uttrykt frustrasjon over å ikke klare å leve opp til forventningene i eldreomsorgen. Videre opplevde de å få skylden for å ikke levere kvalitet i omsorgen. En mulig forklaring på dette kan vi finne hos Vike (2013, s. 63-65) som belyser deler av denne utfordringen. Manglende oppfyllelse og imøtekommelse av psykososiale behov resulterer ofte i at kommunen med avdelingsledere, og særlig pleiepersonell, blir fremstilt som "syndebukken". Dette fordi pleiepersonell og avdelingsledere blir kommunens

og eldreomsorgens fremste representanter, spesielt i møte med pårørende. Som et resultat av at det bevilges begrensede midler og ressurser fra de øvrige tjenestenivåene, opplever de ansatte på lavere tjenestenivå en følelse av både ansvar og skyld.

Den stramme budsjettammen og økt effektivisering ser ut til å være en kontinuerlig tendens i den moderne velferdsstaten. En konsekvens av denne utviklingen ser ut til å være en separasjon mellom makt og ansvar (Vike, 2013, s. 64-65). En ser at ansatte som arbeider direkte med tjenestebrukere får lav påvirkningskraft på viktige beslutningsområder (Skatvedt et al., 2015, s. 30). Likevel bærer de organisasjonens ansvar for tjenesten som blir levert i møte med tjenestemottaker, pårørende og eksterne aktører. Her oppstår det følgelig en problemstilling hos den enkelte ansatte som leverer tjenester fra kommunen. De ansatte i førstelinjetjenesten må hyppig håndtere gapet mellom målene til velferdsstaten, nedfelt i aktuell lovgivning, og de begrensede ressursene de har tilgjengelig (Vike, 2013, s. 65).

Et av studiens tydelige funn er den manglende avvikrappoteringen fra ansatte i eldreomsorgen, noe som videre kan diskuteres i lys av begrepene makt og ansvar. For det første uttrykte de ansatte på nederste tjenestenivå en bekymring relatert til lite tilstedeværelse fra lederne, samt at nærmeste leder behandlet avviksmeldingene på en utilfredsstillende måte. For det andre kan det være problematisk at det er nærmeste leder som behandler avviksmeldingene, da ansatte kan være redde for å sende inn avviksmeldinger som involverer nettopp deres egen leder og lederens daglige drift. Dette illustrerer hvordan makt og ansvar ser ut til å være splittet innenfor eldreomsorgens struktur og organisering. Selv om ansatte bærer ansvaret for å utføre kvalitet i omsorgstjenestene, er det ledelsen som har den utøvende makten til å initiere endringer basert på slik avvikrappotering. Slik vi ser det hviler det dermed et stort ansvar på ledere vedrørende hvilke signaler og støtte de sender til ansatte angående avvikrappotering.

Samlet sett fremstår ansvarsfordelingen i eldreomsorgen som en kompleks og omfattende oppgave for velferdsstaten. Det kan se ut til at det overordnede ansvaret for at eldreomsorgen praktiseres i tråd med lovpålagte krav ligger i kommunene, men at de i realiteten ikke klarer å bære ansvaret uten hjelp fra eksterne aktører. Til tross for at ansatte, som arbeider direkte med tjenestemottaker, ikke innehar beslutningsmyndighet angående ressursfordeling bærer de ansvaret utad. Følgelig blir de stående i en spagat mellom for lite ressurser og tid, og ansvaret om å levere en tjeneste som sikrer en verdig eldreomsorg. Dette tydeliggjør et behov for økt fokus på ressursfordeling og bedre samarbeid på tvers av de organisatoriske nivåene for riktig

ansvarsplassering. I tillegg er det nødvendig med økt tilstedeværelse og støtte fra ledelsen, for å fremme en avvikskultur preget av åpenhet, kontinuerlig læring og forbedring av tjenesten. På denne måten kan en minske gapet mellom forskriftenes idealer og faktisk praksis i eldreomsorgen, og følgelig sikre en eldreomsorg som er i tråd med gjeldende lovverk.

## 6.2 Prioriteringsutfordringer i eldreomsorgen

En gjennomgående tematikk som fremkom i intervjuene var utfordringene knyttet til å imøtekomme psykososiale behov som følge av kapasitetsproblemer i eldreomsorgen, spesielt med tanke på manglende ressurser og underbemanning. Flere av deltakerne beskrev en arbeidshverdag preget av høyt tidspress og begrensede muligheter til å prioritere annet enn de mest presserende oppgavene, som medisinerer, personlig stell og ernæring.

Tidligere forskning støtter i stor grad våre funn vedrørende utfordringer knyttet til kapasitet i eldreomsorgen, som deretter påvirker muligheten til å prioritere psykososiale behov. Dette kan ses i sammenheng med Ingstad (2010) som beskriver et bilde av en travel arbeidshverdag for overarbeidede sykepleiere som er tvunget til å fokusere på de meste prekære behovene som ernæring, hygiene og medisinerer, på bekostning av trivsel og sosialt samvær. Studien fremhever videre at knapphet på tid og ressurser ofte kan tilbakeføres til begrensede økonomiske midler og høyt forventningspress fra ledelse. Følgelig tvinges sykepleiere til å tilpasse seg ved å justere kravene og avvike fra idealer (Ingstad, 2010, s. 15-16). Dette ser ut til å skape en uoverensstemmelse mellom forskriftenes idealer om en verdig alderdom, som også dekker sosiale behov, og den faktiske virkeligheten i praksis. Dette gapet synes å være en konsekvens som hovedsakelig blir en belastning for ansatte i eldreomsorgen, i form av tydelig arbeidspress og urealistiske forventninger i lys av de tilgjengelige ressursene. Det er rimelig å anta at dette vil påvirke etterlevelsen av forskriftene som skal sikre at de eldre får dekt sine psykososiale behov.

Tilsvarende funn fremkommer også i Skatvedt et al. (2015, s. 25-27) sin studie som tar for seg ansatte innen eldreomsorgen som rapporterer om forsømmelse av eldre med psykiske helseproblemer. De ansatte blir presset til å prioritere somatiske behov fremfor psykososiale, og det å bruke ekstra tid på brukerne kan føre til sanksjoner eller konflikter med kollegaer.

Dette skaper et dilemma der ansatte føler seg fanget mellom å følge organisasjonens retningslinjer eller å handle i tråd med sin yrkesetikk for å ivareta de eldre sine behov.

Ut ifra dette kan det se ut som at ansatte ubevisst prioriterer fysiske behov fremfor psykososiale behov. Dette er i strid med Verdighetsgarantien (2010, § 2) som påpeker at kommunene skal legge til rette for en meningsfylt hverdag. I tillegg fremkommer det i Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003, § 3) at kommunene skal sikre at sosiale behov som samvær, sosial kontakt og aktivitet blir tilfredsstilt. I lys av dette fremhever Haugsgjerd (2009, s. 267) at det er viktig å anerkjenne at psykiske, sosiale og åndelige behov er like viktige som de fysiske omsorgsbehovene hos eldre. I tillegg understreker Helse- og omsorgsdepartementet (2017, s. 9) at trivsel, livskvalitet, mening med tilværelsen og mestring av hverdagens utfordringer er viktige elementer for god helse.

Slike elementer står imidlertid i kontrast til realitetene mange eldre med hjelpebehov står overfor, da de av ulike årsaker kan ha begrensninger for å oppnå dette. Kan en forvente at eldre, i sine siste år, fortsatt søker etter mening med tilværelsen? Vi syns ikke dette fremstår som urimelig. Imidlertid trekker Daatland og Solem (2000) frem hvordan Eldres psykososiale behov blir påvirket av aldringsprosessen, med fysiske begrensninger, endrede tilpassings- og mestringsevner og redusert sosial deltakelse (Daatland & Solem, 2000, s. 18). I den forbindelse vil det å kunne mestre hverdagens utfordringer ta en annen form i senere livsfaser. Begrenset deltakelse i samfunnet, ulike helseutfordringer og sosial isolasjon kan utfordre meningen med tilværelsen og evnen til å håndtere dagliglivets oppgaver. Dette tvinger oss til å utforske hva det vil si å oppleve en meningsfull alderdom og hvordan vi som samfunn kan legge til rette for å oppfylle eldre menneskers psykososiale behov på en mer helhetlig måte i eldreomsorgen.

Videre er det urovekkende for oss at flere av deltakerne i vår studie beskriver at psykososial helse i dag tilbys som noe «ekstra», når dette er nedfelt i lov. Samtidig ytrer de et ønske om en bedre organisering av tjenesten for å friggi tid og ressurser til å arbeide i større grad med psykososiale behov. Dette kan knyttes opp mot Munkejord et al. (2018) sin studie som påpeker at sosial omsorg i stor grad blir håndtert som ekstraoppgaver for ansatte i hjemmetjenesten, uten klare retningslinjer eller vedtaksfesting. Videre blir det beskrevet at mangelen på organisert oppmerksomhet omkring sosial omsorg kan føre til at det gradvis utelates fra den hjemmebaserte omsorgstjenestens fokus, spesielt i lys av den dominerende prioriteringen av de mest prekære behovene. Videre blir det beskrevet at selv om

renholdsarbeidet utført av hjemmehjelperne er viktig, er det «ekstraoppgavene» som går på det psykososiale, og som ikke er vedtaksfestet, som blir trukket frem som de mest essensielle og betydningsfulle for tjenestemottakerne (Munkejord et al., 2018, s.303, 304).

I likhet med Munkejord et al. og pleiepersonell i vår studie fremstår det for oss uforståelig at et ryddig klesskap og praktisk renhold går foran psykososiale behov som er nedfelt i lov. Dette kan tyde på en misforståelse eller manglende kunnskap og anerkjennelse av viktigheten av å ha noen å snakke med eller å komme seg ut i frisk luft. En annen mulig forklaring er at ansatte på det laveste tjenestenivået tilsynelatende utviser betydelig lojalitet overfor nærmeste leder. Våre funn viser at de strekker seg langt for å forsøke å tette gapet mellom forskriftenes intensjon om en verdig eldreomsorg og den faktiske praksisen. Det kan tenkes at dersom disse ansatte hadde mottatt signaler fra lederne om å prioritere psykososiale behov, som å gå turer eller tilrettelegge for eksistensielle samtaler, fremfor det å opprettholde et ryddig skap, kunne det vært mulig at disse behovene i større grad ville blitt prioritert.

Våre funn, i tillegg til relevant teori og forskning, peker på hvordan pleiepersonell blir stående i en spagat mellom forskriftenes intensjon om å ivareta psykososial helse og oppgavefordelingen i praksis. Det synes å være for stor avstand mellom lovpålagte forventninger, tilgjengelige ressurser og virkelighetsoppfatningen til ledelse på øvrige nivå, samt den faktiske erfaringen til ansatte som arbeider direkte med eldre tjenestemottakere. Pleiepersonell ytrer et tydelig ønske om en mer helhetlig tilnærming med økt ivaretagelse av de eldres psykososiale behov på den ene siden, mens tidspress, ressursknapphet og politiske føringer om å prioritere somatiske behov på den andre siden. Det kan se ut til at pleiepersonell blir utsatt for et krysspress av ulike faktorer som ikke lar seg forene.

I tillegg kan nedprioriteringen av psykososiale behov i tråd med gjeldende forskrifter forsterkes av en paradoksalt virkelighet i eldreomsorgen. En rekke lover og forskrifter eksisterer, uten at det tildeles tilstrekkelige midler til å overholde dem og uten konsekvenser for å bryte dem. Dette kan bidra til både politikerforakt og nedprioritering av forskriftene, da manglende håndhevelse av dem kan føre til at ansatte i mindre grad føler seg forpliktet til å følge dem. Konsekvensen av dette kan være at forskriftene ikke etterlevs i tilstrekkelig grad.

### 6.3 Manglende kunnskap og opplæring i eldreomsorgen

Datamaterialet kaster lys over betydelige utfordringer tilknyttet kunnskap om og tolkning av verdighetsgarantiforskriften og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenesten. Til tross for at Statsforvalteren og Kommunesjefen hadde god kjennskap til begge forskriftene, hadde ikke resterende deltakere tilstrekkelig kjennskap til dem. Det ble også pekt på manglende opplæring og veiledning knyttet til forskriftene, noe som kunne bidra til brudd og ulike tolkninger av dem. Dette fremstår bekymringsfullt med tanke på betydningen av riktig praksis for å sikre kvalitet i pleien og en verdig eldreomsorg.

Opp mot eksisterende forskning er det et tydelig gap mellom idealet «verdig eldreomsorg» og dagens praksis, og ut ifra funnene kan det virke som manglende kunnskap om forskriftene er en av årsakene. Martinsen (2005, s. 43) fremmer en påstand om at kunnskap og tid kan fremme samtalen. Det er derfor ikke overraskende at Briseid (2017) opplever at manglende kunnskap om relevant lovverk fører til systematisk brudd på noen av eldre med hjelpebehov sine rettigheter. Herunder er kravet om å tilby samtaler om eksistensielle spørsmål i verdighetsgarantiforskriften blant de rettighetene som oftest ikke etterleves (Briseid, 2017, s. 141).

Det kan derimot se ut som om det ikke alltid har vært slikt. Tidlig på 80-tallet var det en oppfatning om at det var nødvendig med omfattende og spesialisert kunnskap om eldre og aldring. Eldreomsorgen ble blant annet sett på som en sentral del av sykepleieres kompetanseområde. Det å tolke og møte eldre menneskers behov var en oppgave som krevde høy kompetanse, og sykepleiefaget var preget av en etisk forpliktelse om å ivareta denne oppgaven og forbedre tjenestene de var ansvarlige for. Dette innebar å potensielt kjempe mot hindringer som kunne komme fra arbeidsgivere, systemer som ikke fungerte, ledere, lokalpolitikere og lignende (Haukelien, 2021, s. 181).

Dessverre kan det ut ifra datamaterialet se ut som om eldreomsorgen har gått bort fra en slik praksis, til fordel for effektivisering og økonomisk kost-nytte verdi, som hindrer høy faglig kompetanse. Martinsen (2005, s. 89) argumenterer nettopp for at det i dagens helse- og omsorgssektor er økt vekt på at evidensbasert forskning skal legge føringer for praksis. Målet med evidensbasert forskning er å forbedre den kliniske praksisen, men det er vanskelig å

oppnå når det i praksis er begrenset med tid og ressurser for travle praktikere til å lese seg opp og anvende nok forskningslitteratur.

Det fremstår som et paradoks at travle helsepersonell utfordres til å holde seg oppdatert på den nyeste forskningen, ettersom de ikke har tid til å lese og anvende den. Hvis en sammenligner tidligere oppfatninger om behov for spesialisert kunnskap og etisk forpliktelse med dagens fokus på evidensbasert kunnskap, indikerer dagens fokus en utfordring. Slik vi ser det kommer en dermed ikke utenom å se på en omorganisering av helse- og omsorgssektoren, og om det er mulighet for bedre utnyttelse for eksisterende ressurser. Det er ikke rom for ytterligere sparing av midler, da dagens situasjon allerede ser ut til å være presset til det ytterste. Følgelig er det avgjørende å bevilge tilstrekkelige midler til opplæring og veiledning for å tette gapet mellom forskriftenes idealer og eksisterende praksis i eldreomsorgen.

#### **6.4 Manglende avviksrapportering i eldreomsorgen**

I våre funn kom det frem at pleiepersonell skrev avviksmeldinger, men ingen som omhandlet psykososiale forhold. Deltakerne var heller ikke klar over nødvendigheten av å skrive slike avvik. Videre ble det opplyst at de manglet opplæring eller veiledning i avviksrapportering. Det ble beskrevet som demotiverende å skrive gjentatte avvik som verken ble behandlet eller fulgt opp. Kommunalsjefen presiserte på sin side at det skal være lav terskel for å skrive avvik, mens avdelingsledere beskrev store mengder ubehandlede avvik uten kapasitet til oppfølging. Videre ble det instruert fra deres overordnede om å la være å behandle disse hvis ikke de hadde kapasitet, for å signalisere oppover i systemet hvordan praksis er i realiteten.

Briseid (2017, s.200) presenterer i sin forskning at avviksrapportering er en viktig del av intern kontroll systemet til kommunene. Hun omtaler det som et allerede eksisterende verktøy som ikke blir benyttet tilstrekkelig av ansatte, samtidig som staten antar at fagpersoner melder avvik. I studien fremkom det at brudd på verdighetsgarantiforskriftens paragraf som omhandler kravet om tilbud om samtale om eksistensielle spørsmål ikke ble skrevet avvik på. Det ble også trukket frem at avvikssystemet ikke er tilrettelagt for å melde avvik på slike forhold, ved at det ikke finnes egne rubrikker for dette. Konsekvensen er følgelig at staten

ikke får meldinger om systematiske brudd, og problemene marginaliseres av kommunenes ledelse.

Vike (2013, s. 188) beskriver også manglende kommunikasjon mellom det nederste tjenestenivået og de øvrige vedrørende utfordringer tjenestepersonell står ovenfor i praksis. Denne kommunikasjonen blir beskrevet som en enveiskommunikasjon, der de ansatte får tydelig beskjed av ledelsen om forventinger til hva som skal gjøres og en opplevelse av og ikke bli inkludert i beslutningsprosesser. Videre opplever de at de ikke får formidlet hvilke krevende utfordringer de står i.

Slik vi ser det finnes det utfordringer knyttet til implementeringen og utnyttelse av avvikssystemet i eldreomsorgen. Det er for oss bekymringsfullt at det ikke skrives avvik vedrørende brudd som omhandler psykososiale behov, og at ansatte på nederste tjeneste nivå ikke ser avviksrapportering som en mulighet til å realitetsorientere øvrige tjenestenivå. På den annen side fremstår dette ikke overraskende gitt manglende opplæring, utilstrekkelig kunnskap og et avvikssystem som ikke er tilpasset psykososiale forhold. Det er rimelig å anta at ansatte på nederste nivå kan dra nytte av avviksrapportering i større grad for å tydeliggjøre overfor øvrige tjenestenivåer utfordringene i arbeidshverdagen.

I tillegg kan, slik vi ser det, konsekvensene av manglende avviksmeldinger resultere i at psykososiale behov, i tråd med lovverket, ikke blir rapportert eller fulgt opp. Dette kan ha implikasjoner for hvordan ansatte prioriterer ulike behov og føre til manglende fokus på tiltak som kan hjelpe eldre med psykososiale utfordringer. En forklaring kan være at det fysiske og praktiske får mer fokus fordi det er lettere å måle og dokumentere om de eldre for eksempel har dusjet eller spist sine måltider. Indirekte kan fokuset på fysiske forhold føre til at psykososiale behov nedprioriteres fordi dette er mindre synlige i avviksrapportene. Resultatet av slik manglende avviksrapportering blir således et ubalansert bilde av virkeligheten, og en ond sirkel hvor psykososiale helse går tapende ut.

## **6.5 Manglende klager og tilsyn i eldreomsorgen**

Gjennomgående i datamateriale var at de eldre med hjelpebehov og deres pårørende sjeldent klagde etter det ble oppdaget brudd på de ulike forskriftene. Dette kan delvis skyldes manglende kjennskap til forskriftene, samt en oppfatning om at klaging ikke ville føre til



endinger. Briseid (2017, s. 149-150) kaster lys over en lignende problemstilling ved å påpeke at kommunene ikke alltid informerer nye hjemmetjenestebrukere om retten til å søke om hjelp i form av samtaler. Denne mangelen på informasjon kan føre til at eldre og deres pårørende ikke er klar over sine rettigheter, og følgelig får helsevesenet lav klagefrekvens.

Videre illustrerer Briseid (2017, s. 147, 171) hvordan saksbehandlere i helsevesenet ofte må ta hensyn til og tilpasse seg tjenesteleverandørenes interesser, til tross for at det kan forårsake systemiske lovbrudd. Det kan bidra til en praksis der rettighetene til tjenestemottakerne blir nedprioritert til fordel for å opprettholde gode relasjoner til tjenesteleverandørene. Samtidig er saksbehandlerne ofte opptatt av å skape et inntrykk av å kunne oppfylle alle helselovmessige krav, mens det i praksis er en umulig oppgave for kommunene å gjøre innenfor tilgjengelige ressurser. Dette skaper uheldige konsekvenser for eldre med psykososiale utfordringer, ved at deres rettigheter ikke imøtekommes for å redusere kostnadene.

Samlet sett viser våre funn og Briseids forskning hvordan praktiske begrensninger og prioriteringer innen helsevesenet kan svekke de eldres og pårørendes evne til å håndheve sine rettigheter, noe som følgelig kan være til hinder for etterlevelsen av forskriftene. Videre kom det frem at tilsynssaker knyttet til gjeldene forskrifter, verken på institusjonsnivå eller nasjonalt nivå, hadde vært gjennomført. Dette mønsteret kan ses i sammenheng med Briseid (2017, s. 95) som belyser hvordan statsforvalteren i stor grad styres av klager. Fokuset deres rettes derfor mot områder som generer mest klager, hvilket i praksis kan føre til at de sårbare gruppene, som eldre med psykiske utfordringer som sjeldent klager, ofte blir oversett.

Det påpekes også at fokuset på klager kan være problematisk da det kan favorisere de som er mest ressurssterke og innehar evne til å klage, mens de sårbare gruppene blir tilsidesatt (Briseid, 2017, s. 95). Denne oppfatningen indikerer et behov for en mer rettferdig tilnærming når det gjelder statens oppfølgingsarbeid for å sikre at alle borgere, uavhengig av ressurser og evne til å klage, får tilstrekkelig helsehjelp i tråd med gjeldene lovverk.

I tillegg rapporteres det at visse rettigheter, som retten til samtaler om eksistensielle spørsmål, sjeldent blir fulgt opp av statsforvalteren. Det blir begrunnet i at de har «viktigere ting» å følge opp (Briseid, 2017, s. 96-97). Dette kan bety at begrensede ressurser krever at en må prioritere noen oppgaver foran andre, til tross for at de er nedfelt i lov. Briseid (2017, s. 98-102) formidler også at politikere bruker lovgivning som et middel for å sikre legitimitet,

fremfor å realisere konkrete endringer. Det fører til at verdighetsgarantiforskriften, til tross for dens intensjoner og statsforvalterens forståelse av kommunenes utfordringer, ikke blir systematisk fulgt opp. Statsforvalterens begrensede ressurser og manglende handlekraft inn mot kommunene, bidrar til denne utfordringen.

Det blir tydelig at selv om det eksisterer lovmessige krav for å beskytte sårbare eldre med hjelpebehov, blir disse kravene ofte ikke oppfylt i praksis som følge av manglende ressurser og politiske prioriteringer. Tilsynsordningen ser ut til å ikke fange opp utfordringene knyttet til eldres psykososiale behov. En mulig forklaring på dette kan være den lave klagefrekvensen, samt manglende informasjonsdeling vedrørende eldres lovpålagte rettigheter. Dette indikerer et behov for en mer helhetlig tilnærming for å sikre at psykososiale behov ikke blir oversett i arbeidet med tilsynssaker.

## **6.6 Varierende holdninger i eldreomsorgen**

Varierende holdninger til eldre utgjør et sentralt funn basert på datamaterialet. På den ene siden fremkom det stort sett gode holdninger i form av en vilje til å strekke seg langt for å ivareta kvaliteten i omsorgen i tråd med lovverket. På den andre siden kom det frem at ansatte opplevde at samfunnet som helhet nedvurderte eldre med hjelpebehov, og at deres psykososiale helse ikke prioriteres verken i arbeidshverdagen eller i politiske beslutninger. Slike holdninger kan ha praktiske konsekvenser for etterlevelse av gjeldende lovverk.

Dette kan knyttes opp mot tidligere teori som viser at alderdom ofte er forbundet med negative stereotyper og at eldre diskrimineres (Cowgill & Holmes, 1972). Fenomenet har også blitt påpekt som alderisme, der eldre mennesker diskrimineres og deres behov nedprioriteres i samfunnet. (Butler, 1969, s. 243). På den ene siden kan Cowgill og Holmes (1972) sin moderniseringsteori bidra til å forklare deler av dette fenomenet. De fremhever at eldre menneskers status og innflytelse i samfunnet svekkes på grunn av teknologiens fremskritt og endringer i samfunnsstrukturer. Det kan føre til en nedvurdering av de eldre sin betydning og dermed påvirke holdningene til ansatte i helse- og omsorgssektoren (Cowgill & Holmes, 1972, s. 1-13). På den andre siden retter Daatland og Solem (2000, s. 13) oppmerksomheten mot andre årsaksforklaringer til dårlige holdninger. De påpeker hvordan aldring ikke passer inn i det moderne samfunnet som dyrker det ungdommelige, det sterke,

det friske og det framtidige. Dette er stikk i strid med det aldrende menneske som ses på som svakt og belastende for velferden.

Denne problematikken kan gjenspeiles i eldreomsorgen, der begrensede ressurser kan føre til at eldre blir «utkonkurrert» av andre grupper, noe som kan tolkes som en form for diskriminering der eldre ikke anerkjennes som likeverdige sammenlignet med andre grupper (Briseid, 2017, s. 144; Difi, 2010, s. 47; Hamran & Moe, 2012, s. 28). Det poengteres for eksempel at det finnes holdninger om at eldre brukere har begrensede sosiale behov (Hamran & Moe, 2012 s. 28).

I tillegg peker Difi-rapporten på uoverensstemmelser mellom kommunale ressurser og kravene til pleie- og omsorgstjenester, samt forskjellsbehandling begrunnet med bruken av skjønn (Difi, 2010, s. 47). Dette understreker hvordan aldersrelaterte holdninger kan påvirke praksisen i eldreomsorgen og skape et gap mellom ideologi og praksis. Diskriminering av eldre i tildelingen av ressurser kan være et resultat av aldersrelaterte holdninger som ikke er i tråd med prinsippene om likt behandlingstilbud og individuell tilpasning til alle samfunnsborgere i velferdsstaten Norge.

Holdninger i eldreomsorgen har også stor betydning for ansattes evne til å etterleve gjeldene lovverk og sikre en verdig eldreomsorg. Funnene om varierte holdninger til eldre blant ansatte i helse- og omsorgssektoren reflekterer kompleksiteten i praksisfeltet. På den ene siden uttrykker noen dyp respekt og omsorg for de eldre. Ansatte viser stor dedikasjon til sitt arbeid og uttrykker genuin interesse for de eldre, noe som kan bidra til at lovpålagte krav og behov for helhetlig omsorg blir oppfylt. På den andre siden rapporteres det også om negative holdninger og utfordringer med utbrenthet. Her vises tegn til manglende respekt og dårlig arbeidsmoral, noe som kan virke negativt på etterlevelsen av forskriftene i form av nedprioritering av oppgaver tilknyttet psykososiale behov.

Dette er i tråd med tidligere forskning som belyser konsekvensen av slike holdninger og påpeker tendensen til å betrakte eldre med hjelpebehov som glemske, ensomme, skrøpelige og hjelpeløse (Haukelien, 2021, s. 187). Slike diskriminerende holdninger kan påvirke prioriteringene til helsepersonell. Dersom de psykososiale behovene til eldre ikke blir tilstrekkelig anerkjent på grunn av slike holdninger, kan det føre til en praksis der behovene blir nedprioritert til fordel for andre oppgaver som oppfattes som mer viktige. Hamran og

Moe (2012, s. 23, 65) fremmer videre at det er påvist at det ikke lengre fins grobunn for universelle begrep om alderdomssvekkelse og at aldringen varierer individuelt. Daatland og Solem (2000, s. 23) poengterer følgelig at det må til en verdiendring i samfunnet der eldre kan bli betraktet som aktive deltakere og medborgere, fremfor byrder og besvær for velferdsstaten.

På samme måte retter Briseid (2017) oppmerksomheten mot hvordan endringer i velferdsstaten kan føre til underbehandling av psykiske helseutfordringer for eldre med hjelpebehov. Briseids poeng er knyttet til hvordan fokus på eldre sin psykososiale helse gradvis blir borte i samtalen om tjenestebehov og ressursfordeling i kommunene til fordel for «viktigere ting». Ifølge Briseid har statsforvalterne formet en praksis som unnlater å påpeke systematisk nedprioritering av eldres psykososiale behov i kommunene som følge av kapasitetsutfordringer og nødvendige prioriteringer (Briseid, 2017, s. 96). Dette kan tolkes i retning av at nedprioritering av psykososiale behov til eldre kan skyldes velferdsstatens kapasitetsproblemer og deres holdning om at psykososiale behov ikke er viktig nok. Følgelig kan dette bidra til et stort gap mellom idealet som vektlegger helhetlig eldreomsorg, og praksis der ansatte prioriterer andre områder på grunn av uheldige holdninger og organisatoriske faktorer.

Den systematiske nedprioriteringen av eldre sine psykososiale behov kan også bidra til å forklare funnene som viser at pleiepersonell har negative holdninger til politikeres endringsevne. De opplever politikernes løfter om forbedring i eldreomsorgen som tomme, da ordene sjeldent fører til handling. Briseid (2017) fremhever at lovgivning blir brukt som middel for å sikre legitimitet, fremfor å realisere konkrete endringer, samt at økonomiske hensyn og budsjettstyring går utover lovmessige krav (Briseid, 2017, s. 98, 145, 235). Dette kan resultere i frustrasjon blant ansatte og en opplevelse av maktesløshet da de mangler ressursene til å utføre omsorgen i tråd med de lovpålagte kravene (Vike, 2013, s. 63).

Til tross for at deltakerne hadde et ønske om å levere eldreomsorg i tråd med lovverket, kan et slikt gap mellom politiske løfter og faktiske handlinger skape usikkerhet og svekke tillit til politikerne, samt bidra til utfordringer knyttet til å praktisere gjeldene lovverk. Dette gapet mellom ideal og realitet understreker behovet for å sette søkelys på negative holdninger og aldersdiskriminering i helse- og omsorgssektoren, samt bedre ressursfordelingen for å sikre at eldre med hjelpebehov får et helhetlig og likeverdig tilbud i tråd med gjeldende forskrifter.

## 6.7 Reliabilitet

Kvale og Brinkman (2015, s. 137, 211, 276) beskriver reliabilitet som et begrep som vurderer graden av pålitelighet i forskningsresultatene og påpeker at det handler om hvorvidt resultatene kan gjenskapes, på ulike tidspunkt, av andre forskere. Samtidig belyser de utfordringer knyttet til forskerens reliabilitet når en bruker intervju som forskningsmetode. De påpeker at det ofte blir stilt spørsmål ved dette, herunder om personen som blir intervjuet vil svare annerledes ut ifra hvem som intervjuer, hvordan spørsmålet blir stilt og hvilken relasjon personen har til forskeren.

I vår forskning har vi vurdert reliabiliteten gjennom alle trinnene i forskningsprosessen. En rekke tiltak ble implementert for å øke pålitelighet og troverdighet i våre funn. Det harmonerer med Dalland (2020) som poengterer at datamaterialet må være samlet inn på en måte som gjør dem pålitelige selv om de i utgangspunktet er relevante (Dalland, 2020, s. 63). Vi har derfor forsøkt å gi en grundig metodebeskrivelse, herunder en detaljert beskrivelse av datainnsamlingen, transkriberingen og analyseprosessen. Det ble under intervjuene brukt en intervjuguide, for å sikre at vi stiller like spørsmål til deltakere på samme organisatorisk nivå. For å sikre god lyd kvalitet under intervjuene, benyttet vi to separate lydopptakere. Transkriberingen av hvert intervju ble utført av begge forskerne. I tillegg gjennomførte vi løpende diskusjoner mellom oss under analyseprosessen for å sikre en felles forståelse av intervjuene. Dette ble gjort for å oppnå en høy grad av pålitelighet i analysen av datamaterialet. Vår tilnærming som et forskerteam har vært å betrakte som en styrke, da det har muliggjort en grundig kvalitetssikring av prosessen og dermed bidratt til økt pålitelighet og troverdighet i studien vår.

## 6.8 Validitet

Ordet validitet kan forstås synonymt med ordene «relevans» og «gyldighet» (Dalland, 2020, s. 43). Validitet viser til gyldigheten til et utsagn. Innen samfunnsvitenskapen handler validitet om hvorvidt en metode er passende for å undersøke det den tar sikte på (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276). Når studiens validitet skal vurderes, må vi følgelig belyse hvor godt funnene og konklusjonene samsvarer med problemstillingen.

Ifølge Kvale og Brinkmann (2015) legger kvalitative intervjuer til rette for en dypere utforskning av deltakernes subjektive opplevelser og perspektiver (Kvale & Brinkmann, 2015, s 42). Ved å bruke semi-strukturerte intervjuer kunne vi ha en viss grad for struktur, samtidig som vi tillot fleksibilitet. En styrke kan være at dette tillot oss å undersøke komplekse perspektiver på en grundig måte i form av utspørring av meningen bak det som ble sagt. På denne måten opplevde vi det lettere å ikke trekke konklusjoner som motstrider deltakernes virkelighetsoppfatning. Videre har vi brukt direkte sitater i funnkapittelet for å være tro mot deltakernes formidling. En svakhet i forhold til validiteten kan være at en kan misforstå sitatene når en tar dem ut av sin opprinnelige kontekst. Vi har derfor forsøkt å være bevisste på konteksten rundt hvert sitat og presentere de på en måte som gjenspeiler den opprinnelige meningen bak deltakernes utsagn.

Bruken av refleksiv tematisk analyse kan både ha styrket og svekket validiteten av studien på ulike måter. På den ene siden har refleksiv tematisk analyse noen svakheter som kan svekke studiens validitet. Til tross for å være refleksiv vil vår subjektivitet fortsatt kunne påvirke prosessen og tolkningen av datamaterialet, noe som kan føre til at visse temaer prioriteres over andre. Videre kan det føre til at vi ikke er tro mot deltakernes opplevelser. Dette kan svekke studiens validitet ved at egne perspektiver og forforståelser dominerer analysen, noe som potensielt gir et ufullstendig bilde av virkeligheten. På den andre siden kan refleksiv tematisk analyse være en verdifull tilnærming som styrker studiens validitet. Ved å legge vekt på refleksivitet opplevde vi å være mer årvåkne på vår egen rolle og forforståelse. Dette kan virke positivt på validiteten fordi et åpent blikk kan minimere vår påvirkning på datainnsamlingen, analyseprosessen og tolkningen av funnene. Vi har vært nøye med å minimere påvirkning gjennom åpenhet, refleksjon og dialog med hverandre og veileder. I tillegg kan vår grundige prosessforklaring og transparens gjøre det mulig for andre å vurdere studiens validitet.

## **6.9 Studiens relevans og overførbarhet**

Som ansatt i eldreomsorgen kan denne studien være av faglig relevans, og har potensial til å gi betydelig bidrag til feltet. Studiens bakgrunn stammer fra en bekymring rundt underliggende problemer knyttet til hvordan eldre blir marginalisert i samfunnet og hvordan

dette påvirker kvaliteten på omsorgen de mottar, med særlig fokus på ivaretagelsen av deres psykososiale helse.

Ved å bruke en kvalitativ tilnærming gjennom intervjuer på ulike organisatoriske nivåer i helse- og omsorgssektoren, har vi fått mulighet til å dykke ned i kompleksiteten av eldreomsorgen. Dette har bidratt til en dypere forståelse av statlige lovers intensjon og erfaringer av håndhevelsen av dem sett fra ansattes perspektiv. Studiens relevans strekker seg dermed til politiske beslutningstakere. Ved å utforske hvordan lovverket praktiseres i eldreomsorgen, ønsker vi å reflektere rundt urettferdigheter og bidra til en økt bevissthet knyttet til ansvarsfordeling. På den måten vil vi bidra til at ansvaret kan plasseres der det hører hjemme. Dette kan i sin tur gi viktig innsikt og grunnlag for å fremme endringer som forbedrer eldreomsorgen slik at eldre med hjelpebehov blir sikret en verdig eldreomsorg.

Videre belyser studien samfunnets holdninger til eldre med hjelpebehov og reflekterer over potensielle tiltak for å endre holdningene, slik at de eldre får den anerkjennelsen de fortjener. Dette aspektet av studien gjør den følgelig relevant for hele det norske samfunnet, da den gir konkret innsikt i hvilke rettigheter en har krav på. På denne måten gir den viktige innspill som kan brukes til å forme både politikk og praksis.

I nyere oppfatning av kvalitativ forskning har en gått bort ifra målet om å generalisere forskningsresultatene, og erstattet det med målet om å kunne overføre kunnskap fra en sammenheng til en annen (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 200). Når det gjelder studiens overførbarhet, er vi klar over at den kan ha begrensninger som følge av et relativt lavt deltakertall, geografiske begrensninger og institusjonelle rammer. Likevel opplever vi at våre resultater kan være nyttige for ansatte i helse- og omsorgssektorer, politikere og forskere i andre regioner eller land som står overfor lignende utfordringer i eldreomsorgen. Til tross for at vår studie begrenser seg til et spesifikt geografisk område og helse- og omsorgssektorens struktur i Norge, er temaene vi belyser universelle. Holdninger til aldring og eldreomsorg er temaer som berører samfunn over hele den vestlige verden. Derfor kan utfordringer tilknyttet etterlevelse av lovverket i eldreomsorgen være relevante og gi verdifulle innsikter på tvers av geografiske områder, til tross for at detaljene kan variere.

## 7.0 AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Denne kvalitative studien belyser en rekke utfordringer knyttet til etterlevelsen av lovverket i eldreomsorgen. Det ble gjennomført kvalitative intervjuer med ansatte på forskjellige organisatoriske nivåer som arbeider i eller inn mot eldreomsorgen for å få innsikt i deres oppfatning av hvordan det er å etterleve lovverket i praksis. For å kunne identifisere sentrale temaer og mønstre i datamaterialet ble reflektiv tematisk analyse anvendt.

Gjennom drøfting av funnene har studien forsøkt å kaste lys over gapet mellom forskriftenes idealer og den faktiske praksisen i feltet. En av hovedutfordringene som kommer frem er manglende kunnskap om og tolkning av gjeldene forskrifter blant ansatte på ulike organisatoriske nivåer i eldreomsorgen. Følgelig fører dette til brudd og ulik praktisering av dem, til tross for at dette ikke gjenspeiles i avviksrapportering. I tillegg fremkommer det at manglende ressurser og ineffektiv organisering kan hindre mulighetene til å etterleve gjeldende lovverk. Holdningene spenner dessuten fra dyp respekt til neglisjering av de eldre.

Andre funn som er viktige å belyse er at tilsynsordningene som skal sikre etterlevelse av lovverket nedprioriterer psykososial helse for eldre med hjelpebehov. I tillegg har kommunene det overordnede ansvaret for å sikre en verdig eldreomsorg, men har behov for hjelp av ulike aktører. Dette medfører en kompleks ansvarsfordeling som oppleves uklar og u håndterbar i praksis.

Gjennom å undersøke hvordan ansatte i helse- og omsorgssektoren arbeider for å etterleve lovverket i eldreomsorgen, opplevde vi å få bekreftet mange av funnene ut ifra tidligere forskning og teori. Likevel fremstår gapet mellom forskriftenes idealer og den eksisterende praksisen i eldreomsorgen som den gjennomgående røde tråen. Et mønster som trer frem er ulike faktorer som bidrar til dette gapet, herunder stereotypiske holdninger til eldre, at psykososiale behov blir nedprioritert for mer presserende oppgaver, samt spriket mellom forventninger fra øverste organisatoriske nivå og tilgjengelige ressurser for pleiepersonell.

Samlet sett indikerer studien behov for økt oppmerksomhet på psykososiale behov i eldreomsorgen. Det kreves bedre opplæring, ressursfordeling, holdningsendringer og klarere ansvarsfordeling. Samtidig står vi ovenfor en paradoksal situasjon der vi lenge har vært vant til å rope etter mer ressurser, men nå viser Jia et al. (2023) til en demografisk overgang som presser kapasiteten til det ytterste (Jia et al., 2023, s. 75). Med flere eldre som trenger omsorg



og færre hender til å gi den, er det verdt å kritisk vurdere om hvorvidt dagens velferdsmodell er bærekraftig på lang sikt. En reell kapasitetskrise der ansatte stadig må strekke seg lengre for å etterleve lovverket som sikrer Eldres psykososiale helse eksisterer allerede.

Det blir stadig tydeligere at vi må tenke på en annerledes organisering og finansiering av eldreomsorgen for å møte fremtidens utfordringer. Økt samarbeid på tvers av de organisatoriske nivåene og kontinuerlig refleksjon over en helhetlig praksis er nødvendig for å sikre at forskriftene etterleves. Dette er et viktig bidrag for å forstå årsakene til dette spriket og hvordan det kan reduseres, slik at fokuset på psykososial helse får den anerkjennelsen det fortjener. Dette er essensielt for å arbeide mot en verdig eldreomsorg i tråd med gjeldende lovverk.

## 8.0 AVSLUTTENDE REFLEKSJONER OG FORSLAG TIL VIDERE FORSKNING

Til tross for at det finnes forskrifter som skal sikre en verdig alderdom for eldre med hjelpebehov, er det fortsatt store utfordringer knyttet til etterlevelsen av dem i praksis. Denne studien viser til viktige implikasjoner for eldreomsorgen og tjenesteutforming. En bedre forståelse av barrierer for etterlevelse av lovverket kan bidra til å utvikle målrettede tiltak og opplæringsprogrammer som styrker ansattes kunnskap, holdninger og praksis.

En begrensning ved studien er at den er basert på ansattes perspektiver og det kan være nyttig å inkludere synspunktene til de eldre selv og deres pårørendes i fremtidig forskning. Videre forskning på dette området vil være av stor betydning. Hvordan opplever pårørende å være i nær relasjon til eldre med hjelpebehov? Hvordan opplever de eldre at deres psykososiale helse blir ivaretatt? Hvilke utfordringer og behov opplever de i møte med helse- og omsorgssektoren? Å forstå disse perspektivene kan bidra til å utvikle en mer helhetlig tilnærming i eldreomsorgen.

Funnet om mangelfull avviksrapportering i eldreomsorgen kan være et viktig bidrag mot forbedring av omsorgskvaliteten. Denne svakheten indikerer at viktig informasjon om avvik ikke dokumenteres eller kommuniseres til relevant tjenestenivå, noe som hindrer implementering av nødvendige tiltak. Det kan være relevant å undersøke årsaker til underrapportering. Forskning på dette området er nødvendig for å redusere avstanden mellom det øverste- og det nederste tjenestenivået, følgelig for å minimere gapet mellom forskriftenes ideal og praksis.

Sett i lys av funn om manglende kunnskap om og varierende tolkning av forskriftene som fører til ulik praksis, opplever vi det svært relevant å forske på utvikling og implementering av opplæringspakker og ressurser. Dette kan bidra til økt kunnskap om gjeldende forskrifter blant ansatte i eldreomsorgen, for å sikre et helhetlig tjenestetilbud.

Avslutningsvis ønsker vi å understreke viktigheten av at vi som samfunn tar et kollektivt ansvar for våre eldre. Slik vi ser det er dette et område som vil berøre oss alle. Vi må våge å være modige og involvere oss også i livets vinter. Vi må anerkjenne at psykososial helse er gjeldene i alle faser av livet. Det blir sagt at kvaliteten på et samfunn kan måles ved å se på evnen til å ta vare på sine svakeste. Vi tror at vi som et moderne land, med en velferdsstat i

verdensklasse, kan bedre. Vi som samfunn er ikke tjent med å ha en «ute av syne, ute av sinn» tilnærming til dette området:

Uansett hvor mye vi fortrenger det: Vi bærer alderdommens spire med oss helt fra fødselen av. De som nå har ungdommens medvind i ryggen, vil snart ha alderdommens motvind i ansiktet. Latent i oss alle ligger rynker i huden, artrose i leddene, gråstenk i håret, kalk i årene og stær i linsene som én dag vil manifestere seg. Derfor angår ikke alderdommens meningsløshet bare de som er gamle i dag. Den angår oss alle. (Malkomsen, 2023, s. 110).

## LITTERATUR

- Aarre, T. F. (2018). *En mindre medisinsk psykiatri*. Universitetsforlaget
- Berg, C (red), Reseptregisteret 2013–2017 [The Norwegian Prescription Database 2013–2017] Legemiddelstatistikk 2018:2, Oslo, Norge: Folkehelseinstituttet, 2018.  
[https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013\\_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf](https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2018/reseptregisteret-2013_2017-temadel-om-legemidler-og-eldre.pdf)
- Booth, A., Sutton, A., Clowes, M., & Martyn-St James, M. (2022). *Systematic approaches to a successful literature review*. (3. utg.). SAGE.
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2021). One size fits all? What counts as quality practice in (reflexive) thematic analysis?. *Qualitative Research in Psychology*, 18:3, 328-352,  
<https://doi.org/10.1080/14780887.2020.1769238>
- Briseid, K. M. (2017). *On the old and the new: An ethnographic study of older people's mental health services in a changing welfare state*. [Doktorgradsavhandling, University College of Southeast Norway]. USN Open Archive.  
<http://hdl.handle.net/11250/2443831>
- Butler, R. N. (1969). Age-ism: Another Form of Bigotry. *The Gerontologist*, 9(4-Part-1), 243–246. [https://doi.org/10.1093/geront/9.4\\_Part\\_1.243](https://doi.org/10.1093/geront/9.4_Part_1.243)
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2017). *Psykisk helsearbeid: Å skape rom for hverandre* (3 utg.). Universitetsforlaget.
- Cowgill, D. O & Holmes, L.D. (1972). *Aging and modernization*. New York. Appleton-Century-Crofts.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Universitetsforlaget
- Daatland, S. O. & Solem, P. E. (2000). *Aldring og samfunn: En innføring i sosialgerontologi*. Fagbokforlaget
- Difi. (2010). *Statlig styring av kommunene: Om utviklingen i bruken av juridiske virkemidler på tre sektorer* (Rapport 2010:4). Direktoratet for forvaltning og IKT.  
[https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Rapporter/Rapporter-Difi/difirapport-2010-4-statlig-styring-av-kommunene\\_1.pdf](https://dfo.no/sites/default/files/fagomr%C3%A5der/Rapporter/Rapporter-Difi/difirapport-2010-4-statlig-styring-av-kommunene_1.pdf)
- Flick, U. (2023). *An introduction to qualitative research* (7. utg.). SAGE.
- Forskningsrådet (2009) *Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse (2001-2009)*:

- Sluttrapport – syntese og analyse av evalueringens delprosjekter.*  
<https://www.forskningsradet.no/siteassets/publikasjoner/1248431256883.pdf>
- Gleditsch, R. F. (2020) *Et historisk skifte: Snart flere eldre enn barn og unge*. Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/befolkning/artikler-og-publikasjoner/et-historisk-skifte-flere-eldre-enn>
- Hamran, T., & Moe, S. (2012). *Yngre og eldre brukere av hjemmetjenesten - ulike behov eller Forskjellsbehandling: Flerfaglig praksis i et interaksjonsteoretisk perspektiv*. Rapportserie nr. 3-2012. Senter for omsorgsforskning.  
<http://hdl.handle.net/11250/144318>
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke J. H. (2009) *Perspektiver på psykisk lidelse – å forstå, beskrive og behandle* (3. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Haukelien, H. (2021). Aldring, eldreomsorg og den nye velferdsstaten. *Norsk antropologisk tidsskrift*, 32(3-4), 179–195. <https://doi.org/10.18261/ISSN.1504-2898-2021-03-04-06>
- Helse- og omsorgsdepartementet (2017). *Mestre hele livet. Regjeringens strategi for god psykisk helse* (2017–2022). Helse- og omsorgsdepartementet.  
[https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi\\_for\\_god\\_psykisk-helse\\_250817.pdf](https://www.regjeringen.no/contentassets/f53f98fa3d3e476b84b6e36438f5f7af/strategi_for_god_psykisk-helse_250817.pdf)
- Håkonsen, L., & Løyland, K. (2011). *Er øremerking treffsikkert? Om hvordan kommunene påvirkes av øremerkede tilskudd og andre former for statlig styring*. (TF-rapport nr. 290). Telemarksforskning. <https://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2439394/1984.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
- Ingstad, K. (2010). Arbeidsforhold ved norske sykehjem — idealer og realiteter. *Nordic Journal of Nursing Research*, 30(2), 14–17.  
<https://doi.org/10.1177/010740831003000204>
- Jia, Z., Kornstad, T., Stølen, N. og Hjemås, G. (2023). *Arbeidsmarkedet for helsepersonell fram mot 2040* (Rapporter 2023/2). Statistisk sentralbyrå. [https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/\\_attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf](https://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/sysselsetting/artikler/arbeidsmarkedet-for-helsepersonell-fram-mot-2040/_attachment/inline/487396f0-0469-49de-8b79-092941ac346f:9861f0cf62d33b5643028f02e0e8f7c22f80a709/RAPP2023-02.pdf)
- Johannessen, Rafoss, W. & Rasmussen, B. (2018) *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.
- Kristoffersen, K. (2015) Lidelse som fenomen i psykisk helsearbeid. I D. Ulland, A B. Thorød & E. Ulland (red.), *Psykisk helse: Nye arenaer, aktører og tilnærminger*. (s. 177-185). Universitetsforlaget

- Kvale & Brinkmann (2015) *Det kvalitative forskningsintervju* (utg.3). Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene (2003). *Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter lov av 19. november 1982 nr. 66 om helsetjenesten i kommunene og etter lov av 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v.* (FOR-2003-06-27-792). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792>
- Malkomsen, A. (2023). *Hva er poenget? Om meningsløshetens psykologi og eksistensielle samtaler*. Fagbokforlaget.
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Akribe
- Meld. St. 15 (2017-2018). *Leve hele livet: En kvalitetsreform for eldre*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/196f99e63aa14f849c4e4b9b9906a3f8/no/pdfs/stm201720180015000dddpdfs.pdf>
- Munkejord, M. C., Schönfelder, W., & Eggebø, H. (2018). Sosial omsorg. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 4(3), 298–306. <https://doi.org/10.18261/issn.2387-5984-2018-03-12>
- Norvoll, R. (2013) Samfunnsfagenes bidrag til kunnskap om psykisk helse og psykiske helsetjenester. I R. Norvoll. (Red.), *Samfunn og psykisk helse: Samfunnsvitenskapelige perspektiver* (s. 13-36). Gyldendal Akademiske
- NOU 2014:12 (2014). *Åpent og rettferdig - prioriteringer i helsetjenesten*. Helse- og omsorgsdepartementet.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/16a0834c9c3e43fab452ae1b6d8cd3f6/no/pdfs/nou201420140012000dddpdfs.pdf>
- Nygaard, M. (2020). Frigjørende samfunnsvitenskap. I D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim & P. A. Tufte. (Red.), *Vitenskapsteori: for sosial og helsefag* (s. 328-351). Gyldendal Akademisk
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). *Essentials of nursing research: appraising evidence for nursing practice* (10. utg., International utg.). Wolters Kluwer
- Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., & Lindahl A. K. (2013). Norway: Health system review. *Health Systems in Transition*, 2013; 15(8): 1–162.

<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/rapporter/2014/hit-det-norske-helsesystemet-2013>

Schjødt, B. R., Hoel, A. K. & Onsøien, R. (2012). *Psykisk helse som kommunal utfordring*. Universitetsforlaget.

Skatvedt, A., Andvig, E., & Baklien, B. (2015). Bakkebyråkratiets yttergrense. Hjemmetjenestens møte med eldre med psykiske helseproblemer. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 11(1), 20. <https://doi.org/10.7557/14.3479>

St. prp. nr. 63 (1997-98)). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Sosial- og helsedepartementet.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/>

Statsministerens kontor (2024, 12 april). *Statsministerens innledning på pressekonferanse sammen med helse- og omsorgsministeren*.

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/statsministerens-innledning-pa-pressekonferanse-sammen-med-helse-og-omsorgsministeren/id3033971/>

Svartdal, F. (2020). Psykososial. *I Store norske leksikon*. Hentet 4. mai 2023 fra

<https://snl.no/psykososial>

Topor, A. (2015). Fra asosial til sosial psykiatri? I D. Ulland, A B. Thorød & E. Ulland (red.), *Psykisk helse: Nye arenaer, aktører og tilnæringer*. (s. 241-248).

Universitetsforlaget.

Vabø, M. (2007). *Organisering for velferd: hjemmetjenesten i en styringsideologisk brytningstid* (Vol. 22/07, p. 355). Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. [https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/4955/3159\\_1.pdf?sequence=1](https://oda.oslomet.no/oda-xmloi/bitstream/handle/20.500.12199/4955/3159_1.pdf?sequence=1)

Vabø, M. (2009). Home care in transition: the complex dynamic of competing drivers of change in Norway. *Journal of Health Organization and Management*, 23(3), 346–358.

<https://doi.org/10.1108/14777260910966762>

Vabø, M. (2014). Dilemmaer i velferdens organisering. I M. Vabo & S. I. Vabø (Red.), *Velferdens organisering* (s.11-28). Universitetsforlaget

Vike, H. (2013). *Maktens samvittighet: Om politikk, styring og dilemmaer i velferdsstaten*. Kopinor Pensum As.

Verdighetsgarantien (2010). *Forskrift om en verdig eldreomsorg (LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§3-2)*. Lovdata. <https://lovdata.no/forskrift/2010-11-12-1426>

Wadel, C. (2014). *Feltarbeid i egen kultur*. (Rev. utg. av C. C., Wadel & O. L., Fuglestad, (2016). Cappelen Damm AS.

# VEDLEGG 1: GODKJENNINGSdokument FRA SIKT



## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
778966

**Vurderingstype**  
Automatisk 🤖

**Dato**  
23.08.2023

**Tittel**

UTE AV SYNEN, UTE AV SINN - Behovet for å gjøre slutt på aldersbaserte fordommer i velferden

**Behandlingsansvarlig institusjon**

Universitetet i Agder / Fakultet for helse- og idrettsvitenskap / Institutt for psykososial helse

**Prosjektansvarlig**

Inger Beate Larsen

**Student**

Silje Slettebakken

**Prosjektperiode**

21.08.2023 - 21.06.2024

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 30.06.2024.

[Meldeskjema](#) 📄

**Grunnlag for automatisk vurdering**

Meldeskjemaet har fått en automatisk vurdering. Det vil si at vurderingen er foretatt maskinelt, basert på informasjonen som er fylt inn i meldeskjemaet. Kun behandling av personopplysninger med lav personvernulempe og risiko får automatisk vurdering. Sentrale kriterier er:

- De registrerte er over 15 år
- Behandlingen omfatter ikke særlige kategorier personopplysninger;
  - Rasemessig eller etnisk opprinnelse
  - Politisk, religiøs eller filosofisk overbevisning
  - Fagforeningsmedlemskap
  - Genetiske data
  - Biometriske data for å entydig identifisere et individ
  - Helseopplysninger
  - Seksuelle forhold eller seksuell orientering
- Behandlingen omfatter ikke opplysninger om straffedommer og lovovertrедelser
- Personopplysningene skal ikke behandles utenfor EU/EØS-området, og ingen som befinner seg utenfor EU/EØS skal ha tilgang til personopplysningene
- De registrerte mottar informasjon på forhånd om behandlingen av personopplysningene.

**Informasjon til de registrerte (utvalgene) om behandlingen må inneholde**

- Den behandlingsansvarliges identitet og kontaktopplysninger
- Kontaktopplysninger til personvernombudet (hvis relevant)
- Formålet med behandlingen av personopplysningene
- Det vitenskapelige formålet (formålet med studien)
- Det lovlige grunnlaget for behandlingen av personopplysningene
- Hvilke personopplysninger som vil bli behandlet, og hvordan de samles inn, eller hvor de hentes fra
- Hvem som vil få tilgang til personopplysningene (kategorier mottakere)
- Hvor lenge personopplysningene vil bli behandlet
- Retten til å trekke samtykket tilbake og øvrige rettigheter

Vi anbefaler å bruke vår [mal til informasjonsskriv](#).

**Informasjonssikkerhet**

Du må behandle personopplysningene i tråd med retningslinjene for informasjonssikkerhet og lagringsguider ved behandlingsansvarlig institusjon. Institusjonen er ansvarlig for at vilkårene for personvernforordningen artikkel 5.1. d) riktighet, 5. 1. f) integritet og konfidensialitet, og 32 sikkerhet er oppfylt.



## VEDLEGG 2: GODKJENNINGSdokUMENT FRA FEK



Tonje Stangenes-  
Tellefsen

Tidspunkt for godkjenning: : 29/09/2023

**Søknad om etisk godkjenning av forskningsprosjekt - UTE AV SYNET, UTE AV  
SINN - RITM0232260**

Vi informerer om at din søknad er ferdig behandlet og godkjent.

Kommentar fra godkjenner:

Hilsen  
Forskningsetisk komite  
Fakultet for helse - og idrettsvitenskap  
Universitetet i Agder

UNIVERSITETET I AGDER  
POSTBOKS 422 4604 KRISTIANSAND  
TELEFON 38 14 10 00

## **VEDLEGG 3: INFORMASJONSSKRIV**

### **Informasjonsskriv**

#### **Hvordan arbeider mennesker på ulike systemnivå for å sikre at lovverket blir praktisert i eldreomsorgen?**

Vi holder på med vår masteroppgave i psykososial helse på Universitetet i Agder og skriver en oppgave om helsehjelp til eldre med ulike hjelpebehov. Med en økende eldre befolkning og en potensiell mangel på helsepersonell i fremtiden, er det en utfordring å sikre tilstrekkelig omsorg. Eldre er underrepresentert i psykisk helsearbeid, og vi opplever at det er behov for å forbedre helsetilbudet for dem. Lovene og forskriftene som skal sikre en verdig alderdom er der, men det er spørsmål om hvordan de praktiseres i virkeligheten. Vår oppgave fokuserer følgelig på hvordan ansatte på ulike nivåer i helsevesenet arbeider for å sikre at lovverket blir praktisert i eldreomsorgen. Vi har en opplevelse av at det er mange dyktige ansatte hos dere som er gode på dette området og som vi håper er interessert i å delta på et intervju.

#### **Hva innebærer deltakelse?**

Dersom dette er av interesse innebærer det at en ansatt deltar ved å stille opp til et intervju som vil vare ca. 30min – 60min. Vi kan sammen avtale hvor og når det er best for dere at intervjuet skal være.

#### **Hva skjer med informasjonen?**

Intervjuene vil bli tatt opp på en båndopptaker. All data vil bli konfidensielt behandlet og anonymisert i henhold til taushetsplikten. Datamaterialet vil kun være tilgjengelig for oss og vår veileder ved Universitet i Agder og båndopptakeren vil bli slettet når masteroppgaven er godkjent.

#### **Frivillig deltakelse**

Det er frivillig å delta på intervjuet, og du kan velge å trekke deg når som helst uten å oppgi grunn og uten at dette skal få noen negative konsekvenser. All data som omhandler deg vil da bli slettet.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte Silje på: [siljs13@uia.no](mailto:siljs13@uia.no) eller telefon **988 89 811**. Tonje på: [tonjst11@student.uia.no](mailto:tonjst11@student.uia.no) eller telefon **951 65 290**. Du kan også ta kontakt med vår veileder **Inger Beate Larsen** på telefon: **975 27 730** eller e-post: [Inger.b.larsen@uia.no](mailto:Inger.b.larsen@uia.no)

Hvis du har andre spørsmål til studien, eller ønsker å vite mer om eller benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med UIAs personvernombud: **Trond Hauso**, mailadresse: [personvernombud@uia.no](mailto:personvernombud@uia.no) eller telefon: **936 01 625**.

Hvis du har spørsmål knyttet til vurderingen som er gjort av personverntjenestene fra **Sikt**, kan du ta kontakt via: Epost: [personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no) eller telefon: **73 98 40 40**.

Dersom du ønsker å samtykke til å delta på et slikt intervju hadde det vært fint om du ville signere vedlagte samtykkeerklæring og levere denne til undertegnede ved gjennomføringen av intervjuet.

Vennlig hilsen

Silje Slettebakken & Tonje Stangenes-Tellefsen

## VEDLEGG 4: INFORMERT SAMTYKKE

### Informert samtykke

#### SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg bekrefter herved at jeg har fått skriftlig informasjon om Silje Slettebakken og Tonje Stangenes-Tellefsen sin masteroppgave.

Jeg er informert om hensikten med datainnsamlingen og er innforstått med at deltakelsen er frivillig.

Jeg er også informert om at data er anonymisert og vil bli slettet etter gjeldende regler når oppgaven er sensurert.

Jeg samtykker herved i at mine opplysninger kan brukes i studentens masteroppgave.

*Dersom denne oppgaven vurderes til å kunne være et mønster-eksempel på en besvarelse, samtykker jeg i at oppgaven kan legges ut på Internett, til nytte for andre studenter som skal skrive masteroppgave.*

*(Dette forutsetter at studenten selv samtykker i at oppgaven kan benyttes til dette formålet, og at alle opplysninger som kan identifisere arbeidssted og intervjuobjekt er fjernet).*

*Jeg samtykker i at oppgaven kan legges ut på Internett med de forbehold som er nevnt over.*

*(Dersom rubrikken ikke er krysset av, vil ikke oppgaven legges ut på Internett.)*

Navn \_\_\_\_\_ Dato: \_\_\_\_\_

## VEDLEGG 5: INTERVJUGUIDE

### Statsforvalter:

1. Hva er din stilling?
2. Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling?
3. Hvor lenge har du arbeidet innenfor eldreomsorgen?
  - a) Eventuelt hvilken stilling(er) hadde du tidligere?
4. Hva er ditt ansvarsområde/arbeidsoppgaver?
  
5. Hva legger du i en «verdiggeldt eldreomsorg»?
6. Hva er dine tanker rundt eldre og psykososial helse?
7. Hvilke holdninger opplever du finnes blant ansatte når det gjelder eldreomsorg?
  
8. Hvordan tolker du/dere “verdighetsgarantiforskriften” med tanke på at eldre har rett til tilbud på samtaler om eksistensielle spørsmål og adgang til å komme seg ut?
9. Hvilke erfaringer har du/dere med eldre/ansatte/pårørende som klager/varsler på at lovverket ikke etterleves i praksis?
  - a) Hva er dine tanker om årsakene til dette?
  - b) Opplever du at de eldre/pårørende kjenner til sine rettigheter knyttet til de nevnte forskriftene?
  - c) Kan du fortelle om en situasjon der dere mottok en klage?
    - Hva gjorde dere i forbindelse med klagen?
    - Har du eller din arbeidsplass faste rutiner på dette området?
    - Kan du fortelle om de?
  
10. Når har dere tilsyn på om forskriftene etterleves i praksis?
  - a) Hvordan foregår et tilsyn?
  - b) Tilsyn bare når det klages?
11. Trengs det spesiell kompetanse i feltet for at disse forskriftene som etterleves i praksis?
  
12. Samarbeider dere med andre instanser for at forskriftene skal etterleves i praksis?
  - a) Hvis ja: hvilke instanser samarbeider dere med?

13. Hva er dine tanker om velferdsstatens evne til å ivareta de eldre med hjelpebehov?
14. Hva er dine tanker rundt hvordan vi som samfunn ser på og forholder oss til eldre med hjelpe behov?
15. Hvor mener du ansvaret ligger når det gjelder å ivareta en verdig alderdom for eldre med hjelpebehov?
16. Hvilke forutsetninger mener du bør ligge til grunn for at de som arbeider direkte med eldre som har et hjelpebehov sikrer at forskriftene blir ivaretatt og at denne gruppen mennesker blir behandlet på en verdig måte?
17. Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes?
18. Er det noe mer du føler du har lyst til å si eller fortelle?

## **Kommunalsjefen**

1. Hva er din stilling?
2. Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling?
3. Hvor lenge har du arbeidet innenfor eldreomsorgen?
  - a) Eventuelt hvilken stilling(er) hadde du tidligere?
4. Hva er ditt ansvarsområde/arbeidsoppgaver?
  
5. Hva legger du i en verdig eldreomsorg?
6. Hva er dine tanker rundt eldre og psykososial helse?
7. Hvilke holdninger opplever du finnes blant ansatte når det gjelder eldreomsorg?
  
8. Hvordan tolker du/forstår du “verdighetsgarantiforskriften”?
  - a) Hvordan forstår du at de har rett til tilbud på samtaler om eksistensielle spørsmål?
  - b) Hvordan forstår du at de har rett på adgang til å komme seg ut
9. Hvordan tolker/forstår du «kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene»?
  - a) Hva tenker du om å legge til rette for at de eldre får dekt sine sosiale behov?
10. Slik du ser det, hva er de største utfordringene knyttet til å etterleve disse forskriftene?

11. Hvordan arbeider dere konkret med disse forskriften i møte med eldre med hjelpebehov?
  - a. Trengs det noe spesiell kompetanse for å arbeide med forskriftene?
12. Veiledes dere til å arbeide i tråd med disse forskriftene slik at eldre med hjelpebehov blir ivaretatt på en god måte?
13. Veileder dere andre til å arbeide i tråd med disse forskriftene slik at eldre med hjelpebehov blir ivaretatt på en god måte?
14. Hvilke erfaringer har dere med eldre/ansatte/pårørende som klager/varsler på at lovverket ikke etterleves i praksis?
  - a. Hva er dine tanker om årsakene til dette?
  - b. Tror du at de eldre/pårørende kjenner til sine rettigheter knyttet til de nevnte forskriftene?
15. Kan du fortelle om en situasjon der dere mottok en klage?
  - a. Hva gjorde dere i forbindelse med klagen?
  - b. Har du eller din arbeidsplass faste rutiner på dette området?
    - i. Kan du fortelle om de?
16. Samarbeider dere med andre instanser for at forskriftene skal etterleves i praksis?
  - a. Hvis ja: hvilke instanser samarbeider dere med?
17. Har dere tilsyn på om forskriftene etterleves i praksis?
  - a. Hvis ja: hvor ofte har dere tilsyn?
  - b. Hvordan foregår et tilsyn?
  - c. Tilsyn bare når det klages?
18. Trengs spesiell kompetanse i feltet for at disse forskriftene som etterleves i praksis?
19. Hva er dine tanker om velferdsstatens evne til å ivareta de eldre med hjelpebehov?
20. Hva er dine tanker rundt hvordan vi som samfunn ser på og forholder oss til eldre med hjelpebehov?
21. Hvor mener du ansvaret ligger når det gjelder å ivareta en verdig alderdom for eldre med hjelpebehov?
22. Hvilke forutsetninger mener du bør ligge til grunn for at de som arbeider direkte med eldre som har et hjelpebehov sikrer at verdighets garanti forskriften blir ivaretatt og at

denne gruppen mennesker blir behandlet på en verdig måte?

23. Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes?

24. Er det noe mer du føler du har lyst til å si eller fortelle?

## **Avdelingsledere**

1. Hva er din stilling?

2. Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling?

3. Hvor lenge har du arbeidet innenfor eldreomsorgen?

a) Eventuelt hvilken stilling(er) hadde du tidligere?

4. Hva er ditt ansvarsområde/arbeidsoppgaver?

5. Hva legger du i en verdig eldreomsorg?

6. Hva er dine tanker rundt eldre og psykososial helse?

7. Hvilke holdninger opplever du finnes blant ansatte når det gjelder eldreomsorg?

8. Hvordan tolker du “verdighetsgarantiforskriften”?

a) Hva legger du i at de har rett til tilbud på samtaler om eksistensielle spørsmål?

b) Hva legger du i at de har rett på adgang til å komme seg ut

9. Hvordan tolker du kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene?

a) Hva tenker du om å legge til rette for at de eldre får dekt sine sosiale behov?

10. Slik du ser det, hva er de største utfordringene knyttet til å nettopp ivareta dette?

11. Hvordan arbeider dere konkret med disse forskriften i møte med eldre med hjelpebehov?

a) Trengs det noe spesiell kompetanse for å arbeide med forskriftene?

12. Hvordan veiledes dine ansatte til å arbeide i tråd med disse forskriftene slik at eldre med hjelpebehov blir ivaretatt på en god måte?

13. Meldes det avvik/klager på disse forskriftene når ikke de etterleves?

a) Hvis ja: Hvordan behandles avvikene/klagene?

14. Hvilke tiltak settes inn hvis en oppdager at denne ikke etterleves?

15. Informeres du/dere ansatte, pårørende og beboere om deres rettigheter?



- a) Informerer dere om nøyaktig disse forskriftene?
16. Hvilke andre tiltak er satt inn for å ivareta disse forskriften?
17. Hva er dine tanker om velferdsstatens evne til å ivareta de eldre med hjelpebehov?
18. Hvor mener du ansvaret ligger når det gjelder å ivareta en verdig alderdom for eldre med hjelpebehov?
19. Hva er dine tanker rundt hvordan vi som samfunn ser på og forholder oss til eldre med hjelpe behov?
20. Hvilke forutsetninger/kompetanse mener du bør ligge til grunn for at de som arbeider direkte med eldre som har et hjelpebehov sikrer at forskriftene blir ivaretatt og at denne gruppen mennesker blir behandlet på en verdig måte?
21. Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes?
- a) Kunne dere arbeidet på en annerledes måte med de ressursene dere har i dag og fått et annet resultat?
22. Er det noe mer du føler du har lyst til å si eller fortelle?

## **Pleiepersonell**

1. Hva er din stilling?
2. Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling?
3. Hvor lenge har du arbeidet innenfor eldreomsorgen?
  - a) Eventuelt hvilken stilling(er) hadde du tidligere?
4. Hva er ditt ansvarsområde/arbeidsoppgaver?
5. Hva legger du i en verdig eldreomsorg?
6. Hva er dine tanker rundt eldre og psykososial helse?
7. Hvordan tolker du “verdighetsgarantiforskriften”?
  - a) Hva legger du i at de har rett til tilbud om samtaler om eksistensielle spørsmål?
  - b) Hva legger du i at de har rett på adgang til å komme seg ut

8. Hvordan tolker du "kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene?"
  - a) Hvordan legger dere til rette for at de eldre får dekt sine sosiale behov?
9. Slik du ser det, hva er de største utfordringene knyttet til å nettopp ivareta dette?
10. Informerer dere pårørende og beboere om deres rettigheter?
  - a) Informerer dere pårørende og beboere om disse forskriftene?
11. Veiledes dere til å arbeide i tråd med disse forskriftene slik at eldre med hjelpebehov blir ivaretatt på en god måte?
12. Hvordan arbeider du konkret med disse forskriften i møte med eldre med hjelpebehov?
13. Kan du fortelle om en situasjon der du opplever at disse forskriftene ikke etterleves?
  - a) Hva gjorde du i etterkant av denne hendelsen/hvilke tiltak satte du inn?
  - b) Har du eller din arbeidsplass faste rutiner når en oppdager at lovverket ikke etterleves?
14. Skriver dere avvik?
  - a) Hva skriver dere avvik på?
  - b) Sender dere avvik når disse forskriftene ikke etterleves i praksis?
    - Hvis nei: hvorfor ikke?
    - Hva er forskjell på det dere sender avvik på og disse?
15. Hva tror du er viktig i arbeidet med en verdig eldreomsorg?
16. Hvor mener du ansvaret ligger når det gjelder å ivareta en verdig alderdom for eldre med hjelpebehov?
17. Hvilke holdninger opplever du finnes blant ansatte når det gjelder eldreomsorg?
18. Hva er dine tanker rundt hvordan vi som samfunn ser på og forholder oss til eldre med hjelpe behov?
19. Hvilke forutsetninger mener du bør ligge til grunn for at de som arbeider direkte med eldre som har et hjelpebehov sikrer at verdighetsgarantiforskriften og kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene blir ivaretatt og at denne gruppen mennesker blir

behandlet på en verdig måte?

20. Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes?

21. Er det noe mer du føler du har lyst til å si eller fortelle?

## **Rådgiver i kvalitetssystemet**

1. Hva er din stilling?

2. Hvor lenge har du arbeidet i din nåværende stilling?

3. Hva er ditt ansvarsområde/arbeidsoppgaver?

4. Hvordan ligger kvalitetsforskrift for pleie- og omsorgstjenestene og verdighetsgarantiforskriften, med tanke på at eldre har «rett til tilbud på samtaler om eksistensielle spørsmål» og «adgang til å komme seg ut», inn i kvalitets systemet dere bruker?

6. Veileder dere andre til å arbeide i tråd med disse forskriftene slik at eldre med hjelpebehov blir ivaretatt på en god måte?

7. Har du erfaring knyttet til klager fra eldre/ansatte/pårørende, eller er det kun avvik du har erfaringer/arbeider med?

8. Hvilke erfaringer har du/dere med eldre/ansatte/pårørende som klager på at lovverket ikke etterlevs i praksis?

a) Hva er dine tanker om årsakene til dette?

b) Opplever du at de eldre/pårørende kjenner til sine rettigheter knyttet til de nevnte forskriftene?

9. Kan du fortelle om en situasjon der dere mottok en klage?

a) hva gjorde dere i forbindelse med klagen?

b) Har du eller din arbeidsplass faste rutiner på dette området?

c) Kan du fortelle om de?

10. Meldes det avvik på disse forskriftene når ikke de etterlevs?

a) Hvis ja: Hvordan behandles avvikene?

11. Hvilke tiltak settes inn hvis en oppdager at denne ikke etterleves?
12. Når har dere tilsyn på om forskriftene etterleves i praksis?
- a) Tilsyn bare når det klages?
  - b) Hvordan foregår et tilsyn?
13. Trengs spesiell kompetanse i feltet for at disse forskriftene som etterleves i praksis?
14. Samarbeider dere med andre instanser for at forskriftene skal etterleves i praksis?
- a) Hvis ja: hvilke instanser samarbeider dere med?
15. I avvikssystemet så er det et punkt som omhandler hva de tenker er grunn til avviket og et som omhandler forslag til bedring, slik du ser det, hva er de største utfordringene knyttet til å etterleve disse forskriftene?
16. Hvilke holdninger opplever du finnes blant ansatte når det gjelder eldreomsorg?
17. Opplever du at det er forskjeller mellom ulike grupper når det gjelder å følge opp avvik (f.eks. med tilsyn)?
- a) Hvis ja: Kan du fortelle noe om det?
  - b) Hva tror du dette skyldes?
18. Er det noe du tenker kunne vært gjort annerledes, når det gjelder tilsyn eller lignende?
19. Er det noe mer du du har lyst til å si eller fortelle?