



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det helsevitenskapelige fakultet, Institutt for helse- og omsorgsfag.

”Når fergemannen ror meg over”

Intervju med pensjonister om en verdig død.

Kristina Schneider

Masteroppgave i helsefag, studieretning Helse- og omsorgstjenester til eldre.

Mai 2015

23 692 ord



Forord

Etter å ha hatt min første vakt på sykehjem, var det ingen tvil om jeg skulle bli sykepleier og at jeg skulle jobbe på sykehjem. Etter å ha jobbet flere ulike plasser var det som å komme hjem da jeg begynte som tilkallingsvikar på et sykehjem i en alder av 18 år. Kort tid etter at min yrkeskarriere som sykepleier startet i 2009, begynte jeg å drømme om en videreutdanning i geriatri. I 2012 startet veien for å oppfylle drømmen. Og nå – tre år senere – har jeg levert min avsluttende oppgave – masteroppgaven - som representerer veiens ende på studiet.

Veien har vært lang, utfordrende og svært lærerik. Ikke alt har gått som planlagt, og noe har gått over all forventning. Læringsutbyttet jeg sitter igjen med nå ville jeg ikke vært foruten.

Jeg ønsker å takke mine informanter som har gjort mastergradsprosjektet mulig.

Jeg ønsker å takke min lærer og veileder, Anne-Margrethe Støback, for gode råd og mange oppmuntrende ord. Jeg ønsker også å takke min lærer Toril Agnete Larsen.

Jeg ønsker å takke mine medstudenter som har bidratt med råd, refleksjoner og motiverende ord.

Takk til mine to barn som har holdt ut med en tidvis fraværende mor. Og en stor takk rettes til min mor, som har vært min klippe gjennom hele prosessen. Hun har vært både rådgiver, motivator og ordbok når jeg har trengt det.

Mai 2015

Kristina Schneider

Sammendrag

Bakgrunn: I min yrkesrolle som geriatrisk sykepleier opplever jeg at helsepersonell kvier seg for å snakke med de eldre om døden. Jeg har et ønske om at de eldre skal kunne snakke om døden om behovet er der. Studien gir oppmerksomhet til eldre mennesker og deres forhold til døden. Studiens fokus rettes mot hva en "verdige død" betyr for pensjonister og hvordan det levde liv spiller inn på pensjonisters forhold til døden.

Problemstilling: Hva er en "verdige død" for pensjonister, og hvordan spiller det levde liv inn på pensjonisters forhold til døden?

Teori: I oppgaven redegjøres det for tidligere forskning som omhandler eldre menneskers forhold til døden. Relevant teori tar opp blant annet livsløpsperspektivet, etikk, synet på alderdom og død i et historisk perspektiv, den tredje og fjerde alderen samt "eldrebølgen" og behov for bistand fra den kommunale helsetjenesten.

Metode: Studien har en kvalitativ forskningstilnærming som er fenomenologisk inspirert. Syv pensjonister ble intervjuet ved bruk av dybdeintervju. Stegvis Deduktiv Induktiv metode ble brukt som inspirasjon for analyse av data.

Funn: Døden har holdt seg som en naturlig del av livet gjennom hele livet til studiens informanter. Det var ikke naturlig å snakke om døden i en direkte form. Forskjønnende uttrykk ble flittig brukt Det var ulike ønsker og behov med tanke på å snakke om døden. Tidligere erfaringer gjennom yrke, utdanning og personlige hendelser har preget deres syn på døden i ulik grad. Dødens ankomst var akseptert, men flere ønsket å leve så lenge som mulig. De fleste av informantene hadde gjort noen forberedelser for egen død. Alle informanter så positivt på å bli gammel. Sykdom ble ansett som en uunngåelig del av alderdommen. Kreft og demenssykdommer var mest fryktet. Å ha et godt sosialt nettverk og muligheten til å kunne være aktiv var viktig for å føle at alderdommen var verdig. Verdighet i alderdommen var essensiell for å oppleve en verdig død. Å kunne ivareta egne pleiebehov så nært opp til dødens ankomst som mulig var et ønske hos samtlige informanter. En rask og smertefri død, med mulighet for å si farvel til sine nærmeste, anses som oppsummering av informantenes tanker

om en "verdig død". Å videreformidle tankene om en "verdig død" var ikke vanlig, verken til familie og/eller kjente eller gjennom livstestamenter.

Konklusjon: Pensjonister reflekterer ikke mye over hva en "verdig død" betyr for en selv. Smerter og et langvarig sykeleie er aspekter ved en "verdig død" som alle informantene sier noe om. Det levde livs betydning for pensjonisters forhold til døden ses i form av at tidligere negative erfaringer med andres død har større innvirkning på egne preferanser med tanke på egen død enn hva positive opplevelser har. Den naturlige holdningen som pensjonistene hadde til døden i barndommen har fulgt dem gjennom livet og er fortsatt til stede i alderdommen. Informantene aksepterte at tidsrommet foran dem skrumpet inn.

Nøkkelord: Pensjonister, Eldre, Alderdom, Etikk, Autonomi, Verdig død, Verdighet, Livsløpsperspektiv, Kvalitativ studie.

Summary

Background: In my professional role as a geriatric nurse, I experience the reluctance of health care workers to talk about death with older people. My desire is to see that the elderly have the opportunity to talk about death if they feel a need to do so. This study focuses on older people and their relationship to death. Its focal point is the meaning of a “dignified death” for retired people and how the lives they have led affect their relationship to death.

Thesis question: What is a «dignified death» for retired persons, and how do the lives they have led affect their relationship to death?

Theory: The paper gives an account of previous research concerning elderly persons’ relationship to death. Relevant theoretical material explains, among other things, the lifelong perspective, ethics, views on old age and death from a historical perspective, the third and fourth ages of life, “the surge of senior citizens” and the need for assistance from municipal health services.

Method: This study utilizes a phenomenology-inspired qualitative approach to research. Seven retired persons were interviewed in depth. A Stepwise-Deductive Inductive method provided the inspiration for the analysis of data.

Findings: Death has been a continuing part of life through the lives of the informants in this study. It was not natural for them to speak about death in a direct manner. Embellishing expressions were widely used. Their wishes and needs varied concerning conversations about death. To varying degrees, their view of death was marked by previous experiences in their occupations, education and personal events. The arrival of death was accepted, but the informants desired to live as long as possible. Most of the informants had made some preparations for their own deaths. All of the informants had a positive view of aging. Illness was regarded as an inevitable part of old age. Cancer and dementia were the most feared. A good social network and the possibility of being active were important for the perception of old age with dignity. Dignity in old age was essential to experiencing a dignified death. All informants desired to be able to care for themselves as close to the point of death as possible. A quick and painless death, with the possibility for saying farewell to one’s loved ones, is

seen as a summary of the informants' thoughts on a "dignified death." It was not common for them to convey to others their thoughts on a "dignified death," neither to their families or acquaintances nor through a living will.

Conclusion: Retired person do not reflect much on what a «dignified death» means for themselves. All of the informants comment on pain and extended illness as aspects of a "dignified death." Regarding the importance of the lives retired people have led for their relationship to death, previous negative experiences connected to the deaths of others show a greater impact than positive experiences. The natural relationship which retired people had to death during their childhood has accompanied them throughout life and is still present in old age. The informants accepted that fact that the period of time ahead of them was shrinking.

Key words: Retired persons/Retirees, Elderly, Old Age, Ethics, Autonomy, Dignified Death, Dignity, Lifelong perspective, Qualitative study

Forord

Sammendrag

Summary

Innhold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling	2
1.3 Oppbygging av oppgaven	3
1.4 Avklaringer.....	3
2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORI.....	5
2.1 Tidligere forskning.....	5
2.1.1 Litteratursøk	5
2.1.2 Eldres tanker om døden og det å dø	6
2.1.3 Dødsangst	6
2.1.4 Den "gode død"	7
2.1.5 Planlegging av fremtiden.....	8
2.1.6 Synet på fremtiden, døden og det å dø.....	9
2.2. Livsløpsperspektivet	11
2.3. Etikk og moral.....	12
2.3.1 Løgstups etiske fordring	13
2.3.2 Hva er verdighet?	14
2.3.3 Autonomi.....	14
2.3.4 Paternalisme versus autonomi.....	15
2.4 Synet på alderdom og død i et historisk perspektiv.....	16
2.4.1 Dødens gjenoppstandelse	18
2.5 Den tredje og den fjerde alderen	19
2.5.1 Den eldste generasjonens levevilkår	20
2.6 «Eldrebølgen» og behov for bistand fra kommunehelsetjenesten	20
3.0 METODE.....	22
3.1 Bakgrunn for valg av metode	22
3.1.1 Teori og teoretisering.....	23
3.2 Min rolle som forsker	23
3.3 Fordommer, forforståelser og det å forske i eget felt	25

3.4	Etiske overveielser.....	27
3.5	Forskningens kvalitet.....	28
3.6	Datainnsamling.....	28
3.6.1	Rekruttering av informanter	29
3.6.2	Dybdeintervju	30
3.6.3	Gjennomføring av intervjuer og transkribering	31
3.7	Gjennomføring av analyse.....	32
4.0	DØDENS PLASS I LIVET.....	37
4.1.	Sykdom og død i et livsløpsperspektiv	37
4.1.1	Holdningen til døden	37
4.1.2	Tanker om døden	39
4.1.3	Planlegging for egen død.....	41
4.1.4	Samtaler om døden	41
4.2	Dødens posisjon i samfunnet	42
4.2.1	Dødens ulike ansikt.....	42
4.2.2	"Fergemannen ror meg over"	44
4.2.3	Evne til å planlegge egen død.....	44
4.2.4	Døden snakker vi ikke om.....	45
5.0	TANKER OM ALDERDOMMEN	47
5.1	Å bli gammel.....	47
5.1.1	Holdningen til alderdommen	47
5.1.2	Tanker om sykdom	48
5.2	Eldre i samfunnet	49
5.2.1	Gammel eller eldre?	49
5.2.2	"Alle vil leve lenge, men ingen vil bli gamle"	50
5.2.4.	"Eldrebølge" og alderisme.....	52
6.0	VERDIGHET I ALDERDOM OG DØD	54
6.1.	En verdig alderdom og død	54
6.2	Verdighet.....	56
6.2.1	Hva er den "gode død"?	57
6.2.2	Generalisering av en "verdig død"	59
6.2.3	Forventninger til egen død	61
5.2.3	Sosial kontakt eller tilbaketrekking?	62
7.0	OPPSUMMERING OG AVSLUTNING.....	63

7.1 Oppsummering.....	63
7.1.1 Har jeg nå fått svar på min problemstilling?	64
7.2 Veien videre og avsluttende kommentar	64
LITTERATUR	66

Vedlegg 1 Informasjonsskriv til leder av pensjonistforening

Vedlegg 2 Informasjonsskriv til informanter

Vedlegg 3 Samtykkeerklæring

Vedlegg 4 Intervjuguide

Vedlegg 5 Kvittering fra NSD

1.0 INNLEDNING

Hensikten med denne oppgaven er å gi oppmerksomhet til eldre mennesker og deres forhold til døden. Oppgavens fokus rettes mot hva en ”verdige død” betyr for pensjonister og hvordan det levde liv spiller inn på pensjonisters forhold til døden. Jeg skriver om dette temaet fordi det interesserer meg og jeg ser behovet for økt kompetanse på dette området. Jeg håper at denne oppgaven vil kunne føre til en økende refleksjon blant helsepersonell over eldres synspunkter og tanker om døden.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

En av de største utfordringene jeg møter i min jobb (som i skrivende stund er på sykehjem) er å gi god pleie og omsorg til den døende pasienten. Det eksistensielle og den åndelige omsorgen uthever seg som den siden av pleien som først lider i en travel hverdag. Min oppfatning fra den kommunale helsetjenesten er at helsepersonell kvier seg for å snakke med sine pasienter om deres tanker om døden, både med tanke på behandling og hvordan de eldre pasientene ønsker å ha det den siste tiden av livet. Dette ser jeg som et fenomen som vanskeliggjør en allerede utfordrende situasjon. Det reflekteres lite om hva eldre mennesker tenker om døden og *hvorfor* de tenker og mener slik de gjør. Som geriatrik sykepleier er jeg bekymret for hvordan eldreomsorgen skal kunne ta seg av den økende mengden eldre som ventes i fremtiden, om ikke kunnskapshullene om eldres syn på døden og det å dø tettes. Uavhengig av helsetilstanden til disse eldre menneskene som utgjør den såkalte ”eldrebølgen”, vil alle disse menneskene dø en gang. Det er en stor sannsynlighet at disse menneskene vil komme i kontakt med den kommunale helsetjenesten før de dør (Gabrielsen 2013).

Det eneste som er sikkert med livet er at alle skal dø en gang. Døden er unngåelig. Statistisk er det flest eldre som dør (Statistisk Sentralbyrå, A), men til tross for dette er det viet lite oppmerksomhet på å finne ut mer om eldres forhold til døden. Døden har fått en økende oppmerksomhet blant forskere i flere ulike felt, men det eldre menneskets død er det ikke like mye interesse rundt (Johnson 2009). Tall viser at antall eldre vil øke med årene (Statistisk Sentralbyrå, B). I følge Daatland & Solem (2011) gjør dette at mestring av døden kan få en

nærmere tilknytning til mestring av alderdommen. Det blir desto viktigere å få økt kunnskap om hvordan de eldre menneskene ser på døden og det å dø. Døden er et sensitivt tema, som synes å være tabubelagt i dagens samfunn (Daatland & Solem 2011). Dette kan være en forklaring på at det synes å være en vegring mot å studere aspekter ved livets slutt (Johnson 2009).

Samtaler om døden er erfaringsvis ikke vanlige i praksisfeltet, selv om behovet er der. Daatland & Solem (2011) skriver at en større åpenhet om døden, og mer refleksjon om døden, kan føre til en større aksept av at en skal dø. Hvorfor helsepersonell vegrer seg for å snakke med eldre mennesker om døden er ikke tema for denne oppgaven, men noen mulige årsaker kan være på sin plass å nevne. Først og fremst tror jeg at å snakke med eldre mennesker om døden kan være vanskelig da en blir konfrontert med ens egne tanker om døden. Unnvikelse kan være en måte for helsepersonell å beskytte seg selv på. En annen årsak kan være at helsepersonell prøver å skåne pasientene sine ved å ikke ta opp slike sensitive temaer. Dette støttes opp av flere studier der helsepersonell sier at beslutninger ved livets slutt er en stor utfordring (Bollig & Pedersen & Førde 2009, Førde & Pedersen & Nortvedt & Aasland 2006). Aspekter rundt behandling ved livets slutt vil ikke bli mer belyst i denne oppgaven. En studie som kartla ressurser i eldreomsorgen sier at blant annet behovet for sosial kontakt og psykisk helsehjelp ble mangelfullt ivaretatt. Dette begrunnes med mangel på tid, for lav bemanning i forhold til pleietyngde og trange budsjettammer (Førde et. al. 2006). Kan dette ha sammenheng med at disse samtalenes ikke blir prioritert?

1.2 Presentasjon av problemstilling

Daatland & Solem (2011) skriver om to psykologiske perspektiver som har særlig innvirkning på eldre menneskers forhold til døden. Det ene er at døden påvirker de eldres liv, og det andre er at det levde liv har innvirkning på deres holdninger til døden. Dette er så langt teoretiske formuleringer som det ikke finnes mye empirisk data om (Daatland & Solem, 2011). Dette er en del av årsaken til at jeg ønsker å bruke min masteroppgave til å finne ut mer om dette. Med fokus på en verdig død og hvordan det levde liv innvirker på pensjonisters holdninger til døden, har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

Hva er en ”verdig død” for pensjonister, og hvordan spiller det levde liv inn på pensjonisters forhold til døden?

Jeg ønsker å finne ut hvilke tanker pensjonister har om en ”verdig død” og hva en ”verdig død” betyr for dem, og hva som er viktig i tiden frem til døden. Gjør pensjonister seg tanker om en hva en ”verdig død” er? Er døden noe som opptar pensjonister og på hvilken måte? Flere studier påpeker at det levde livet har betydning for de tankene pensjonister har om døden. Jeg ønsker derfor å finne ut *hvordan* tidligere erfaringer i livet gjenspeiles i pensjonistenes tanker om døden.

1.3 Oppbygging av oppgaven

Kapittel 2.0 tar for seg tidligere forskning og relevant teori. Teoretiske vinklinger innbefatter blant annet livsløpsperspektivet, etikk, de eldre i samfunnet og dødens historie. Kapittel 3.0 beskriver metodiske valg og tilnærminger som er brukt i studien som oppgaven bygger på, samt min rolle som forsker, min forforståelse og etiske overveielser. Kapittel 4.0 beskriver funn i forbindelse med dødens plass i livet. Drøfting av funn, samt teoriens relevans presenteres i et eget underkapittel. Kapittel 5.0 sier noe om funn relatert til informantenes tanker om alderdommen. Drøfting presenteres i eget underkapittel. Kapittel 6.0 belyser funn i forbindelse med verdighet i alderdom og død. Drøfting presenteres i eget underkapittel. Kapitlene 4.0 – 6.0 er studiens hovedfunn. Kapittel 7.0 gir en oppsummering og en avslutning på oppgaven.

1.4 Avklaringer

Ordet pensjonist brukes som et økonomisk begrep som sier noe om vedkommendes relasjon til arbeidsmarkedet og gir en formening om aldersgruppen en tilhører, jf. Nedergaard Banke (2009).

Oppgavens fokus er rettet mot pensjonister, men vil berøre praksis ved å relatere til et pasient - helsepersonell fokus. Dette gjøres for å vise hvordan studien kan anvendes i praksisfeltet. Et

eksempel på dette er at oppgaven delvis berører palliativ pleie da mye av forskning og litteratur er nært knyttet opp til dette.

I oppgaven bruker jeg ”verdig død” og ”god død” om hverandre. Bakgrunn for dette er at litteraturen bruker begge variantene. Jeg legger samme betydning i begge formene.

2.0 TIDLIGERE FORSKNING OG TEORI

I dette kapittelet presenteres tidligere forskning om tema eldre og døden, samt teoretiske vinklinger som oppgaven bygger på. Disse er etikk og moral, i form av en kort redegjørelse for Løgstrups etiske fordring, autonomiprinsippet og paternalisme. Videre beskrives synet på alderdom og død i et historisk perspektiv, den tredje og fjerde alderen, den eldste generasjonens livsvilkår og avslutningsvis ”eldrebølgen” og behov for bistand fra kommunehelsetjenesten.

2.1 Tidligere forskning

Det finnes en god del forskning på områder som omhandler eldre mennesker og deres forhold til døden. Mange studier har et annet fokus enn hva jeg har i min studie, men funnene har relevans for min oppgave. Søk etter tidligere studier viste at flere forskere er enige om at det er et kunnskapshull her og at det er et stort behov for mer forskning som omhandler eldre menneskers tanker og holdninger til døden. Det som er gjort av forskning tyder på at døden har en sentral plass i eldre menneskers bevissthet. Døden er mer nærværende, en mister venner og kjenner på kroppen at vitale funksjoner blir dårligere. Forskning viser at eldre er minst engstelige for døden, men tenker oftest på døden (Daatland & Solem 2011). Her er det selvfølgelig variasjoner. Selv om eldre viser mindre engstelse for døden og har lettere for å akseptere den, betyr det ikke at de ser frem til den. Også eldre ønsker å leve så lenge som mulig (Daatland & Solem 2011).

2.1.1 Litteratursøk

Søk etter relevant litteratur ble utført gjennom søk i ulike databaser, nettsider til fagblader (Sykepleien og Tidsskrift for den Norske Lægeforening) og gjennomgang av referanselister til relevant litteratur. Det ble søkt i bibliotekbasen til Universitetsbiblioteket, Pubmed, SweMed+, Idun, Norart og Chinal. Google ble også brukt som søkemotor. Det var vanskelig å finne søkeord som ikke inkluderte studier som omhandlet dødelighet. Det ble derfor svært mange treff på søkeordene. Søkeord har vært blant annet ”elderly”, ”lived life”, ”thoughts

about death”, ”attitudes towards death”, ”older people” + “death attitudes”, “worthy death”. Sistnevnte gav flest treff på artikler som omhandlet terminalpleie og eutanasi. Det som har gitt mest uttelling var å gå gjennom referanselister til relevante bøker og artikler. Artikler som er delt på Facebook har også gitt noen gode kilder, enten i seg selv eller ved å gå gjennom referanselistene.

2.1.2 Eldres tanker om døden og det å dø

En studie utført av Lloyd-Williams & Kennedy & Sixsmith & Sixsmith fra 2007 har konkludert med at eldre ønsker å leve så lenge som mulig. Informantene i deres studie sa at de aksepterte døden, men at de ønsket å leve så lenge som mulig. Studien tok utgangspunkt i intervjuer med 40 eldre personer i alderen 80-89 år. Et av funnene var at det som var mest skremmende med døden var å ikke vite når og hvordan døden inntraff, og om man måtte gjennom et langt og smertefullt sykeleie før man døde (Lloyd-Williams et. al. 2007). Flere informanter planla aktivt for sin egen død, da i form av å skrive testamente, ordne begravelse for seg selv og å fordele gods (arv), slik at de etterlatte ikke måtte gå gjennom unødvendig mange ting etter ens død. Begrunnelsen for slik planlegging var å skåne sine etterlatte (Lloyd-Williams et. al. 2007). Flere av informantene opplevde det som vanskelig å snakke med sine pårørende om slike ting da det ble for krevende emosjonelt for deres pårørende. Studien oppsummerte med at døden og det å dø hadde en sentral plass i de Eldres liv og at de eldre hadde liten mulighet for å snakke åpent om døden (Lloyd-Williams et. al. 2007).

2.1.3 Dødsangst

Missler et. al. (2012) utførte en studie som omfattet dødsangst blant eldre personer som bodde på institusjon. Studiens hypotese var at høy grad av dødsangst var relatert til mental og fysisk skrøpelighet, lite sosial støtte, lavere følelse av mening med livet og dårlig selvfølelse. Studien gikk gjennom tidligere forskning og utførte en empirisk studie. Dødsangst ble definert som frykt for døden, og det å dø, som opplevdes i dagliglivet. Angsten ble forårsaket av forventninger til hva som skjedde når en var død (Missler et. al. 2012). Målet med studien var å finne ut hvordan eldre personer som bor i institusjoner opplevde dødsangst, med

utgangspunkt i at disse menneskene var skrøpelige, bodde sammen med andre skrøpelige mennesker og opplevde død oftere enn de som bodde utenfor institusjon (Missler et. al. 2012). Ved en gjennomgang av litteratur viste det seg at eldres tanker om døden hadde innvirkning på deres evne til å mestre alderdommen og hadde direkte innvirkning på eldres livskvalitet. Generelle funn fra studier var at økende alder og god fysisk og psykisk helse var assosiert med lavere dødsangst. Grad av dødsangst økte som følge av tap av en av sine kjære, som igjen økte tiden den eldre brukte på å tenke på døden (Missler et. al. 2012).

Studien forsøkte å se på kjønnsforskjeller når det gjaldt dødsangst. Kvinner var mer bekymret for hvordan deres død ville innvirke på livet til deres kjære, og at deres kjære skulle dø før de og hvilken innvirkning det ville få på deres eget liv. Dette ble sett i sammenheng med at kvinner levde lengre og at de statistisk hadde større sjanse for å miste sine kjære. Menn rapporterte en høyere grad av fysisk og psykisk helse enn kvinner (Missler et. al. 2012). Når denne studien ble sammenlignet med studier som benyttet eldre personer som bodde hjemme som informanter, viste det seg at eldre personer som bodde på institusjon rapporterte en høyere grad av dødsangst. Dette var spesielt merkbart når det gjaldt frykt for død blant sine nærmeste, frykt for selve dødsprosessen og frykt for det ukjente (Missler et.al. 2012). Studien tok ikke hensyn til faktorer som kultur og religion.

2.1.4 Den "gode død"

En studie utført av Beate Andrè (2014) gikk systematisk gjennom faglitteratur og forskning som omhandlet fenomenet den "gode død" og hvilke konsekvenser det hadde for sykepleiefaget (Andrè 2014). Her blir ikke den "gode død" generelt definert, men en så på hva som skulle til for å legge til rette for en god død. På den helsefaglige siden hadde utviklingen med tanke på døden vært fokusert på symptomlindring og smertelindring, mens pasientene hadde fokusert på tap av verdighet, det å bli avhengig av andre og tap av kontroll (Andrè 2014). Ved forsøk på å definere hva den "gode død" var, ble det ofte satt i sammenheng med å hindre unødig lidelse for pasienter og pårørende. Studien fant at dødsangst var noe det ble snakket lite om, men at det var en utfordring blant eldre døende pasienter (Andrè 2014).

Verdighet var et begrep som ble knyttet opp mot kvaliteten på tjenesten. Pasientens verdighet kunne styrkes gjennom å fremme identitet, integritet og uavhengighet. Fenomener som emosjonell støtte, åndelig omsorg, ærlighet, håp og glede nevnes også som viktige for å bevare den døendes verdighet (Andrè 2014).

Studien oppsummerte med at kunnskapsfeltet palliativ omsorg manglet beskrivelser av hvordan eldre døende pasienter opplevde dødsangst. Det ble satt spørsmålsteget på om dødsangst var noe som opplevdes som vanskelig for helsepersonell som tok seg av døende mennesker. For å lindre dødsangst var det nærliggende å tenke at en måtte implementere de begrepene som sa noe om hva verdighet var (Andrè 2014).

2.1.5 Planlegging av fremtiden

Mathie et. al. (2011) gjorde en studie blant beboere på pleiehjem (ikke sykehjem) om deres syn, tanker, erfaringer og forventninger til fremtiden og døden. Forskerne hadde en formening om at det å bo på et pleiehjem påvirket deres tanker om pleie og behandling i livets slutfase. Det å dø var en del av livet i et pleiehjem, og et viktig aspekt for kvaliteten på pleien som ble gitt. En visste lite om hvordan det å bo på et pleiehjem innvirket på eldres tanker og forventninger til døden (Mathie et. al. 2011). 63 beboere på 6 ulike pleiehjem – med et aldersspenn på 61-102 år - ble intervjuet tre ganger i løpet av et år. Intervjuene gav informantene sjansen til å få snakke fritt om hva som var viktig for dem når det gjaldt det å leve og dø i et pleiehjem. Studien gikk ut fra at hendelser med alvorlig sykdom og det at andre beboere døde på hjemmet ville påvirke beboernes syn på egen dødelighet og hvilke prioriteringer man hadde angående avgjørelser ved livets slutt. Antagelsen ble ikke støttet av funnene (Mathie et. al. 2011).

Gjennom det året studien varte, var det få deltakere som endret sine synspunkter. Beboernes evne å akseptere døden hadde innvirkning på deres evne til å planlegge fremtiden. De som levde i fortiden hadde ikke akseptert flyttingen på pleiehjem og ønsket å bo hjemme. Disse beboerne klarte ikke å tenke på fremtiden (Mathie et. al. 2011). Litt under halvparten av beboerne klarte ikke å planlegge fremtiden da den var for usikker og de ikke så nytten i det. Disse beboerne levde fra dag til dag og visste at døden var uunngåelig (Mathie et. al. 2011).

De som tenkte på fremtiden, var ikke redde for hva som ville komme, og var mer i stand til å prate om sine preferanser for pleie ved livets slutt. Disse beboerne var ikke redde for å dø alene. Enkelte beboere gav uttrykk for at de hadde levd et godt liv og at deres barn klarte seg på egenhånd. Døden kunne bare komme (Mathie et. al. 2011). Av de beboerne som aktivt planla fremtiden, var to av dem helsepersonell og resten hadde nylig vært innlagt på sykehus. Disse beboerne hadde klare formeningene om hvordan de ville ha det ved livets slutt og hadde også informert ledelsen på pleiehjemmet om dette (Mathie et. al. 2011). Samtaler om døden og planlegging av fremtiden var ikke vanlig i disse pleiehjemmene. Informantene i studien gav uttrykk for et behov å snakke om disse tingene, men at personalet hadde det for travelt til at en slik samtale kunne finne sted (Mathie et. al. 2011).

Denne studien påpekte også et behov for mer kunnskap om hva eldre ønsket av pleie og behandling ved alvorlig sykdom, hvordan eldre klarer å planlegge fremtiden, og deres evne til å snakke om døden. En slik samtale må komme på et tidlig tidspunkt, men ikke ha for stort fokus på planlegging av døden da dette kan utløse kriser og en følelse av hjelpsløshet. Fokuset må rettes mot å få innsikt i eldre menneskers tanker om døden. Dette kan også styrke dem som må ta avgjørelser ved livets slutt på andres vegne (Mathie et. al. 2011).

2.1.6 Synet på fremtiden, døden og det å dø

Broström utførte i 2014 en studie som har visse likhetstrekk med denne studien. Tema for studien var å se på hvordan eldre mennesker så på fremtiden, døden og det å dø (Broström 2014). Studien tok utgangspunkt i intervjuer med 27 relativt friske informanter i et aldersspenn på 70-91 år. Gjennom informantenes historier ønsket Broström (2014) å forstå de eldres syn på fremtid, døden og det å dø. Studien har et livsløpsperspektiv. Broström (2014) sier det er viet mye oppmerksomhet til døden, men lite er rettet mot eldre menneskers død.

Studiens funn viste at tidligere erfaringer med død blant familie og kjente preget informantenes forhold til døden. Her fantes det imidlertid kulturelle og sosiale forskjeller (Broström 2014). Intervjuene beskrev hvordan dødens plass i samfunnet påvirket hvordan døden ble håndtert. Døden som tema varierte fra at den var en hendelse som forekom ofte og

som det ble snakket åpent om, til at den forekom mer sjeldent og ble sett på som noe taust som en ikke snakket om (Broström 2014).

Hvordan eldre mennesker så på døden og det å dø strakk seg til to ytterpunkter (Broström 2014). På den siden mente noen informanter at det nå var på tide å tenke på døden og forbedre seg på at den ville komme. Disse informantene hadde begynt med praktiske forberedelser med tanke på døden, slik som å skrive testamente og ordne detaljer til begravelsen. Dette handlet om å ta ansvar for egen død og å skape forutsetninger for en verdig avslutning på livet (Broström 2014). På den andre siden mente noen informanter at de ikke var i rette tiden for å tenke og forberede seg på døden. Dette var ikke noe som tilhørte den friske alderdommen. Dette tilhørte de som var syke og skrøpelige. Broström (2014) henviste her til den "fjerde" alderen. Disse informantene stolte på at deres nærmeste tok seg av begravelsen, og viste stor vilje til å fortsette å leve (Broström 2014).

Når det kom til samtaler om døden, hadde informantene delte meninger. Enkelte ønsket å tone ned døden for ikke å skape uro eller ødelegge relasjonen de hadde til dem rundt seg. Disse informantene mente at en enten skulle bearbeide døden selv eller prate om døden når en var syk og skrøpelig (Broström 2014). Andre informanter kunne gjerne snakke om døden, men da med noen de stolte på. Dette kunne være nære bekjente eller gjennom en forening. Slike samtaler handlet ikke bare om eksistensielle spørsmål, men også om å videreformidle ønsker for egen død (Broström 2014).

De eldre så positivt på sin egen fremtid og hadde fortsatt muligheter til å planlegge fremtiden og ha drømmer og mål (Broström 2014). Informantenes fortellinger beskrev et livsrom som både ekspanderte og krympet i et og samme intervju. I det ene sekundet la de planer for fremtiden, i det andre ble livet begrenset til her og nå (Broström 2014). Broström (2014) henviser til Nurmi som skriver om at tidligere forskning ofte formidler et bilde av eldre mennesker som nåtidsorienterte grunnet en begrenset fremtid. I følge Broströms (2014) funn er ikke dette alltid tilfelle.

2.2. Livsløpsperspektivet

Aldring og alderdom har i alle år vært tema for nysgjerrighet, men ifølge Daatland & Ingebretsen & Slagsvold & Solem (2008) var det først på 1900-tallet at en mer moderne vitenskapelig aldersforskning kom til syne. Frem til i dag har det stadig dukket opp nye teorier om aldring, og slik har gerontologien vokst frem som et eget vitenskapelig fagområde. Rundt 1950-tallet vokste det frem egne gerontologiske organisasjoner og tidsskrifter (i Norge i 1954). Daatland et. al. (2008) henviser til Talcott Parsons som antydnet at en av grunnene til at samfunnet ikke så betydningen av gerontologien, var at verdier som produktivitet – som ble sett i relasjon til unge mennesker – gjorde at man overså de som ikke var produktive. Eldre ble nærmest sett på som en byrde.

Rundt år 2000 kom det signaler om et perspektivskifte fra kun å ha fokus på alderdommen til å inkludere livet før som har ført til alderdommen. Aldersforskningen ble mer opptatt av å se aldringen som en prosess, å se eldre mennesker som en samfunnsgruppe og at alderdommen var en fase av livet (Daatland et. al. 2008). Dette tolker jeg som en framtrøden av livsløpsperspektivet i aldersforskningen. Flere studier bruker et livsløpsperspektiv, men få av dem legger vekt på livets siste fase. At døden er tabubelagt kan være en årsak til at forskere innenfor gerontologi ikke er mer interesserte i å finne ut mer om dødens innvirkning på eldre menneskers liv (Johnson 2009). I følge Rahm Hallberg (2010) må ny forskning om eldres syn på døden og det å dø forstås ut fra det eldre menneskets samlede livserfaringer, vurderinger og forventninger til livet, samt faktorer som påvirker livet deres her og nå. Dette er nødvendig for å skape en god eldreomsorg som gir pleie og omsorg til både friske, skrøpelige, multimorbide og døende eldre mennesker.

Etter hvert som årene går, havner en større del av livet bak oss, og tiden foran oss skrumper inn. Mulighetene i livet som har ligget foran oss, havner i stedet i livet bak oss gjennom livsprosjekter, fiaskoer, triumfer og sjanser vi tok og ikke tok. Disse valgene, og konsekvensene av valgene, bæres med videre i livet og betinger hvordan livsløpet ble til (Thorsen 1995). Det kan sies slik at livet må forstås baklengs, men leves forover. Men når tiden foran oss skrumper inn, kan det lett bli til at man lever baklengs (Thorsen 1995). Å fortelle sin livshistorie kan sammenlignes med å nøste tråder ved å gi en oversikt og sammenheng over livet gjennom historien. Gjennom historien kan alderdommen forankres i det levde liv ved å integrere livets siste fase til livsløpet (Thorsen 1995). Studier som bruker

gjennomsnittstall visker ofte bort ulikhetene blant eldre, og fortidens historie blir borte, til tross for at de eldre har levd historien. Alderdommen er en del et livsløp som utspilte seg under bestemte historiske og kulturelle vilkår. De som tilhører den eldste generasjonen, bærer med seg erfaringer som er særegne for deres generasjon (Thorsen 1995). Alder er ikke bare et tall som sier hvor gamle vi er, men sier også noe om hvilket historisk landskap vi ble født i, og har levd i (Hagestad 2002). Minner og verdier fra det levde liv bringes med inn i alderdommen, og preger det eldre menneskets meninger, synspunkter og valg som tas i alderdommen. Derfor er det viktig å vite noe om disse erfaringene. De gamles fortellinger om sine liv gir viktig informasjon om bakgrunnen for deres ønsker, valg og reaksjoner i dag. Derfor kan alderdommen best forstås gjennom et livsløpsperspektiv (Thorsen 1995). Det er samtidig viktig å vite noe om hvilke levevilkår som kjennetegner tiden de vokste opp i. I følge Hagestad (2002) viser forskning at tidligere levemønstre og levekår gir langsiktige konsekvenser senere i livet. Dette ser jeg som et argument for å benytte et livsløpsperspektiv i aldersforskningen. I denne oppgaven brukes livsløpsperspektivet som begrep for det levde liv.

Livshistoriene viser at mestring av fortiden er en viktig kilde til stolthet i alderdommen. (Thorsen 1995). Ettersom døden oppleves som mer og mer nært forestående med økende alder, har det betydning om det eldre mennesket ser tilbake på livet som har vært som noe positivt eller negativt. Å føle at livet man har levd har vært mangelfullt eller mislykket, kan føles såpass "livstruende" at en ikke klarer å holde ut med tanken. De som føler de har en god alderdom, er mer tilbøyelig til å ha en positiv innstilling til det livet de har levd (Thorsen 1995).

2.3. Etikk og moral

Denne delen av oppgaven vinkles mot et pasient – helsepersonellforhold. Hvordan man møter syke og døende mennesker som helsepersonell – og som medmenneske – er essensielt her.

Alle mennesker har en moral og en etisk holdning de lever etter og som ofte styres av kultur og/eller religion. Vår etiske holdning og moralske væremåte er forbundet med sykdom ved at de endrer relasjonen mellom mennesker. Sykdommer er en del av menneskets livsvilkår og vil ramme oss alle i ulik grad. Vi føler spesielle forpliktelser ovenfor de som er syke (Svenaesus

2005). Årsaken til at vi føler et ansvar for de syke, er at de, i følge Svenaeus (2005), viser en sårbarhet som finnes i alle mennesker, men som særlig vises ved sykdom. Vår moral innebærer at vi føler en forpliktelse til å hjelpe de som er syke. Et hvert menneske kan selv havne i en slik situasjon, og vår moralske overbevisning sier at de syke har rett til å forvente hjelp da sykdommen kommer som følge av naturens "urettferdighet". Døende mennesker er spesielt sårbare og avhengige av andre (Svenaeus 2005).

2.3.1 Løgstrups etiske fordring

Løgstrup (1999) setter tillit som et vesentlig aspekt i møtet mellom mennesker. Å tro på hverandres ord hører til det å være menneske. Alt annet ville vært livsfiendtlig (Løgstrup 1999). Men å vise tillit betyr at en selv blir sårbar gjennom en personlig utlevering. Dette mener Løgstrup (1999) er årsak til at mennesker reagerer sterkt på misbruk av tilliten. Løgstrup (1999) sier: "*Den enkelte har aldri med et annet menneske å gjøre uten å holde noe av dette menneskets liv i sine hender*". (s. 37). Dette anser jeg som en sentral del av Løgstrups etiske fordring. Hvor mye av en annens liv en holder i sine hender, kan variere fra en forbigående stemning til å være avgjørende for om en lykkes med livet eller ikke (Løgstrup 1999). All kommunikasjon innebærer at en må våge seg frem for å bli imøtekommet. Dette er grunnfenomenet i det etiske liv. Tillit er gitt til oss og vi kan velge å imøtekomme den eller misbruke den. Slik er våre verdener knyttet sammen (Løgstrup 1999). Løgstrups etiske fordring er taus, det vil si at et menneskes ønske eller krav i en relasjon må tolkes av den andre. Det er ikke alltid at tolkningen sammenfaller med ønskene eller kravene til den som utleverer seg.

Løgstrup (1999) spør om den etiske fordringen kan føre til overgrep. Slik jeg ser det, handler det om ytterpunktene å svare med tillit eller å misbruke tilliten. Å svare med tillit er å være hensynsfull, å misbruke tilliten er å være hensynsløs. Slik kan ens egen livsforståelse føre til press og overgrep (Løgstrup 1999). Hvis jeg skal trekke linjer mellom en hensynsfull og en hensynsløs måte å møte Løgstrups etiske fordring, kan paternalisme være en form for hensynsløs måte å møte fordringen på. Bevarelse av ens autonomi kan være en hensynsfull måte å møte fordringen på.

2.3.2 Hva er verdighet?

Menneskets verdighet har i alle tider blitt beskrevet som noe viktig og betydningsfullt (Edlund 2002). Verdigheten er gitt til mennesket gjennom skapelsen og kommer med frihet og et ansvar. Disse to henger sammen da ansvaret kommer sekundært til friheten, men samtidig overgår friheten. Ansvaret henvises til Løgstrups etiske fordring og blir slik et etisk krav (Edlund 2002). Verdighet er noe de aller fleste anser som viktig å ha og ivareta i livet. Sykdom og død er en del av livet, og bør derfor også behandles med verdighet. Respekt for ethvert menneske er ikke bare forankret i etikken, men også gjennom lover. Det er dette som ligger bak et verdig liv og en verdig død (Diessenbacher 1986). At det finnes flere ulike definisjoner på verdighet er kanskje grunnet i at verdighet er en subjektiv følelse (Jacelon & Connelly Brown & Proulx & Vo 2004). Det som går igjen i flere definisjoner, er at verdighet er en iboende verdi og unikhhet som hvert individ har. Det kan dermed også mistes. Verdighet er noe man er født med og som man ønsker å dø med (Jacelon et. al. 2004). I følge Jacelon et. al (2004) er verdighet sterkt knyttet til oppførsel. Et verdig menneske har selvrespekt, stolthet, håp og selvtillit og verdsetter det individuelle i verdighet. I en slik sammenheng knyttes verdighet til sosiale roller og blir dermed tosidig: Om du oppfører deg med verdighet vil den andre også gjøre det. Fra dette kan man trekke linjer til Løgstrups etiske fordring ved at man holder en del av et annet menneskes liv i sine hender i relasjonen mellom mennesker. Jacelon et. al (2004) trekker verdighet til døden ved å skrive at et vesentlig aspekt ved en verdig død er å ha kontroll over egen pleie, behandling og forventet levetid. En verdig død er et resultat av å utholde lidelse på en heroisk måte.

2.3.3 Autonomi

Autonomi er et begrep som fremmer menneskers selvbestemmelsesrett. Beauchamp & Childress (2009) sier at autonomi, som et minimum, krever selvbestemmelse som er fri for kontrollerende påvirkninger fra andre og bortfall av begrensninger som hindrer meningsfulle valg. Ikke tilstrekkelig nok informasjon er et eksempel på en type begrensning. Et valg er kun autonomt når personen har en viss grad av forståelse og det er totalt fravær av påvirkning. Kan en noen gang være totalt fri for påvirkning? Beauchamp & Childress (2009) skriver at enkelte kan hevde at et autonomt valg er inkompatibelt med autoriteten som styrende makter og religiøse organisasjoner har. Videre sier Beauchamp & Childress (2009) at å velge å la seg

styre av en spesifikk religiøs retning eller de styrende makter er i seg selv et autonomt valg. I helsevesenet finnes det mange problemstillinger knyttet til pasientens avhengighet av helsepersonell og autoriteten de besitter. Autoritet og autonomi er ikke forenlige i de tilfeller autoriteten ikke er akseptert (Beauchamp & Childress 2009).

Beauchamp & Childress (2009) henviser til Kant som sier at respekt for autonomi stammer fra anerkjennelsen om at alle mennesker har ubegrenset verdi og evnen til å avgjøre ens eget moralske ståsted. Kants respekt for autonomi har et sterkt fokus på det moralske. Videre skriver Beauchamp & Childress (2009) at prinsippet *respekt for autonomi* i seg selv ikke kan avgjøre hvilke begrensninger som er berettiget når et valg skal begrenses, eksempelvis når autonome valg kan påføre skade på andre mennesker.

2.3.4 Paternalisme versus autonomi

I de senere år har pasientens rett til å ta egne beslutninger blitt fremhevet i både lovverk og forskrifter. Pasientens autonomi har fått en sentral rolle i pleie og behandling. Pasientautonomi står i kontrast til den tidligere paternalismen der helsepersonell tok avgjørelser på vegne av pasienten ved at de viste hva som var til pasientens beste. Svenaeus (2005) likestiller paternalismen med en ”*autoritær og ufølsom innstilling til pasienten*” (s. 154). Men er det slik at pasientens autonomi blir svekket med en paternalistisk holdning? Svenaeus (2005) skriver at utgangspunktet for paternalismen er den gode ”faren” som tok seg av sine pasienter ved å gjøre han mente var til deres beste. Tanken var i bunnen god. Men videre sier Svenaeus (2005) at problemet oppstod ved at man dermed umyndiggjorde pasienten. I en slik sammenheng forsvinner den gode tanken som lå bak.

Å ivareta pasientens autonomi står sterkt blant helsepersonell, og jeg ser selv det økte fokuset den har fått. Men skal den beskyttes for enhver pris? Svenaeus (2005) skriver om at et for stort fokus på pasientautonomi fort kan føre til at det kliniske møtet ender opp som en forretningsaffære der helsepersonellet er selgeren og pasienten er kjøperen. Svenaeus (2005) kaller dette ytterpunktet for en ansvarsfraskrivelse. En slik vending ville undergrave det moralske ansvaret som helsepersonell bør føle for sine pasienter. Det kliniske møtet skal tilby hjelp ved at det bygger på vår plikt til å ta ansvar for den syke. Den må brukes slik at

pasienten kan finne sin egen vei gjennom et behandlingsforløp *sammen* med helsepersonell, og ikke som en rettighet i et kjøper-selger forhold (Svenaesus 2005). Slik jeg tolker Svenaesus fremstilling av autonomiens plass i helsevesenet, skal den beskyttes, og ikke misbrukes for å unngå å ta ansvar. Autonomi og paternalisme står som to ytterpunkter i et møte med helsevesenet, der målet er å finne den gyldne middelvei. Å tippe for mye til et av ytterpunktene ville ikke være respektfullt for pasienten. Svenaesus (2005) oppsummerer debatten ved at helsepersonellens ansvar i det medisinske møtet er å vise respekt og åpenhet for pasientens perspektiv. I følge Svenaesus (2005) skal ikke etisk teori virke som en mal eller ”smørbrøddliste” i en klinisk virksomhet. Den skal vokse frem av seg selv i analyse av sykdommen og innholdet i det medisinske møtet.

2.4 Synet på alderdom og død i et historisk perspektiv

Gjennom tidenes løp har holdningen til eldre gått gjennom flere endringer, alt fra å være knyttet til visdom og erfaring til å være knyttet til ineffektivitet og skrøpeligheit (Kirk 2009). Slikt sett er ikke en negativ holdning til alderdommen et nytt fenomen. I følge Kirk (2009) har en slik holdning røtter helt tilbake til antikken, der alderdom ble betraktet som en sykdom, en åndelig og kroppslig svekkelse. Alderdom ble også sett i sammenheng med visdom og erfaring, men vilkåret for denne visdommen var svekkelse. I tidlig kristendom ble svekkelse i alderdommen sett på som en konsekvens av et syndig liv (Kirk 2009). Fra 1800-tallet økte interessen for diagnostisering av eldre mennesker. De nye fremstillingene av aldring og sykdom ble koblet tilbake til antikkens syn på alderdom. På denne tiden var de fleste gamle mennesker preget av å være fysisk utslitt, noe som hadde sammenheng med datidens levevilkår. Interessen for det eldre mennesket dreide seg også ofte om dem som var innlagt på sykehus, slik at en fremstilling av alderdommen egentlig var en fremstilling av den syke gamle (Kirk 2009). På slutten av 1800-tallet kom de første pleiehjemmene for eldre mennesker. På 1900-tallet skjedde det en stor utvikling innenfor det geriatriske feltet. Det viktigste med denne utviklingen var at eldre pasienters helseproblemer ble nå tatt på alvor, og ikke bare som en svekkelse i alderdommen (Kirk 2009).

Synet på eldre i samfunnet dannes ofte av styrende stereotyper for grupper av mennesker. Eldre mennesker forbindes ofte med kroppslig forfall og svekkelse. Men hva med

pensjonister? Et negativt syn på pensjonister fremtrer om de blir definert som noen, eller de som har gitt, men som ikke gir lenger. Det at et menneske ikke lenger er på arbeidsmarkedet kan settes i likhetstegn med at en ikke bidrar i samfunnet. En regnes ikke som en ressurs lenger, men som en byrde som andre må betale for (Nedergaard Banke 2009). Eldre som gruppe stilles forhåpentligvis i et mer positivt lys enn dette. Eldre mennesker omtales ofte som det ”gråe gullet”. Nedergaard Banke (2009) henviser til Kirk som sier at jo større en gruppe blir i samfunnet, jo mer vil markedet henvise seg til den. Eldre utgjør i dag en stor gruppe i samfunnet, og vil bli større i løpet av årene som kommer. Mange av disse eldre menneskene vil fortsatt være svært aktive i samfunnet, selv om de ikke er på arbeidsmarkedet. Den økte levealderen fører også til at flere av pensjonistene har god helse, og arbeidsmarkedet begynner å få øynene opp for å holde de eldre lengre i arbeid gjennom seniorpolitikken (Nedergaard Banke 2009). I dag synes gruppen eldre å være delt inn i de svake eldre og de sterke eldre, der de sterke eldre opprettholder en aktiv rolle i samfunnet (Nedergaard Banke 2009).

Dødens ansikt og rolle i samfunnet har også endret seg gjennom historien. En ting har likevel holdt seg konstant: Døden har alltid vært noe ubehagelig. I vår underbevissthet kan vi ikke dø. Det at livet avsluttes, skyldes noe som kommer utenifra, vi kan ikke dø av oss selv. Slik forbindes døden med noe ondt (Kübler-Ross 1995). Døden har vært ansett som en ulykke forårsaket av magiske krefter, som overgangen til en annen verden og som noe man for enhver pris skal unngå (Hiimäe 2005). Den gode død stammer fra det greske ordet *euthanatos* som kan assosieres med det norske ordet eutanasi. Eutanasi betyr egentlig å dø godt, da i den betydning at døden er smertefri og uten lidelse. I dag benyttes ordet for aktiv dødshjelp (Kellehear 2007). Selv om den gode død har endret noe av sin karakter gjennom historien har den alltid blitt relatert til en positiv opplevelse av døden (Kellehear 2007).

Historisk sett deles det inn i et tradisjonelt syn på døden, et moderne syn på døden og et postmoderne syn på døden (Broström 2014, Walter 1994). I det tradisjonelle synet på døden spilte religiøse, kulturelle og sosiale sider en viktig rolle, både i håndteringen av døden og den døde. Døden var et kollektivt ansvar som inkluderte både familie, venner og kirken. Arena for døden var hjemmet og dødens viktigste rolle var at den startet reisen til himmelriket. Døden var en del av hverdagslivet. Dette synet var vanlig i bondelivet før industrialiseringen kom (Broström 2014). I det tradisjonelle synet på døden inkluderte den gode død å kunne forutse sin egen død. Å være klar over døden og forvente den var viktige aspekter både for den

døende og den døendes slekt. Å være uforberedt var i beste fall uheldig, og i verste fall tragisk (Kellehear 2007). Å kunne forutse sin egen død var et viktig aspekt fordi det sa noe om en persons sosiale karakter. Den som kunne forutse sin egen død hadde lært dødens visdom gjennom å tolke tegn, å se varsler og gjennom erfaringer med andres død. Den gode døden var også forbeholdt de som hadde levd et usyndig liv (Kellehear 2007).

I det moderne synet ble døden redusert til en medisinsk affære. En kunne være klar over dødens nærvær, men den ble ”diagnostisert” av en profesjonell person – helsepersonell (Kellehear 2007). Fokus var rettet mot å hindre død, og døden ble ansett som noe mislykket og uønsket. Sykehus og helseinstitusjoner overtok ansvaret for den døende, noe som førte til at døden ble gjemt og distanserte seg fra samfunnet for øvrig (Broström 2014).

Begravelsesbyråer tok over ansvaret for den døde. Slik ble døden institusjonalisert og offentlig kontrollert med det resultat at døden ble gjemt og anonymisert. Det offentlige dominerte over det private. Private følelser ble undertrykt av institusjonsrutiner og pasienten ble et objekt (Broström 2014).

I det postmoderne synet ble pasienten satt i fokus igjen ved at den døendes erfaringer, følelser, livsstil og valg ble satt i høysetet. Selvbestemmelsesretten og pasientautonomi ble sentrale begreper (Broström 2014). Døden returnerte til en mer naturlig side av livet ved at det ble vanlig å følge dødsprosessen og det ikke lenger var uvanlig å ha sett den døde (Broström 2014). Private følelser trumpet nå ekspertenes autoritet (Walter 1994). Det blir kanskje noe feil å skrive om det postmoderne synet i fortid, da dette synes å være høyst aktuelt i dag. Kellehear (2007) mener at døden ikke hører til i dagens samfunn. Han sier det så direkte at om en overlever truslene om ulykker og selvmord i ungdomstiden og faren for kreft og hjerteinfarkt i voksen alder vil de fleste av oss ende opp med artritt, organsvikt eller demens i alderdommen der hjerneslag, lungebetennelse eller uheldige fall vil nekte de fleste av oss en god død.

2.4.1 Dødens gjenoppstandelse

Det virker som at døden er på tur tilbake til samfunnet ved at det rettes mer fokus på den, både i media og i ulike forskningsmiljøer (Broström, 2014). Mens den medisinske ekspertisen

sørger for å avverge døden, eller utsette den, har media erstattet religionens forsøk på å gi døden mening (Walter 2008). Mens media tidligere skydde temaet døden, da den ble ansett som for negativ, anses det i dag som passende (Emanuel & Emanuel 1998). Media viser dokumentarer som følger alvorlig syke personer gjennom en sykdomsperiode som ender med døden, og bilder fra kriger viser døde kroppar. Det er også en økt bruk av blogger om tema, da ofte skrevet av personer med livstruende sykdom. Men hvem sin død er det som fremstilles? Er det den spektakulære og uvanlige døden, eller den naturlige døden som kommer ved høy alder? Det kan virke som at det eldre menneskets død får liten oppmerksomhet i media (Broström 2014). Media virker å være mer opptatt av å vise yngre menneskers død, da særlig de som dør av kreft. I følge Österlind (2009) kan det være et snev av alderisme i dette ved at livet i høy alder ikke er å ettertrakte eller ikke er interessant nok. Eller kan det være at den yngre generasjonen ikke interesserer seg for det eldre menneskets død? Død i høy alder er naturlig. Medias omtale av eldre menneskers død synes å konsentrere seg om de dødsfallene som anses som uverdige.

2.5 Den tredje og den fjerde alderen

Laslett (1996) beskriver den tredje alderen som første del av pensjonisttilværelsen, der drømmer og mål kan realiseres. Alder regnes grovt sett fra ca 60-80 år. Den tredje alderen varer i dag lengre enn før, og omfatter en stor del av befolkningen. I følge Laslett (1996) kan ikke den tredje alderen deles inn etter kronologisk alder. Den må deles inn etter en personlig preferanse for når den skal inntre. Samtidig sier Laslett (1996) at pensjonisttilværelsen ofte er starten på den tredje alderen, og at den til en viss grad er aldersregulert. Tidligere forskning viser at mennesker i den tredje alderen ikke tenker på døden, da det ikke hører med til den friske alderdommen (Broström 2014). Men forskning av nyere dato viser at det er en endring her. En aktiv alderdom og selvrealisering – som kjennetegner den tredje alderen - kan også innebære å ta kontroll og ansvar for egen død (Broström 2014).

Romøren (2007) henviser til Baltès som har videreutviklet Lasletts aldersinndeling. I den fjerde alderen befinner de eldste eldre menneskene seg. Denne alderen består av en ny periode med avhengighet grunnet kroppens svekkelse (Romøren 2007). Kroppen svikter på en slik måte at våre medisinske evner ikke klarer å kompensere for disse svekkelsene. Når livet

strekkes mot de biologiske ytterpunktene kolliderer utviklingen mellom arten og individet. Dette er bakgrunn for den fjerde alderens opprinnelse (Romøren 2007).

2.5.1 Den eldste generasjonens levevilkår

Dagens eldste generasjon har opplevd en verdenskrig og gått gjennom de harde etterkrigsårene. Kontrastene før og nå er store. Tidligere var lokal og slektsmessig tilhørighet viktige forankringspunkter, og tradisjoner var en viktig del av samfunnet (Thorsen 1995). De som er født fra rundt 1930 har opplevd et land som har gått fra et bondesamfunn til et utviklet bysamfunn (Bondevik 2014), til et land som regnes som verdens beste land å bo i. De har vært med å bygge opp den velferdsstaten som Norge er i dag. De har også opplevd trange kår som de bærer med seg i alderdommen gjennom strategier og reaksjonsmønstre. Kjønnssrollene var tydelige. Mannen hadde sin jobb ute, og var familiens forsørger. Kvinnen hadde sitt arbeid inne, som husmor og mor. Hjemmet og barna var kvinnens ansvar (Thorsen 1995). Den eldste generasjonen har opplevd en stor nedgang i barnedødelighet og en medisinsk fremgang som har gitt håp om å overleve mye som tidligere var en dødsdom. Penicillin og vaksiner er eksempler på dette (Eidsvåg 2013). Den nye utfordringen, som følge av økt levealder, vil komme i tiden fremover – nemlig et økt antall av ondartede og kroniske sykdommer (Kübler-Ross 1995). I følge Thorsen (1995) klarer mange eldre å mestre tilpasninger til både tap, redusert helse og aktivitetsinnskrenking i alderdommen. Dette kan forklares med den møysomheten og beskjedenheten som var vanlig i den eldre generasjonens oppvekst. Eldre ser ut til å ha en økt evne til å tilpasse seg livets forandringer (Thorsen 1995).

2.6 «Eldrebølgen» og behov for bistand fra kommunehelsetjenesten

Som tidligere nevnt forventes det en stor økning av antall eldre frem mot 2050 (Statistisk Sentralbyrå B, Texmon 2013). Tallet antas å stige fra 13 % i 2011 til 21 % i 2050. Det har i de siste årene vært størst vekst blant eldre over 90 år (Texmon 2013). Siden 1950 har den forventede levealderen steget med 9 år for menn og 10 år for kvinner. Dette, og at store fødselskull nå når pensjonsalderen, anses som årsak til den store veksten av eldre mennesker.

Gjennomsnittlig levealder for menn antas å øke mer enn for kvinner slik at kvinneoverskuddet som i dag finnes blant eldre mennesker vil utjevnes (Texmon 2013).

Eldre mennesker er gruppen som mottar flest tjenester fra det kommunale helsetjenestetilbudet. Økningen av eldre vil derfor ha stor betydning for fremtidens helsetilbud. I følge Gabrielsen (2013) mottar svært mange pleie- og omsorgstjenester i livets slutfase. I 2011 mottok så mye som $\frac{3}{4}$ av de som døde tjenester fra den kommunale helsetjenesten. Andelen øker med alderen, der så og si alle av de aller eldste mottok tjenester fra kommunal helsetjeneste. Av de som døde i 2011, mottok mer enn 80 % av de over 90 år tjenester fra kommunehelsetjenesten. For å kunne vurdere kompetansebehov i fremtiden er det viktig med økt kunnskap om hvilke tjenester de eldre trenger i deres siste leveår (Gabrielsen 2013).

3.0 METODE

I følge Tjora (2013) styrkes validiteten til kvalitativ forskning ved å forklare hvordan forskningen er praktisert. Dette gjøres ved å redegjøre for metodiske valg som eksempelvis datagenereringsmetode og analyse. I dette kapitlet redegjøres for hvilken metodisk tilnærming jeg har brukt i min studie. Det gis en redegjørelse for valg av metode, etiske overveielser, kvalitet i forskning og avklaring av egen rolle og forforståelser. Videre belyses prosessen for både datainnsamling, rekruttering av informanter, utførelse av intervjuer og transkribering av intervjuene. Analyseprosessen blir beskrevet, samt hvilket analyseverktøy jeg har tatt utgangspunkt i. For ordens skyld gjentar jeg oppgavens problemstilling:

Hva er en "verdig død" for pensjonister, og hvordan spiller det levde liv inn på pensjonisters forhold til døden?

3.1 Bakgrunn for valg av metode

Da oppgavens mål er å finne ut hva en "verdig død" betyr for pensjonister og hvordan det levde livet spiller inn på pensjonisters forhold til døden, er en kvalitativ metode hensiktsmessig. I følge Thornquist (2012) brukes kvalitative metoder der en er ute etter økt forståelse for sammenhenger, særtrekk eller mønstre i et aktuelt forskningsområde. Polit & Beck (2012) sier de fleste kvalitative studier har som mål å oppdage mening og avdekke ulike virkeligheter, og ikke å generalisere for en bestemt målgruppe. Min studie tar utgangspunkt i erfaringer, opplevelser og følelser som pensjonister har ovenfor døden. I følge Svenaeus (2005) har følelser en grunnleggende plass i en fenomenologisk studie. Derfor anses det som hensiktsmessig å bruke et fenomenologisk perspektiv som utgangspunkt for denne studien.

Å bruke fenomenologi som metode innebærer en fremheving av personers opplevelser og personlige erfaringer gjennom å studere empirisk materiale. Forskeren er ute etter å finne en meningsfull struktur i disse erfaringene gjennom en innlevende studie av materialet (Svenaeus 2005), som i dette tilfellet er en intervjutekst. Fenomenologien retter oppmerksomheten mot verden slik subjektet erfarer den. Det handler om vår væren-i-verden (Thornquist 2012). Ved å bruke et slikt perspektiv forsøker en å etablere en forståelse av det individuelle perspektivet.

Et fenomenologisk perspektiv tar utgangspunkt i menneskets meningsfylte verden (Svenaesus 2005). For å kunne gjøre det må analysen gjøres uten å bli styrt av forutinntattheter og/eller teorier (Svenaesus 2005). Menneskets livsverden, dvs. vår dagligdagse verden som vi er fortrolig med og har erfaring med, anses som menneskets primære erkjennelsesform og danner forutsetning for all kunnskap og vitenskap. Slik kan det sies at fenomenologien er et forsøk på å forene filosofi, vitenskap og liv (Thornquist 2012). Thornquist (2012) sier at man må gå tilbake til fenomenene slik de viser seg for oss. Bare slik kan man danne et fundament som videre forskning kan bygge på.

3.1.1 Teori og teoretisering

I følge Bengtson & Gans & Putney & Silverstein (2009) er teorier avgjørende for nyttig forskning. Mangel på teorier fører til en begrenset anvendelse av forskningsresultater ved at en ikke kan bygge opp under eksisterende kunnskap om et tema. Bengtson et. al. (2009) skiller mellom det å utvikle eller anvende teori og det å teoretisere. Forfatterne mener at teori brukes i en passiv form som gjør at prosessen som utviklet teorien blir glemt. Derfor burde teori ikke anses som et sluttprodukt, men som en prosess. Å teoretisere er en prosess for å utvikle ideer som gjør at vi forstår og forklarer empiriske observasjoner. Ordet *teori* brukes ofte for å beskrive tolkninger av ideer eller observasjoner (Bengtson et. al. 2009), eller lettere sagt, et forsøk på å forklare noe. Min studie tar utgangspunkt i å teoretisere som en prosess, uten nødvendigvis å utvikle en teori.

3.2 Min rolle som forsker

Før hvert intervju presenterte jeg meg som geriatrisk sykepleier og fortalte kort om min yrkeserfaring, hvilket studieprogram jeg deltok på og bakgrunn for valg av tema. Det var viktig for meg å poengtere at jeg ønsket å vite mer om informantenes erfaringer og meninger, slik at de kunne tale fritt rundt de spørsmålene jeg tok opp. Jeg ønsket at mitt yrke som sykepleier skulle ha minst mulig innvirkning på samtalen. Tre av informantene jobbet selv som helsepersonell, og i disse intervjuene ble det brukt en del fagspråk initiert av

informantene. Ellers er min opplevelse at informantene følte seg frie i samtalen, og at fokus var rettet mot deres livsverden.

Jeg ønsket å være en lyttende og åpen forsker som viste genuin interesse for informantenes fortellinger. Dette ble særlig viktig da tema kan være sensitivt. Ved å henvise tilbake til noe informantene snakket om tidligere og å bruke oppfølgingsspørsmål om bestemte hendelser, viste jeg interesse for deres beretninger. I forkant av intervjuene jobbet jeg med å ikke ta med egne hendelser og følelser med i intervjuene. Da jeg selv er en emosjonell person, gjorde jeg også en mental forberedelse på at informantene kunne fortelle om triste hendelser som kunne resultere i gråt, enten hos meg eller hos informanten. Dette kommer jeg tilbake til i kapittel 3.4.

Å være forsker krever en bevisstgjøring av egen rolle. Refleksivitet er et sentralt begrep. Her kreves en aktiv refleksjon over seg selv og hva som skapes gjennom forskningsprosessen. Maktforholdet mellom forsker og informant kommer også inn her som en del av forskerens bevissthet om sin plass i forskningen (Thornquist 2012). Før gjennomføring av intervjuene hadde jeg gjort noen bevisste valg for å balansere maktforholdet i en forsker-informant situasjon. Dette med bakgrunn i at jeg erfaringsvis har opplevd at mine pasienter har gitt meg makt siden jeg er sykepleier. De forventet at jeg hadde kunnskaper som pasienten var avhengig av, og at jeg hadde kompetanse til å kunne ta avgjørelser på vegne av, og for, mine pasienter. I møte med informantene ønsket jeg at maktforholdet skulle være balansert slik at informantene kunne føle seg fri i samtalen. Sykepleieryrket kommer ofte med forventninger fra enkeltpersoner, og jeg ønsket at dette ikke skulle ha innvirkning på intervjuene. Selv om det ikke var en pasient-sykepleierrelasjon i intervjuene, var dette fortsatt et viktig aspekt for meg å holde fokus på.

Da jeg møtte den første informanten sa vedkommende at hun var spent på om det var en akademiker som kom. Da jeg spurte hva hun mente, sa hun: ”Jeg så med en gang at det var en sykepleier som kom, og ikke en akademiker. Jeg så det på hvordan du gikk”. Hun virket lettet over at jeg var sykepleier, og ikke akademiker. Det var tydelig at hun hadde ulike formeninger om hva en sykepleier var og hva en akademiker var. Min tolkning av hennes utsagn var at en akademiker var noe ”høytflyvende”. Flere av de andre informantene ba nærmest om bekreftelse på at deres erfaringer var riktige og begrunnet dette med at de ”ikke har peiling på

dette med forskning”. Jeg ønsket derfor å ta både språkbruk og væremåte ned på et dagligdags nivå for å gi informanten trygghet i sine fortellinger.

3.3 Fordommer, forforståelser og det å forske i eget felt

Om forkunnskaper på temaet det forskes på er en fordel eller ulempe, diskuteres vidt blant forskere. I følge Tjora (2013) er fordelene med forkunnskaper at man klarer å stille de gode spørsmålene, men at ulempen kan være at en har med seg noen forutinntattheter. Tolkning er en uunngåelig del av empirisk forskning, og denne påvirkes av flere forhold. Forskningens troverdighet er avhengig av at forskeren reflekterer over hvordan tolkningene kommer frem (Tjora 2013). Om jeg forsker i eget felt i denne studien kan diskuteres, da informantene i min studie ikke mottar hjelp fra kommunehelsetjenesten. Jeg har dog fagkunnskaper om tema gjennom min utdanning og yrkeskarriere, og alle informantene er potensielle fremtidige mottakere av tjenester fra det kommunale helsetilbudet. Jeg velger derfor å ta med betraktninger som er viktige når man forsker i eget felt.

Bengtson et. al. (2009) sier noe om en forskers forforståelse og deres mulige påvirkning i analysen av data. Forskerens forforståelse vil alltid påvirke valgte forskningsspørsmål og hvilke variabler en trekker ut i forskningen. Om forskeren ikke er bevisst disse forforståelsene, kan de føre til bias i studiens funn ved at tolkningen av data blir forstyrret eller at spesifikke funn blir selektert foran andre (Bengtson et. al. 2009). Gadamer (1975) skriver om fordommenes rolle når noe skal fortolkes. I følge Gadamer (1975) er den første, siste og konstante oppgave i all tolkning å aldri tillate våre fordommer eller forforståelser å komme til syne gjennom våre oppfatninger av det som skal fortolkes. Om en er bevisst sine egne fordommer vil temaene i teksten vise seg selv. Bare slik kan en fortolkende forståelse bli oppnådd. Å være sensitiv til tekstens særegenhet involverer verken nøytralitet til tekstens innhold eller utslettelsen av egne tanker og meninger, men en bevisstgjøring av fordommer og forutinntattheter (Gadamer 1975). Slik jeg forstår det, er det greit å ha fordommer, eller forforståelser, men en må være bevisst hvilke fordommer man har, slik at de ikke påvirker ens tolkning av for eksempel en tekst. Dette vil ikke gi en god tolkning der en ser tingene slik de virkelig er.

Så hva er min forforståelse til tema eldre og døden? Jeg har gått inn i intervjuene med et åpent syn og en nysgjerrighet på hva de hadde å fortelle meg. Men noen forutinntattheter har jeg hatt med meg. Når det kommer til hva en «verdige død» betyr for pensjonister, er min forforståelse at smerter og det å slippe et langt sykeleie er viktige aspekter. Bakgrunnen for dette er først og fremst at det er en stor enighet om en slik forforståelse blant mine kollegaer, som igjen kommer av erfaringer gjort gjennom pleie og omsorg av alvorlig syke pasienter. Jeg har stor interesse for palliativ pleie, og reflekterer ofte over etiske utfordringer knyttet til livsforlengende behandling av alvorlig syke pasienter. Da jeg i min masteroppgave ikke har anledning å intervju alvorlig syke pasienter, har jeg valgt å skrive om pensjonisters tanker om døden. Med tanke på min interesse for overnevnte fagområde, har jeg gjort meg selv bevisst på å ikke fokusere intervjuene mot fremtidige syn på behandling. Det som er kommet frem i intervjuene om dette, har vært initiert av informantene.

Med tanke på samtaler om døden tror jeg det er mange eldre mennesker som ikke får pratet om sine følelser og tanker knyttet til døden, men som har behov for det. I sammenheng med dette tror jeg at den yngre befolkningen ikke er særlig mottakelige for samtaler om et slikt sensitivt tema. Men jeg stiller da spørsmålet om det er den yngre befolkningen de eldre menneskene ønsker å snakke med. Det tror jeg kan avhenge av ulike roller. Jeg forestiller meg at det kanskje kan være lettere å snakke med helsepersonell om døden, enn å prate med familiemedlemmer, da særlig yngre, om det. Jeg tror også at den eldre generasjonen i dag har generelt lettere for å snakke om døden da jeg innbiller meg at døden var en mer naturlig del av livet da denne generasjonen vokste opp.

En annen forforståelse jeg har er at jeg er overbevist om at det levde liv har innvirkning på pensjonisters holdninger og tanker om/til døden. Men *hvilken* innvirkning det levde liv har, er jeg nysgjerrig på å finne ut av. Mest nysgjerrig er jeg på hvordan krig og etterkrigsår har påvirket informantene. Dette er ikke noe jeg spesifikt har etterspurt i intervjuene, men jeg har spurt mer generelt om hendelser som har påvirket synet på døden. Dette er gjort bevisst for ikke å lede informantene i en bestemt retning. Jeg har således ikke hatt forventninger til spesifikke funn, men har stilt meg åpen og nysgjerrig til hva informantene har fortalt meg.

Etter hvert som jeg utførte intervjuene, ble jeg fokusert på like utsagn fra informantene. Jeg måtte derfor jobbe med å ikke legge ord i munnen på informantene for å lede dem i en spesifikk retning, men heller la ulikhetene komme og tolke dette i analyseprosessen. Under

tolkningen av intervjutekstene har jeg forsøkt å stille meg selv spørsmålet ”Hvorfor tolker jeg informantenes utsagn slik?” for å kvalitetssikre at jeg ikke tar med noe forutinntatt med i tolkningen.

3.4 Ethiske overveielser

I min studie har jeg valgt å rekruttere informanter gjennom pensjonistforeninger der et av inklusjonskriteriene var at de ikke skulle motta hjelp fra hjemmetjenesten. Jeg har altså intervjuet rimelig spreke eldre som ikke hadde behov for pleie og omsorg. Her tok jeg en vurdering om at det ikke var etisk riktig å ta opp et slikt sensitivt tema med syke, skrøpelige eller multimorbide eldre mennesker. Bakgrunn for dette var min manglende erfaring som forsker. Samtidig anså jeg det som like gyldig å bruke ”friske” eldre som informanter da disse også har levd et langt liv, og har erfaringer med andre menneskers død. De befinner seg alle i en generasjon som, for å sitere en av informantene, ”står for utskiftning”.

Å snakke om døden kan være sårt for informantene, selv om de frivillig er med i studien. En slik samtale kan bringe frem såre minner og konfrontere en med triste tanker og hendelser. Det ble derfor viktig for meg å presisere informantenes rett til å ikke svare på spørsmål og når som helst å stoppe intervjuet. Jeg var forberedt på at dette kunne skje. Under et av intervjuene måtte jeg stoppe intervjuet grunnet en slik hendelse. Etter samtykke fra informanten fortsatte intervjuet etter en liten pause.

Da enkelte av informantene kunne identifiseres om yrkesbakgrunn ble nevnt, er slike opplysninger generalisert, som for eksempel at en hjelpepleier ble omtalt som helsepersonell. Spesifikke hendelser som kom frem under intervjuene, som kunne føre til at informanten kan identifiseres, eller at andre omtalt i en hendelse kunne bli identifisert, er unnlatt. Dette av hensyn til personvern.

Studien er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste (NSD) (vedlegg 5). Prosedyrene i meldeskjemaet er fulgt ved at lydfiler og transkriberte intervjuer kun har vært tilgjengelig på en datamaskin som krever passord og at sikkerhetskopier på minnepenn har vært innelåst. Koblingsnøkkel har vært innelåst frem til makulering etter endt studie. I

masteroppgaven er informantene blitt aidentifiserte slik de er blitt informerte om under intervjuene. Studien krever ikke godkjenning fra Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK), jfr. eksempler som skal søke REK.

3.5 Forskningens kvalitet

Siden tema for denne studien anses å være av en sensitiv karakter, er kvalitet i forskningen særdeles viktig. I følge Tjora (2013) består forskningens kvalitet av tre kriterier:

(1) pålitelighet, (2) gyldighet og (3) generaliserbarhet. Pålitelighet handler om å avklare egen rolle og reflektere over hvordan denne rollen kan påvirke forskningsarbeidet. Gyldighet handler om å være tro til problemstillingen, ved at de svar en finner i forskningen, faktisk er svar på problemstillingen. Generaliserbarhet handler om gyldighetsområder, om forskningen kan overføres til andre enheter enn dem som man har undersøkt (Tjora 2013).

Avklaring av egen rolle er gitt tidligere i kapittelet. Funnene i denne studien anses som svar på problemstillingen. Når det kommer til generaliserbarhet, så har nok denne studien begrensninger knyttet til generasjoner. Jeg kan ikke si at denne studien er overførbar til andre generasjoner da oppvekst og levekår har betydning for funnene. Disse vil ikke være like for andre generasjoner enn den som mine informanter tilhører. Studien tar heller ikke høyde for ulike religiøse ståsteder. Studiens informanter er alle aktive og spreke eldre mennesker. Den har derfor også begrensninger når det kommer til ulike grupper eldre mennesker, eksempelvis svært syke eldre mennesker. Dette har, som nevnt tidligere, vært en etisk vurdering.

3.6 Datainnsamling

For å finne aktuelle informanter har jeg brukt Polit & Becks (2012) ”volunteer sampling”. Dette brukes der forskeren er avhengig av at de potensielle informantene trer frem og identifiserer seg selv. Ved en slik rekruttering er det frivillig for potensielle informanter å vise seg for forskerne. Denne type rekruttering er en del av ”convenience sampling”, der en rekrutterer via en spesifikk organisasjon (Polit & Beck 2012). Siden målet mitt var å rekruttere pensjonister, gikk jeg via pensjonistforeninger. I følge Polit & Beck (2012) er

denne type rekruttering ikke en foretrukket metode i kvalitativ forskning, da metoden ikke alltid gir de beste informasjonskildene. I kvalitative studier ønsker en å få mest mulig informasjon ut av de få informantene man som regel har i kvalitative studier. En slik rekruttering *kan* derfor forringe kvaliteten på studien (Polit & Beck 2012). For min oppgave anses denne type rekruttering som mest hensiktsmessig ut i fra tidsperspektivet for oppgaven og for å rekruttere informanter fra min målgruppe, som er pensjonister. Ulempen med en slik rekruttering *kan* være at en får en ensformig gruppe informanter, nemlig de spreke og aktive pensjonistene, og slik ikke fanger ulike typer pensjonister.

3.6.1 Rekruttering av informanter

Informanter ble rekruttert via tre pensjonistforeninger, som ble valgt på bakgrunn av geografi og tilgjengelighet på kontaktinformasjon. Pensjonistforeningens størrelse, eller kommunens størrelse, var ikke med i betraktningen. I et informasjonsskriv (vedlegg 1) med samtykkeerklæring (vedlegg 3), som ble sendt ut til lederen i tre ulike pensjonistforeninger i Troms, ba jeg om at vedlagte informasjonsskriv (vedlegg 2) ble videreformidlet til foreningens medlemmer, om det var aktuelt. Vedlagt lå fem kopier av informasjonsskrivet med samtykkeerklæring til informanter, samt fem ferdigfrankerte svarkonvolutter.

Inklusjonskriteriene var at informantene var 70 år eller eldre, ikke hadde språkproblemer og ikke mottok hjelp fra det kommunale tjenestetilbudet. Det opplevdes som utfordrende å sette en aldersgrense i inklusjonskriteriene. Samtykkeerklæring ble sendt til meg av det enkelte medlem, og gikk ikke via leder. Ved svarfristens utløp hadde syv pensjonister sendt inn samtykkeerklæringer, to kvinner og fem menn, i alderen 68 – 83 år. Disse kom fra to ulike pensjonistforeninger da den tredje foreningen ikke hadde noen som var interesserte i å delta.

I mitt søk etter tidligere forskning ser jeg at mesteparten av studiene har flest kvinner som deltar. I min studie har jeg derimot flest mannlige informanter. Ved det ene intervjuet fikk jeg opplyst at prosjektet mitt ble behandlet i styret til en av pensjonistforeningene, der det ble vedtatt at styret skulle stille som informanter. Styret bestod på daværende tidspunkt kun av menn. Jeg tolket det slik at informasjonsskrivene ikke ble videreformidlet til resten av medlemmene. Dette *kan* være en forklaring på at jeg har flere mannlige informanter enn

kvinnelige. I den andre pensjonistforeningen ble informasjonsskrivene videreformidlet til resten av medlemmene. Der var det to kvinner og en mann som ønsket å delta.

Som nevnt var et av inklusjonskriteriene at informanten måtte være over 70 år. Å sette en slik aldersgrense var utfordrende, men ble gjort i håp om å rekruttere de noe eldre pensjonistene. Jeg var fortsatt åpen for at yngre personer kunne delta om det skulle være behov for det. Den ene informanten var 68 år. Jeg valgte å inkludere han/henne selv om det ene inklusjonskriteriet var minstealder på 70 år eller eldre. Årsak til dette var at jeg ønsket å sitte igjen med tilstrekkelig mengde data etter intervjuene, og fem informanter virket som et lite antall om noen av intervjuene mot formodning ikke kunne brukes. Dette var også bakgrunnen for at jeg inkluderte alle syv som hadde sendt samtykkeerklæring, selv om jeg hadde satt antall til maksimum fem. Polit & Beck (2012) skriver om «metningspunkt» når det kommer til antall informanter i en kvalitativ studie. En har oppnådd et metningspunkt i datainnsamlingen når en ikke avdekker nye funn eller ny informasjon ved å samle inn mer data (Polit & Beck 2012). Polit & Beck (2012) henviser til Morse, som skriver om faktorer som påvirker antall informanter som trengs for å nå metningspunktet. Her sies det blant annet at fenomenets sensitivitet kan innvirke på antallet på en slik måte at en muligens trenger flere informanter. Dette taler også for at en økning av antall informanter fra fem til syv kan være hensiktsmessig da tema for studien er av sensitiv karakter. Forskerens erfaring har også innvirkning på antall informanter, der en uerfaren forsker, eller studenter, kan ha behov for flere informanter for å nå et metningspunkt (Polit & Beck 2012). Dette er også en årsak til at antall informanter er høyere enn først planlagt. Jeg vil påstå at jeg ikke har nådd et metningspunkt i denne studien. For å kunne avdekke dette, ville det vært nødvendig å intervju flere informanter, ut i fra Polit & Becks (2012) test om en har nådd metningspunktet. Denne går ut på å legge til flere datainnsamlinger for å se om de gir flere funn enn hva de foregående har gjort (Polit & Beck 2012). Ut fra oppgavens tidsperspektiv var det ikke anledning å intervju flere informanter.

3.6.2 Dybdeintervju

Tjora (2013) skriver at intervju ofte blir valgt som en lettvinnt metode i anskaffelse av data. Jeg bestemte meg tidlig for at jeg ønsket å snakke med eldre mennesker, her pensjonister, da jeg

ønsket å få kunnskap om deres liv og erfaringer om valgt tema. Temaets art, tidsrammen for studien og valg av problemstilling tilsa også at intervju var best egnet som metode for datainnsamling. Valget stod mellom dybdeintervju eller fokusgruppeintervju. Da oppgaven tar for seg et sårbart tema, falt valget på dybdeintervju. Et argument for å bruke dybdeintervju er at en slik kan skape en best mulig setting for intervju om et sensitivt tema, ved at slike intervjuer har åpne spørsmål som tillater en rimelig fri samtale om et bestemt tema (Tjora 2013). Dette ble en viktig del i utarbeidelsen av intervjuguiden (vedlegg 4), idet spørsmålene ble formulert slik at de åpnet for flere innspill alt etter hva informanten ville fortelle om. Dybdeintervjuer gir informanten rom til å gå i dybden der det er mye å fortelle, og gir mulighet for god refleksjon over erfaringer og meninger som er aktuelle for tema som tas opp. Det gis også rom for digresjoner som kan tilføre punkter til tema som intervjueren ikke har tenkt ut på forhånd (Tjora 2013). Dybdeintervjuer passer i situasjoner der en har en begrenset tilgang på informanter og lite kunnskap om tema. Det er også godt egnet i situasjoner der en er ute etter å studere meninger, erfaringer og holdninger (Tjora 2013). Dybdeintervjuer baseres på et fenomenologisk perspektiv der en ønsker å forstå både opplevelsene til informanten og hvordan informanten reflekterer over dem. I fenomenologien rettes oppmerksomheten mot verden slik subjektet erfarer den, og beskrives ofte som læren om det som kommer til syne (Thornquist 2012). Slike intervjuer fokuserer utelukkende på informantens subjektivitet eller informanten som subjekt (Tjora 2013).

Et godt dybdeintervju er avhengig av tillit mellom informant og intervjuer. Dette er særlig viktig der en forsker på sensitive temaer. Det kan være til hjelp å begynne intervjuet med å snakke litt vidt (Tjora 2013). Stedet for gjennomføring av intervjuene har også betydning. Det er viktig at informanten føler seg trygg i omgivelsene, særlig der en går inn på sensitive temaer (Tjora 2013).

3.6.3 Gjennomføring av intervjuer og transkribering

Intervjuene ble gjennomført i løpet av tre uker i november 2014. Før intervjuene startet ble informasjonen fra informasjonsskrivet repetert, slik at jeg var sikker på at informanten visste hva intervjuet ville handle om. Dette ble ansett som spesielt viktig da intervjuet omhandlet et sensitivt tema. Det ble også gitt informasjon om at en ikke trengte å svare på alle

spørsmålene, og en trengte ikke oppgi grunn for ikke å svare på spørsmålene. Dette ble ikke noe problem under intervjuene. Varigheten på intervjuene varierte fra ca 40 – 65 minutter.

Seks intervjuer ble foretatt hjemme hos informanten, og ett ble foretatt på det lokale eldresenteret. Som nevnt tidligere sier Tjora (2013) at dybdeintervjuer bør gjennomføres på steder der informanten føler seg trygg, slik at en kan legge til rette for en avslappet stemning. Dette er bakgrunnen for at jeg i hovedsak ønsket å gjennomføre intervjuene hjemme hos informanten. Den ene som valgte eldresenteret som sted, begrunnet dette i at vi kunne sitte der i fred og ro, uten forstyrrelser. Det ble et par utfordringer ved å intervju informantene hjemme, blant annet bakgrunnsstøy fra et fjernsyn, telefoner som ringte og at det oppholdt seg flere personer i huset enn informanten og meg. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd. Kvaliteten på lydbåndene var stort sett god.

Som nevnt tidligere sier Tjora (2013) at tillit er viktig der en intervjuer om sensitive temaer og at det kan være hensiktsmessig å starte samtalen litt fritt. Derfor startet jeg hvert intervju med å be informanten om å fortelle litt om seg selv og sitt liv. Her stod de fritt til å velge selv hva de ville fortelle om og hvor mye. Dette ble en oppvarming til spørsmålene av mer sensitiv karakter og en mulighet for meg å se hva de ønsket å fortelle om seg selv.

Siden intervjuene ble utført i løpet av tre uker, ble det meste av transkriberingen utført etter at alle intervjuene var ferdige. All transkribering ble utført av meg. Etter å ha transkribert alle syv intervjuer, satt jeg igjen med ca 70 sider rådata. Pauser og spesielt kroppsspråk ble markert i teksten. Transkriberingen ble skrevet på bokmål med unntak av spesielle ord og uttrykk. Så langt det lot seg gjøre ble teksten skrevet ordrett ned, men enkelte ganger var det små ord som ikke kunne høres på lydbåndet.

3.7 Gjennomføring av analyse

En kvalitativ analyse har som mål å gjøre forskningen forståelig for en leser uten at leseren selv må gå gjennom rådataene (Tjora 2013). I en kvalitativ analyse må en være oppmerksom på å finne det som virkelig ligger i empirien, og kunne se utover egne forventinger og problemstillinger. Dette krever mye intenst tankearbeid (Tjora 2013).

Utgangspunktet for analysen i denne studien er Aksel Tjoras metode som heter Stegvis Deduktiv Induktiv metode (heretter SDI). Metoden ble valgt på bakgrunn av at den ble utprøvd under en forelesning på studiet, slik at jeg hadde noe erfaring med å bruke den som analyseverktøy. Med denne metoden jobber en etappevis fra rådata til konsepter/teorier. En jobber både induktivt, ved å jobbe fra data til teori, og deduktivt, ved å sjekke teorien opp mot empirien (Tjora 2013). Tjoras analyse består i hovedsak av 4 steg, slik som vist i tabell 1 nedenfor. Jeg har latt meg inspirere av de tre første stegene. Jeg analyserte rådataene to ganger, på to noe ulike måter. Dette blir beskrevet nedenfor.

Tabell 1: Stegene i SDI

Steg 1	Steg 2	Steg 3	Steg 4
Tekstnær koding	Kategorier	Utvikling av konsepter	Diskusjon av konsepter/utvikling av teori

Etter datagenereringen er første steg å danne tekstnære koder. Disse kodene er ord eller uttrykk som beskriver avsnitt eller små utsnitt av datamaterialet. Kodene skal ikke kunne genereres på forhånd, men kun stamme fra empirien (Tjora 2013). Ved første analyse gikk jeg først igjennom ett og ett intervju i detalj for å danne tekstnære koder. Kodene ble laget ved at jeg tok ut en liten del av intervjuteksten og oppsummerte den med en setning som formidlet noe om hva informanten sa. I første analyseprosess forsøkte jeg å gjennomføre alle stegene i analysen i ett dokument før jeg gikk videre til det neste. Dette avviker fra hvordan Tjora (2012) beskriver stegene i SDI. Etter første analyse fikk jeg mellom 10 og 19 koder fra hvert intervju, totalt 100 koder. Etter å ha gått gjennom hele analyseprosessen en gang, virket det ikke som at det fulle potensialet var tatt ut, og konseptene jeg satt igjen med føltes ikke fullverdige. Jeg gjorde derfor analysen på nytt og denne gangen laget jeg koder fra alle intervjuene før jeg gikk til neste steg. Etter andre analyse fikk jeg mellom 17 og 45 koder fra hvert intervju, totalt 151 koder. Jeg tok med kodene fra første intervju og dannet nye koder i de neste intervjuene. Like koder i ulike intervjuer ble merket med bokstaver slik at jeg kunne se hvor mange koder hvert enkelt intervju gav. Enkelte koder var ganske like, men jeg valgte å lage flere koder for å ikke miste de små ulikhetene i kodene. I følge Tjora (2013) er det vanlig at kodene overlapper hverandre. Tabell 2 viser eksempler på hvordan kodene ble satt opp.

I denne delen av analysen er det lett å falle i ”fellen” som Tjora (2013) kaller for sorteringsbasert koding, eller variabeltenkning. Empirien blir her bestående av temaer en kan sortere, hvor hvert tema har en beskrivende tekst. Kodingen sier da kun noe om hva informanten snakker om, men ikke hva han sier (Tjora 2013). For at jeg ikke skulle falle i en slik felle, testet jeg regelmessig om kodene kun kunne stamme fra empirien. Testen gikk ut på at jeg spurte meg selv om koden sa noe om hva informanten sa, og ikke noe om hva han snakket om, slik Tjora (2013) beskriver problemet med sorteringsbasert koding. Jeg merket at ved lengre økter i analyseprosessen var veien kort til å falle i fellen sorteringsbasert koding. Derfor jobbet jeg kun korte økter av gangen med denne delen av analysen. Det var også vanskelig å ikke ta med problemstillingen i kodingen. Dette jobbet jeg mye med i den andre analysen, som nok er årsak til at jeg fikk langt flere koder her enn i den første analysen.

Tabell 2: Utvikling av tekstnære koder

Koding	Intervjutekst
1) I barndommen var døden en naturlig ting	S: Før vi begynner med spørsmålene, lurte jeg på om du kanskje kunne fortelle meg litt om deg selv og livet ditt? I: Ja, det kan jeg prøve. Jeg har tenkt litt på det siden jeg fikk dette (peker på infoskrivet). Dette ser jeg positivt på. Jeg kommer fra et bygdemiljø på Østlandet hvor i min barndom var døden en ganske naturlig ting. Gamle mennesker døde bare, og vi ungene var delvis med på alt som var, både med dyr og mennesker. Ja, så det var helt naturlig.
2) En periode hvor døden skulle skjules, men nå begynner det å snu seg.	I: Men du, jeg har tenkt litt igjennom det. Men så, du vet. Så kom det en periode hvor døden skulle skjules. S: Ja? I: Vi skulle ikke snakke om det. Men nå tror jeg det begynner å snu seg, har jeg funnet ut av. Fordi nå vil folk vite, hvis man blir alvorlig syk, så kan man jo undersøke sjøl, så dette med sannhet, å få vite hvor man står i livet.

Kategoriene lages ved å samle relevante koder i grupper. Nå er det problemstillingen og ikke empirien, som bestemmer hva som er relevant. Kategoriseringen har som mål å finne temaer som både tar ut potensialet i empirien og gir svar på ens forskningsspørsmål (Tjora 2013). Kodene fra steg 1 ble gruppert i kategorier. Kategoriene ble laget ved at jeg samlet like koder i grupper som omhandlet samme tema. Etter første analyse satt jeg igjen med 2-5 kategorier pr intervju. Ved andre analyse ble kategoriene laget etter at kodingen var ferdig for alle

intervjuene. Dette ble en mer ryddig og oversiktlig prosess enn slik jeg gjorde det i den første analysen. I den andre analysen kom jeg frem til 21 kategorier. Tabell 3 viser eksempler fra denne fasen.

Tabell 3: Utvikling av kategorier

Koder:	Kategorier:
1) I barndommen var døden en naturlig ting. 2) En periode hvor døden skulle skjules, men nå begynner det å snu seg.	Tanker/holdninger til døden gjennom livet
1) Det er jo kreft man tenker på. 2) Tenkte mer på at jeg kunne skade meg slik at jeg ikke kunne fungere.	Tanker om sykdom
1) Tenker ikke på at livet kan snu seg over natta, men må være forberedt på det. 2) Er for sta til å ta i mot hjelp fra hjelpeapparatet.	Mulighet til å påvirke hva som skjer i livet

Ut fra kategoriene lages konsepter hvor teorien tar større styring (Tjora 2013). I følge Tjora (2013) er det her godt empirisk arbeid og god teoretisk innsikt tar ut sitt fulle potensial. Her skal kategoriene, samt relevante teorier og perspektiver settes sammen til det som blir funnene i studien (Tjora 2013). Her stopper min analyse å ta utgangspunkt i SDI. Kategoriene ble samlet i grupper med et overordnet tema som dannet konseptene. Her tok jeg med både problemstilling og aktuelle teorier. Tabell 4 viser hvilke konsepter jeg kom frem til. Etter første analyse endte jeg opp med fem konsepter. Konseptene dannet grunnlag for hovedtemaene jeg ville ha med i oppgaven. Etter andre analyse satt jeg igjen med fire konsepter. Etter å ha gjennomført analysen for andre gang, sammenlignet jeg konseptene fra begge analysene. Hovedtrekkene var til dels like, men selve analyseprosessen ble mer oversiktlig ved å følge SDIs tre første steg slik jeg tolker Tjoras beskrivelse.

Tabell 4: Utvikling av konsepter

Kategorier:	Konsepter:
1) Tanker / holdninger til døden gjennom livet 3) Mulighet å påvirke hva som skjer i livet? 4) Samtaler om døden 10) Planlegging med tanke på egen død (begravelse) 12) Åpenhet 21) Definisjon av døden	Dødens plass i livet
2) Tanker om sykdom (som følger med alderdommen?) 6) Holdninger / tanker om alderdom 9) Planlegging i / for alderdommen 18) Livsstil i alderdommen (skjule tegn på alderdom?)	Tanker om alderdommen
5) Verdighet 7) Smerter 15) Aktiv dødshjelp 8) Sosialt samvær 13) Kultur 14) Eldreomsorg 16) Ønsker for / om fremtiden 17) Pårørende 19) Tilfredshet med livet 20) Økonomi	Verdighet i alderdom og død

4.0 DØDENS Plass I Livet

I dette kapitlet presenteres funn relatert til det første konseptet introdusert i kap 3.0.

Underkapittel 4.1 presenterer funn, mens kapittel 4.2 tar for seg drøftning av funn knyttet opp til teori og tidligere forskning som er presentert i kapittel 2.0. Kapitlet omhandler kategoriene ”holdninger og tanker til døden gjennom livet”, ”planlegging med tanke på egen død” og ”samtaler om døden” som ble presentert i kap 3.0.

Informantene i denne studien er to kvinner og fem menn i alderen 68 til 83 år som bor i Troms fylke. De er alle aktive i en pensjonistforening. Ingen mottok hjelp fra det kommunale tjenestetilbudet på intervju tidspunktet. Alle er oppvokst i bygdemiljøer i ulike deler av landet. Tre av informantene er enke/enkemenn, derav har to giftet seg på nytt. Totalt fem informanter er gifte og en er skilt. Alle har barn. Det er store variasjoner i yrke og utdanning. Alle har opplevd dødsfall i nære relasjoner (eksempelvis ektefelle, foreldre, barn, andre familiemedlemmer). Flere av informantene har selv vært nær døden gjennom sykdom eller ulykker. Religiøs bakgrunn er ikke spesifisert. Alle informantene gav konkret uttrykk for å ha levd et godt liv. Informantene blir omtalt som han/henne for å opprettholde anonymiteten.

4.1. Sykdom og død i et livsløpsperspektiv

4.1.1 Holdningen til døden

Samtlige informanter beskrev at døden var naturlig i barndommen. Døden ble ikke skjult, og for flere av informantene var det vanlig at de som barn var med på begravelser og synet den døde. Både døden og begravelser ble naturlig fordi døden ofte meldte sin ankomst. En av informantene beskrev det slik:

”Vi var vant til å se, vi var vant... på gårdene i gamle dager så lå, kisten var åpen, du kunne beskue liket før du... lokket ble satt på og kjørt til kirken og begravd. Det gjøres ikke lenger. Så for meg var det en naturlig ting, det”.

En annen informant sa det slik:

”Som barn så vi ikke negativt på det å dø. Vi så... Vi tenkte ikke over det. Vi så det naturlig... fordi det skjedde... hele tiden. En nabo eller familie eller...”

En av informantene beskrev døden som naturlig, men også som skremmende. Redsel for å miste sine foreldre i barndommen var utløsende faktor for at døden ble noe skremmende. Flere av informantene sa at de ikke tenkte særlig på døden i ung alder. Døden var noe som kom og gikk. En av informantene var opptatt av andres død etter krigen, men tenkte ikke på sin egen død. En av informantene tenkte mye på døden i barndomsårene, både på sin egen død og det at foreldrene kunne dø. Frykten for døden ble begrunnet med frykt for det ukjente og tanken på at man mistet alt. Denne informanten var også redd for å snakke om døden som barn. I ungdomsårene endret denne informanten sitt syn på døden til å bli en mulig befrielse fra et slitsomt liv i ungdomsårene. Det ble beskrevet slik:

”Men jeg har... i og med at jeg har slitt sånn i livet, så har jeg sett på døden som en befrielse. Også... det var jo mange år jeg gikk og tenkte på selvmord, men så... det kan nå være en slags flukt for å gjøre det lettere. Ofte jeg tenkte slik at jeg har selvmord som en ventil for å komme meg bort fra et trasig liv. (...) Så... tanken på selvmord har holdt meg i live, at jeg kunne begå selvmord og ende livet. For jeg følte at det var ventilen min.”

Samtlige informanter beskrev sitt forhold til døden som naturlig, også i alderdommen. Årsak til dette var det ulike oppfatning av. En av informantene mente dette kom av åpenheten omkring døden de fikk oppleve i barndom og oppvekst. Samme informant mente også at utdanning og yrke hadde innvirkning på holdningen til døden i alderdommen. En annen informant mente at valg av yrke var utelukkende årsak til hvordan synet på døden var i alderdommen. Begge disse jobbet innenfor helsesektoren. En tredje informant beskrev at hans/hennes generasjon stod for utskiftning og at forholdet til døden derfor var avslappet. En fjerde informant mente at egne nær døden - opplevelser, som førte til en endring av egen livsfilosofi, gjorde døden naturlig i alderdommen. En slik nær døden – opplevelse ble beskrevet slik:

”Jeg var inni døden, jeg sluttet å puste, det vet jeg. (...) Jeg husker jeg tenkte at det var så deilig det å slippe å puste. Jeg kom inn i et slags mørke som var veldig varmt. Et varmt mørke. (...) Jeg tenkte at hvis det var slik å dø, så er det ikke noe å være redd for.”

Denne informanten beskrev endringen i livsfilosofien ved at døden gikk fra å være noe skremmende til noe spennende. Informanten trodde på et liv etter døden og fant trøst i at han/hun en gang skulle få møte sine kjære igjen. En annen informant sa han/hun var spent på hva som var på den andre siden. Religiøst ståsted ble ikke diskutert videre i intervjuene. En av informantene beskrev sitt syn slik:

”Jeg tror det er noe på den andre siden av livet, men så tenker jeg som så at er det ingenting på den andre siden, så er det ok. Da merker jeg det jo ikke, da er jeg jo borte. Så jeg kan ikke føle skuffelse heller.”

Samtlige informanter beskrev en holdningsendring i samfunnet når det kom til døden. Dette forekom i et uspesifisert tidsrom mellom deres barndom og alderdommen. Når endringen oppstod var vanskelig å definere. En av informantene sa at døden ble skjult ved at den ble gjemt på sykehus og sykehjem, men at den nå er kommet frem i lyset igjen. Dette mente informanten kom av at mennesker i dag er mer opptatt av informasjon, eksempelvis at en vil vite hvor en står i et sykdomsforløp om en ble alvorlig syk.

I løpet av de syv intervjuene jeg har foretatt i min studie, var det kun en gang ”å dø” ble benyttet. Nedenfor listes opp de ulike uttrykkene som ble brukt.

- ”har sovnet inn” eller ”sovnet stille inn”
- ”å reise/har reist”
- ”gå bort/har gått bort”
- ”stryke med/har strøket med”
- ”fergemannen ror meg over” eller ”reiser med fergemannen til det ukjente”

4.1.2 Tanker om døden

De fleste av informantene sa at de ikke tenkte på døden, verken som ung voksen eller i alderdommen, men at det lå i underbevisstheten. En informant sa at han/hun tenkte på døden i alderdommen i form av hvordan livet best kunne utnyttes den siste tiden. Samme informant sa at han/hun tenkte mer på døden i alderdommen enn tidligere da døden kom nærmere. En

annen informant sa at tanker om døden ble lettere etter å ha sluttet i jobben (en jobb som involverte døde mennesker). Flere av informantene sa at man må være forberedt på at man plutselig kan dø, men at dette ikke er noe man grublet mye over. En av informantene som har vært frisk mesteparten av livet (slik han/hun definerte det selv) sa det slik:

”Og nå er jeg heldig. Det kan snu seg over natta. Ja, det må man være forberedt på. Men man går jo ikke rundt og tenker på det heller. (...) I morgen kan jeg sitte med slag. Det vet man ikke. (...) Jeg går ikke og tenker på det, det gjør man jo ikke.”

En av informantene sa at det å komme nær døden gjennom yrke og utdanning har vist hvor skjørt livet kan være og at det har lagt seg i underbevisstheten. Andre informanter sa at de ikke hadde hatt tid til å tenke på døden, mens andre informanter sa at det ikke var vits å gruble over døden da den kom uansett. En av informantene sa at døden ikke ble sett på som noe trist, mens andre informanter sa at dødsfall blant barn var spesielt trist.

På spørsmål om hvilke forhold i livet som har påvirket ens forhold til døden, svarte flesteparten at det var ikke var noen spesielle forhold som endret synet. Dette til tross for at tre av informantene hadde mistet sin ektefelle og to informanter hadde opplevd å miste et barn. Flere typer hendelser ble fortsatt satt i sammenheng med informantenes syn på døden slik det var i dag. En av informantene sa at tanker om døden kom da han/hun ble besteforelder. Samme informant sa at han/hun ikke skulle røyke for å korte ned livet slik at man ikke fikk oppleve barnebarna. Tidligere i livet hadde informanten en ”skjer ikke meg” holdning, men hadde i ettertid skjönt at den treffer alle og enhver. Informanten mente at tanker om døden lå i underbevisstheten allerede fra da han/hun ble forelder ved at man gjorde bevisste valg for å holde hverdagen så trygg som mulig for barna og en selv. En annen informant sa at han/hun tenkte mer på døden etter å ha blitt pensjonist, men at det ikke var plagsomt. Tre av informantene sa at de ønsket å leve så lenge som mulig, selv om de ble alvorlig syke. To av informantene sa at de var redde for å dø fra barnebarna sine, der den ene informanten sa at han/hun var redd for at barnebarna ikke ville klare seg uten han/henne. En tredje informant var bekymret for hvordan hans/hennes dødsfall ville påvirke de etterlatte. Selv om de fleste av informantene sa at de ikke var redde for døden, poengterte de også at de ikke visste hvordan de ville reagere den dagen en ”føler at nå stryker jeg med”, slik en av informantene beskrev det.

4.1.3 Planlegging for egen død

Planlegging for selve døden og tiden etter bestod av å legge av plass på kirkegården og videreformidling av ens egne ønsker angående begravelse. Noen hadde skrevet dette ned, andre hadde formidlet dette verbalt til sine pårørende. En av informantene planla å skrive livstestamente. For noen av informantene var tiden etter døden ikke viktig, og de ønsket ikke at pårørende skulle sitte igjen med store utgifter knyttet til en begravelse. To av informantene hadde begynt å legge planer for fordeling av arv, i frykt for at arven ville skape problemer/strid blant de etterlatte. En av informantene fortalte om at han/hun tidligere i livet hadde tegnet all slags forsikringer da det var flere personer som var økonomisk avhengig av han/henne. Nå var det bare vedkommende selv og ektefellen som var avhengig av det. På sett og vis var det en planlegging i tilfelle han/hun skulle dø tidlig.

4.1.4 Samtaler om døden

På spørsmål om informantene snakket om døden sa de fleste at de kunne snakke om døden, men ikke med hvem som helst. To informanter sa at de overhodet ikke snakket om døden, mens andre informanter var veldig åpne om tema, uansett hvem de snakket med. En av informantene snakket åpent om egen sykdom, men ikke om døden. En annen informant snakket ikke med barna om døden, men skrev lapper og la de i nattbordskuffen. Informanten hadde hatt samtaler med barna om ønsket om å flytte på sykehjem ved sykdom, men visste ikke om barna tok han/henne alvorlig. En annen informant hadde snakket om døden med barnebarna, men følte at de ikke var mottakelige for slike samtaler. De fleste sa at samtaler om døden forekom med jevnaldringer eller de som var eldre. To av informantene snakket jevnlig om døden med sine ektefeller i alderdommen. Slike samtaler handlet ofte om at begge gruet seg til en av dem døde, for ingen ville sitte igjen alene. En av informantene sa at samtaler om døden var helt naturlig, og at han/hun snakket om at en plutselig kunne stupe og at venner falt fra. Døden ble ikke snakket om som noe skummelt. Informanten sa det slik:

”Vi ser jo at vi hele tiden mister venner, det lekker jo en vei hele tiden. Så det er litt trasig for... Jeg tenker når vi går fra hverandre sist i mai og så møtes vi sist i august, så har det lekket folk. Til og med friske folk har blitt... døde i

denne perioden. Vi spøker jo litt med det, det lekker fortere enn vi får inn nye. Det er jo en spøk, men det er veldig alvor bak det.”

4.2 Dødens posisjon i samfunnet

4.2.1 Dødens ulike ansikt

Hvordan et samfunn håndterer døden avhenger av hvilken form døden kommer i (Walter 1994). Den tradisjonelle døden var tidligere karakterisert av infeksjonssykdommer som kunne inntreffe når som helst, hvor som helst og hos hvem som helst. I dag har den moderne medisinen tatt knekken på mange infeksjonssykdommer, med økt levealder som konsekvens (Walter 1994). Som nevnt innledningsvis er døden noe som i dag oftest inntreffer hos eldre mennesker (Statistisk Sentralbyrå A). Med den økte levealderen har det også kommet nye trusler (Walter 1994). Den medisinske fremgangen har ført til at dødsprosessen er blitt lengre (Kindt 1994).

Personlige meninger om døden er unike for hvert enkelt menneske, selv om andre mennesker tilfeldigvis deler samme syn (Cicirelli 2006). Samtidig legger samfunnet vi lever i grunnlaget for våre holdninger til døden. Selve døden er en biologisk prosess, men å forstå meningen med døden, og håndtere døden er en del av en sosial sammenheng (Daatland & Solem 2011). Her finnes store kulturelle forskjeller. Antropologiske studier viser at kulturer med høy aktivitet, der det var forventet at man gjorde noe hele tiden, hadde større vanskeligheter med å akseptere døden enn i kulturer som var opptatt av å nyte livet. Dette skriver også Tony Walter (1994) om. Han skriver at primitive samfunn som lever tett på naturen, er mer tilbøyelig til å se og behandle døden som en naturlig prosess i livet. Det moderne samfunnet benekter døden og stempler den som tabubelagt (Walter 1994). Her finnes det store ulikheter, også i Norge (Daatland & Solem 2011). To av informantene uttrykte at de yngre generasjonene var mer fremmedgjort for døden enn hva informantens generasjon var. Dette kan stemme godt overens med resultatene av de antropologiske studiene Daatland & Solem (2011) henviser til da jeg regner dagens samfunn som et samfunn som verdsetter høy effektivitet og produksjon. Det kan også tyde på at informantene i min studie ikke har latt seg påvirke av fremmedgjøringen

av døden som Walter (1994) mener har skapt en unaturlig holdning til døden i dagens samfunn.

Erfaringer med andres død har innvirkning på eldres tanker og forventninger til egen død (Kjær 2009). Broströms (2014) studie fant også at tidligere erfaringer med andres død preget ens egne tanker om døden. I følge Kjær (2009) spiller også livssyn en viktig rolle i ens forventninger til egen død. Dette har ikke vært et fokus i denne studien, men to av informantene fant trøst i deres tro på at det fantes et liv etter døden. Informantene i min studie snakket en del om tidligere erfaringer med andre menneskers død og hvordan dette hadde påvirket deres eget syn på døden, og ikke minst hvilke ønsker de hadde for egen død. Kjær (2009) skriver om en misoppfatning i samfunnet om at eldre mennesker er, eller skal være, forberedte på døden og akseptere døden, kun fordi de er gamle.

I 2011, i Norge, døde 46 % på sykehjem, 34 % døde på sykehus og 14 % døde hjemme (Andrè 2014). Utviklingen i dagens helsevesen har ført til at behandling av livstruende sykdom har fått sin plass på sykehus. Som en følge av dette har døden fulgt etter og flyttet inn på helseinstitusjoner. Dette kan ha ført til en større distanse mellom døden og samfunnet (Broström 2014, Daatland & Solem 2011). Flere informanter snakket om at døden ikke var det den engang var, og en informant nevnte spesifikt at døden ble gjemt på institusjoner. Broström (2014) og Ruth (1987) skriver også at døden er blitt gjemt på sykehus og sykehjem. Ruth (1987) skriver at vi slipper ansvar for den døende ved at vi overlater han til ekspertene, og at begravellesbyråenes framtrede også har gjort døden til noe fjernt som vi ikke lenger trenger å ta ansvar for. Andrè (2014) stiller seg spørsmålet at hvis døden blir sett på som en naturlig del av livet, hvorfor foregår den da i så stor grad i helseinstitusjoner? Men er døden en naturlig del av livet i dagens samfunn? To av informantene i min studie mente at den ikke var det. Det kan sies at døden er ”profesjonalisert” ved at helsepersonell står ansvarlig for den døende (Emanuel & Emanuel 1998). Både pasienter, pårørende og helsepersonell anser døden som av de største utfordringene en møter i livet (Kaarbø 2008).

4.2.2 "Fergemannen ror meg over"

Døden har i fleste kulturer alltid vært noe skremmende som ikke lar seg forklare. Det går dårlig overens med menneskets behov for å forstå. Som tidligere nevnt synes døden å være tabubelagt i dagens samfunn, og har vært det over lengre tid (Daatland & Solem 2011). I følge Hiimäe (2005) bunner dette tabustempelet i at de døde sjeler ville skade de levende og derfor skulle man ikke snakke om døden. Om det var nødvendig måtte man omskrive ordet – bruke eufemismer. Eufemismer er mildnende uttrykk for noe man ikke vil si ved sitt rette navn, jfr. Store Norske Leksikon. I følge Hiimäe (2005) stammer den opprinnelige bruken av eufemismer fra de primitive naturfolkene som mente at ting og benevnelsen av ting var samme sak. Om man snakket om et tabubelagt emne kunne taleren eller hele samfunnet bli straffet. For at man kunne snakke om ting som var tabubelagt benyttet man seg av forskjønnede uttrykk – eufemismer. Hiimäe (2005) har i sin avhandling undersøkt hvordan døden omtales i dødsannonser i Sverige og Estland. I de nyeste dødsannonsene (fra 2002) er det høy unnvikelse fra å bruke ordet *dø* eller *død* i annonsene. Ordet *død* ble kun funnet i fire av 1697 annonser (Hiimäe 2005). Dette er en gjenspeiling av dødens kultur og historie (Hiimäe 2005).

Min erfaring er at eufemismer ved dødsfall brukes flittig både i samfunnet og blant helsepersonell. Man sier ikke at "han er død", men bruker ord som "han er sovnet inn", "han gikk bort" og "han har vandret hen". Mer humoristiske uttrykk jeg har hørt er "han har lagt på røret" og "han har reist til de evige jaktmarker". Det virket som at en forskjønning av døden var en normal måte å snakke om døden blant informantene i min studie. Informantene snakket om døden, og brukte i den sammenheng ordet *døden*. Men å beskrive selve døden, når en faktisk var død, ble gjort med bruk av eufemismer. Flere av informantene stoppet opp når vedkommende skulle omtale det å dø. Det virket som at de tenkte ut hvordan de skulle omtale døden. Jeg ser dette som sammenhengende med dødens tabustempel i dagens samfunn.

4.2.3 Evne til å planlegge egen død

Informantene i min studie hadde i varierende grad begynt å planlegge for tiden frem til døden og etter døden. Planlegging var i stor grad av en praktisk karakter, og ikke knyttet opp mot å

formilde ønsker for selve dødsprosessen. En av informantene planla å skrive et livstestamente. I Mathie et. als (2011) studie var det informantene som tenkte mest på fremtiden som var mest i stand til å planlegge for egen død, da med tanke på å formilde egne preferanser for pleie og behandling før døden inntraff. Dette hadde også sammenheng med at informantene var tilfredse med livet og aksepterte at døden var like rundt hjørnet. Lloyd-Williams (2007) studie fant at informantenes planlegging av egen død bunnet ut i et ønske om å skåne de etterlatte. Dette finner jeg igjen i mine informanter der planlegging for tiden etter døden, gjennom å gjøre praktiske forberedelser til begravelse og fordeling av gods (arv), ble gjort i den hensikt at pårørende skulle slippe det.

4.2.4 Døden snakker vi ikke om

Det generelle bildet viser at døden er tabubelagt ved at døden benektes (Daatland & Solem 2011). Dette ble det også skrevet om i 1987, av Jan Erik Ruth. Han skrev at døden unnviktes, og at man skyr å snakke om døden med de gamle. Forsvarsmekanismer tas i bruk, både gjennom å unngå påminnelser om døden og gjennom hvordan vi snakker om døden. Samtidig som døden er tabubelagt, hevder flere at en større åpenhet og refleksjon om døden kan gjøre det lettere å akseptere den (Daatland & Solem 2011). Kindt (1994) skriver:

”Vi har fått flere leveår, men også en mer langvarig dødsprosess. Det er behov for større åpenhet om døden, og vi bør i tide lære oss kunsten å dø.” (s. 91)

Informantene i min studie hadde delte meninger når det når det gjaldt behov for å snakke om døden. To av informantene uttrykte at de *overhodet* ikke snakket om døden. Men de snakket med meg om den. Dette ble ansett som et ”offer” i forskningens navn og deres holdning til at det var viktig at dagens ungdom fikk seg en utdanning. I Broströms (2014) studie hadde også informantene delte meninger om samtaler om døden. De av informantene som ikke ønsket å snakke om døden ønsket ikke å ødelegge relasjonen til sine nærmeste ved å snakke om et slikt tema. Enkelte av informantene mente også at tanker og forberedelser angående døden ikke tilhørte den friske alderdommen (Broström 2014). To av informantene i min studie hadde forsøkt å snakke om døden med sine nærmeste, men følte at de ikke var mottakelige eller tok han/henne alvorlig. Mathie et. als (2011) studie, som hadde beboere på pleiehjem som

informanter, viste at informantene hadde et behov for å snakke om døden, men at det ikke ble møtt av pleiepersonalet. Kan dette henge sammen med dødens tabustempel og dets innvirkning på yngre generasjoners vegring mot å snakke om døden?

Å snakke om døden er ikke en lett oppgave, verken når det gjelder døende mennesker eller friske mennesker. Det kan vekke en frykt i en selv som gjør at en for ens egen del unnviker temaet. At man vil skåne den andre for en slik samtale er også en kjent begrunnelse for ikke å ta en slik samtale. Slik ser jeg det i min egen arbeidshverdag. Samtidig er kommunikasjon om døden viktig (Hjort 2010). Mathie et. al. (2011) studie oppsummerte med at det eldre menneskets evne til å snakke om døden må frem i lyset. Glass & Nahapetyan (2008) utførte en studie der målet var å studere hvordan eldre mennesker kommuniserte med sine vokse barn når det kom til døden. Forfatterne av studien mente at mer åpenhet om døden kunne lette byrden til pårørende når deres nærmeste var ved livets slutt (Glass & Nahapetyan 2008). Samtaler om døden må komme på et tidlig tidspunkt (Mathie et. al. 2011), og ikke slik det oppleves i dag, at de kommer når det egentlig er for sent. Mathie et. al. (2011) understreker viktigheten av at disse samtalene ikke skal ha for mye fokus på planlegging da samtalen kan gjøre mer skade enn nytte. Men kan man tenke seg at det ikke bare er de eldre som har nytte av å trene seg i å snakke om døden? Hva med helsepersonell og pårørende? For at eldre mennesker skal ha noen å snakke om døden med, må også andre grupper mennesker kunne snakke om den. Helsepersonell har ofte kontakt med alvorlig syke og døende mennesker, og en verdig behandling av disse menneskene krever at forsvarsmekanismene legges bort. Kübler-Ross (1995) spør om den mekaniske og upersonlige holdningen i sykehusene er en form for forsvarsmekanisme når man har med alvorlig syke mennesker å gjøre. Er det en måte å unngå den vanskelige samtalen på? Kübler-Ross (1995) mener at helsepersonell aldri kan hjelpe en døende pasient om en selv anser døden som noe fryktelig og skremmende. Kan dette være et argument for å si at vi må tilbake dit hvor døden var en naturlig del av livet? Ranheim (2004) viser til Materstvedt skiller mellom det å ha et naturlig forhold til døden og det å akseptere døden. Den ene trenger ikke å følge den andre.

5.0 TANKER OM ALDERDOMMEN

I dette kapitlet presenteres funn relatert til det andre konseptet presentert i kap 3.0. Underkapittel 5.1 viser funn mens kapittel 5.2 tar for seg drøftning av funn knyttet opp til teori og tidligere forskning som er presentert i kapittel 2.0. Kapitlet omhandler kategoriene ”holdningen til alderdommen”, ”tanker om sykdom”, ”planlegging i alderdommen” og ”livsstil i alderdommen” som ble presentert i kap 3.0.

5.1 Å bli gammel

5.1.1 Holdningen til alderdommen

Under intervjuene brukte jeg ordene *eldre* og *gammel* om hverandre. Jeg var usikker på hvilket ord jeg egentlig skulle bruke. En av informantene sa at hun bevisst brukte ordet gammel, for han/hun tilhørte den eldste generasjonen. I følge informanten ble ordet eldre i gamle dager brukt om ”fine” folk, eksempelvis personer som bodde i byene, mens bygdefolket var gamle.

Det var stor enighet blant informantene om at det å bli gammel var en naturlig del av livet. En av informantene sa at alder bare var et tall, og at det var hodet som betød noe. Alderdommens betydning for livet handlet mye om å ta grep for å vedlikeholde kropp og sinn gjennom ulike aktiviteter. Eksempler på slike grep var å ha et godt kosthold og holde vekten (både med tanke på å kunne bevege seg, og for å unngå hjerte/kar lidelser), være jevnlig i fysisk aktivitet og å trimme hjernen. Alle informantene hadde ulike aktiviteter de deltok jevnlig på, og uttrykte at det sosiale i livet ble viktigere å holde på. En av informantene sa at alderdommen hadde ført til at tidsperspektivet endret seg ved at han/hun ikke la planer for langt frem i tid lenger.

Utsagnet ”frykter alderdommen mer enn døden” dukket opp flere ganger mens jeg skrev prosjektbeskrivelsen til denne studien. Da døden ofte settes i sammenheng med alderdom, ønsket jeg å vite mer om informantenes tanker om alderdommen. Ingen av informantene var enige i utsagnet nevnt ovenfor. En av informantene sa ”*det er sykdom som skremmer, ikke å bli gammel. Men sykdom kommer ofte med økende alder.*” Sykdommer som kreft og demens

var mest fryktet. Dette kommer jeg tilbake til. I sammenheng med utsagnet ”frykter alderdommen mer enn døden” spurte jeg også om informantenes meninger om samfunnets fokus på å se ung ut så lenge som mulig. Her var det ulike oppfatninger om hva som var å skjule tegn på alderdom og hva som var vedlikehold av kroppen (som tidligere nevnt). Noen var helt imot å skjule tegn på alderdom, da i form av antirynkekremer og operative inngrep. En av informantene sa det slik:

”Hvorfor skal man ikke kunne vise at man har levd? Syns det er fint med rynker, de forteller veldig mye om livet. Det er en del av livet at vi skal eldes.”

En informant sa at han/hun aktivt skjulte alderdommen ved å trimme for å vedlikeholde kroppen, og gjennom bridgespill for å vedlikeholde hjernen. Flere av informantene sa at et liv uten å kunne være aktiv ikke var noe liv. To av informantene sa at det å holde seg aktiv var noe alle burde gjøre, både for seg selv og fordi det var samfunnsbesparende.

Flere av informantene hadde begynt med planlegging for både alderdom og død på intervju tidspunktet. Planlegging for alderdommen bestod i å flytte til en enklere bolig mens informantene fortsatt klarte det selv, og å jobbe med innstillingen om at neste flytting ville bli til sykehjemmet. En av informantene var tydelig på at han/hun skulle på sykehjem for at pårørende ikke skulle ende opp med å pleie han/henne. Informanten begrunnet dette med erfaringer gjort gjennom yrkeslivet. En annen informant ville ikke på sykehjem, men forberedte seg på det for at det ikke skulle bli en traumatisk opplevelse den dagen det eventuelt skjedde. En slik innstilling var også en forberedelse på at sykdom inntraff på en slik måte at man ikke kunne ta seg av seg selv lenger.

5.1.2 Tanker om sykdom

Nærliggende til tanker om døden lå også tanker om sykdom. Flere av informantene snakket mye om tanker om sykdom og frykt for sykdom. Bakgrunn for dette var, i følge flere av informantene, at døden kom uansett, mens man med sykdom ikke visste hvordan man kom til å bli rammet. En av informantene sa at tanker om døden i ung alder ikke var et tema, men at han/hun tenkte en del på at man kunne skade seg slik at man ikke fungerte lenger. Det var dette som var den store frykten, og denne frykten økte i alderdommen. Flere av informantene

var redde for at kroppen skulle fallere, men visste samtidig at dette var unngåelig. Flere av informantene brukte ordet ”grønnsak” i den sammenheng at man ikke fryktet døden, men å bli en ”grønnsak” før man døde. En av informantene som hadde erfaring med å hjelpe syke mennesker sa det slik:

”Spreke folk som spretter inn og ut av bilen, men de aner ikke hvem de er selv. Akkurat slik er jeg litt nervøs for å bli, så... vi kaller de grønnsak, selv om de er kjempespreke. Men de aner ingenting. Det er sånn man er redd for da, vet du, og ikke for at jeg skal dø. (...) Slikt har begynt å prege meg den biten at man ikke skal være inntakt i hodet. Da vil jeg heller være i litt dårlig form i kroppen og ha hodet på plass.”

Kreft og demenssykdommer ble uthevet som ”verstinger” blant sykdommer man fryktet mest. En av informantene snakket om sykdom og død slik:

”Det er klart det er vel ingen som vil bli syk, men samtidig så vet man at før eller siden så må man gå bort. Og man går ikke bort før man er blitt syk. Sant? Så det er i grunnen såre enkelt. Det er bare et spørsmål om hva man vil dø ut av.”

5.2 Eldre i samfunnet

5.2.1 Gammel eller eldre?

Det finnes ulike ord for å beskrive mennesker som har passert 65 år, som er *en* av dagens aldersgrenser som brukes for å vise overgangen fra middelaldrende til eldre. Eksempler er *eldre, gamle, eldgamle, urgamle* og *seniorer*. I følge Danielsen & Slagsvold (1990) skal betegnelsen *eldre* brukes der det refereres til kronologisk alder. Men hva med ordet *gammel*? Brukes det i assosiasjon med at gamle mennesker er skrøpelige, slik som Danielsen & Slagsvold (1990) antyder? Eller er det kun billedlig at gamle mennesker står i likhetstegn med svekkete, krumbøyde og gråhårete personer med stokk? Når billedlige kategoriseringer brukes slik, kan man ikke uten videre ta de som uttrykk for fordommer. De brukes som begrepsmessige arbeidsredskaper, slik Danielsen & Slagsvold (1990) beskriver det. Å bruke ordet *gammel* i dagligtalen, mener Danielsen & Slagsvold (1990), refererer til kronologisk

alder og hva man forbinder med den aktuelle alderen. Hvis jeg forstår dette riktig, så finnes det to måter å være *gammel* på – enten å være gammel i form av høy alder (kronologisk alder), eller å være gammel i form av å være syk og svekket (funksjonell alder). Dette kommer jeg tilbake til.

En av informantene var opptatt av at han/hun var ”gammel”, og ikke ”eldre”. For denne informanten hadde ordene en spesiell betydning som handlet om hvilken generasjon en tilhørte. Kan det ha noe med identitet og ulike roller å gjøre? Det finnes flere ulike måter å dele inn aldersgrupper på. Bondevik (2000) skriver om Verdens Helseorganisasjons inndeling der personer mellom 65-80 år er ”ung gammel”, personer mellom 80-90 er ”gammel gammel” og personer over 90 år er ”meget gammel”. I følge Bondevik (2000) har det vært tradisjon for å forske på gruppen ”unge gamle”, men at forskningen nå også omfatter de aller eldste.

5.2.2 ”Alle vil leve lenge, men ingen vil bli gamle”

Før var døden noe som inntraff i alle deler av livet. Kvinner døde i barsel, barnedødeligheten var høy og menn døde i ulykker og krig. I dag er døden noe som hører alderdommen til. Enkelte påstår at samfunnet skyr de eldre fordi de minner oss om sykdom og død (Ruth 1987). Skrøpelighet og kroppslig og mentalt forfall assosieres ofte med alderdom i dagens samfunn. Slik kan man si at samfunnet i dag har en stereotypi som assosierer alderdom og skrøpelighet (Danielsen & Slagsvold 1990). Danielsen & Slagsvold (1990) diskuterer om dette er entydig negativt. De henviser til to typer aldre: Den kronologiske alderen og den funksjonelle alderen. Funksjonell alder er en henvisning til hvor gammel en føler seg. Vi har vel alle uttrykt at ”jeg føler meg som en 90-åring” når kroppen kjennes stiv og støl eller på annen måte ute av lage. Betyr ikke det at vi assosierer en 90-åring med en person som har en kropp som er svekket? En av informantene i min studie mente at alder bare var et tall, at det var hodet som betød noe. Dagens eldre kan ikke sammenlignes med fortidens eldre. Dette sier jeg på bakgrunn av den økte levealderen og den medisinske fremgangen som har skjedd. Kan man si at aldersinndelinger og kategoriseringer er gått ut på dato?

Tilbake til samfunnets stereotyper. Danielsen & Slagsvolds (1990) konklusjon, slik jeg forstår den, er at en assosiasjon mellom kronologisk alder og sykdom kan ha negative konsekvenser gjennom holdninger, mens assosiasjoner mellom funksjonell alder og sykdom

kan være mer passende. I tillegg til funksjonell og kronologisk alder, beskriver Bondevik (2000) en kroppslig alder. En slik betegnelse handler om kroppslige kjennetegn, eksempelvis muskelstyrke, blodtrykk, rynker og reaksjonstid. Videre sier Bondevik (2000) at en slik aldersinndeling er vanskelig å "standardisere" da det er store individuelle ulikheter blant eldre personer. I min jobb leser jeg ofte epikriser fra sykehus der leger skriver "utseende tilsvarende til alder". Jeg har ofte undret meg over hva som ligger bak en slik beskrivelse.

Det sies at "*alle vil leve lenge, men ingen vil bli gamle*" (s.146) (Danielsen & Slagsvold 1990). Mennesker i dag bombarderes med ulike "tiltak" for å se evig ung ut. Bare det å kjøpe en ansiktskrem som ikke er en antirynkekrem kan være vanskelig nok. Til og med min lokalavis reklamerer for plastisk kirurgi for å rette på "skjønnhetsfeil". Er dette et resultat av samfunnets frykt for alderdommen? Danielsen & Slagsvold (1990) skriver at det er en voksende industri innenfor produkter som forynger utseendet slik at personens utseende står i forhold til hvor gammel man føler seg. Men hva er aldring? Er det noe som kun inntreffer når man er kommet "litt opp i årene"? Bondevik (2000) beskriver aldring som normale endringer som skjer hos voksne mennesker etter hvert som den kronologiske alderen øker. Aldring og utvikling brukes for å beskrive endringer der aldring assosieres med livet som er levd og utvikling assosieres med livet som kommer og mulighetene som kommer med (Bondevik 2000). Bondevik (2000) stiller spørsmål om hvor skillet går mellom disse. Forsvinner utviklingspotensialet når man når en viss alder? I så tilfelle er denne alderen høy da flere av informantene i min studie fortalte om nye ting de lærte gjennom pensjonistforeningens aktiviteter.

Den medisinske fremgangen har gitt håp i flere tilfeller hvor en tidligere var dødsdømt. Et resultat av dette og økt levealder, er at kroniske og ondartede sykdommer har kommet for fullt (Walter 1994). Vi lever lenge nok til at sykdom er uunngåelig. Kreft er i dag en fryktet sykdom. Dette sier flere av informantene noe om – kreft og demenssykdommer ble ansett som mest fryktet. Kan dette være en av årsakene til at det er stor forskningsaktivitet blant disse sykdommene? Tidligere ble ofte kreftdiagnoser skjult for pasienten, slik at han ikke visste at han var døende (Walter 1994). I dag er det en selvfølge at det informeres om kreftdiagnoser. Dette forteller en av informantene om ved at behov for informasjon er mer fremtredende i dag.

5.2.4. "Eldrebølge" og alderisme

Alderisme som begrep ble lansert i 1969 av psykiateren og gerontologen Robert Butler. Begrepet innebærer en diskriminerende holdning, som oftest rettet mot eldre mennesker med bakgrunn i alder (Daatland 2008). Kjernen i all form for diskriminering er at en skiller "de" fra "oss". I alderismens tilfelle gjøres "de" til noe annerledes enn "oss" fordi de har levd x antall år. Alderisme kan knyttes til andre aldersgrupper enn eldre, men ofte er det gitt at det er eldre mennesker det er snakk om (Daatland 2008). I denne sammenhengen brukes begrepet om de eldre menneskene. Det som skiller aldersime fra andre *-ismer* (eksempelvis rasisme og sexisme) er at alle mennesker som lever lenge nok kommer under kategorien *eldre*. I følge Daatland (2008) kan dette være årsak til skiftet mellom forakt og respekt for det eldre mennesket.

Å jobbe i eldreomsorgen anses som et yrke med lav status og liten prestisje. Dette er min personlige mening, men det skriver også Bondevik (2000) noe om. Er dette et uttrykk for en nedlatende holdning mot eldre blant helsepersonell? I dagens samfunn blir effektivitet, produktivitet og skjønnhet høyt verdsatt (Bondevik 2000). Disse aspektene blir sjelden satt i sammenheng med eldre mennesker. Bondevik (2000) skriver om feilaktige mediaskapte fremstillinger av eldre mennesker. Her nevnes utbredte misoppfatninger om at eldre er ensomme og sosialt isolert, har dårlig helse, både mentalt og fysisk og ikke er i stand til å lære noe nytt som utbredte misoppfatninger. Vi har vel alle hørt at man ikke kan lære gamle hunder nye triks? Disse misoppfatningene ble bekreftet gjennom spørreundersøkelser der yngre mennesker skulle ta stilling til utsagn om eldre mennesker (Bondevik 2000). Informantene i min studie opplever alle egen helse som god, er slettes ikke sosialt isolert og lærer stadig noe nytt. Som alt annet er det også forskjeller blant eldre mennesker. Som nevnt tidligere stiller jeg spørsmålsteget til generaliserbarheten til denne studien. Det skal også nevnes at undersøkelser viser at også eldre mennesker kan ha en negativ holdning til andre eldre. De mener selv at de er unntaket fra den "vanlige" syke og skrøpelige eldre personen (Bondevik 2000). Da jeg spurte en av informantene om vedkommende hadde hørt om utsagnet "frykter alderdommen mer enn døden" sa informanten at han/hun ikke kunne *uttale seg om demmes liv*, der "demmes" var sykehjemspasienter. Kan dette tolkes som en slik inndeling av grupper eldre?

Eldrebølge er et ord de fleste kjenner til. Hvilken ladning har et slikt ord? Er det positivt ladet eller negativt ladet? I følge Daatland (2008) ble ordet opprettet med gode hensikter – å beskrive endringen av befolkningssammensetningen som kommer på bakgrunn av økt levealder og reduksjon i barnefødsler. Men om ordet fortsatt brukes med gode hensikter, er diskutabelt. I følge Daatland (2008) fremstilles eldrebølgen i dag som årsak til fremtidig store samfunnsmessige utfordringer, som blant annet økte pensjonsutgifter og et stort press på helsetjenester, både i kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Det tas ikke hensyn til at flere av de eldre ”i” eldrebølgen vil klare seg selv uten stor hjelp fra helsetjenester (Daatland 2008). Bondevik (2000) kaller det et paradoks at eldrebølgen, som er et resultat av medisinsk fremgang, helsepolitikk og satsing på forebyggende arbeid, oppfattes som et samfunnsproblem. Har denne utviklingen kommet som ”julekvelden på kjerringa”?

6.0 VERDIGHET I ALDERDOM OG DØD

I dette kapittelet presenteres funn relatert til det tredje konseptet presentert i kap 3.0.

Underkapittel 6.1 omtaler funn mens kapittel 6.2 tar for seg drøftning av funn knyttet opp til teori og tidligere forskning som er presentert i kapittel 2.0. Kapittelet tar for seg kategoriene ”sosialt samvær”, ”kultur”, ”ønsker for fremtiden”, ”pårørende” og ”økonomi” som ble presentert i kap 3.0.

6.1. En verdig alderdom og død

Da jeg stilte spørsmål om hva informantene la i en ”verdig” død, snakket de også en del om en verdig alderdom. Det var stor enighet blant informantene at en verdig alderdom og en verdig død var knyttet sammen. Viktige faktorer som ble uthevet for en verdig alderdom var boforhold, helse og familierelasjoner. To av informantene uttrykte spesifikt at de ikke ønsket å bo på sykehjem da de mente det var uverdig. Samtlige informanter sa at god helse var viktig for en god alderdom. Hva en god helse innebar ble ikke videre definert av informantene. Å klare slikt som toalettbesøk uten hjelp ble uthevet av flere informanter som viktig. Det ble ansett som nedverdiggende å trenge hjelp i en slik situasjon. Samtlige informanter var redde for å få en demenssykdom, både for egen del og for pårørendes del. Flere var redde for at en demenssykdom kunne bli svært belastende for deres pårørende. Som nevnt tidligere var sykdom det som var mest fryktet med alderdommen. Det å få en sykdom som førte til funksjonstap, å bli en såkalt ”grønnsak”, var skremmende. Kreft ble knyttet opp mot store smerter og fysiske funksjonstap, mens demens ble assosiert med mentalt funksjonstap og tap av et aktivt liv. Hos flere av informantene hang dette sammen med tidligere opplevelser, enten gjennom familiemedlemmer som hadde fått sykdommene, eller opplevelser gjennom valg av yrke. En av informantene beskriver en tidligere demensomsorg slik:

”I min barndom så vart de gjemt bort og i min ungdom, og for ikke mange år siden så ble de putt på et rom og ble sittende der. Det har jeg også opplevd, ble sett på som annerledes, i likhet med de som vi kalte åndssvake. Så vart dem putt... gjemt...”

Hos samtlige informanter ble den sosiale delen av livet fremhevet som svært viktig for å få en god alderdom. Flere av informantene gikk på kafé hver dag. Samtlige informanter hadde, som nevnt tidligere, jevnlig aktivitet de deltok i. Flere av informantene var opptatt av å hjelpe andre til å være sosiale, både gjennom å organisere reiser og å synge og spille for de som ikke klarte slikt selv. I tidsrommet intervjuene ble gjennomført var det en debatt om at kulturministeren ville fjerne den kulturelle spaserstokken. To av informantene var rystet over dette, og mente at mange eldre ville lide om den ble fjernet. Det ville ikke bare bli tap av kulturelle innslag, men også av sosial deltakelse.

To av informantene hadde fokus på å sikre seg en god økonomisk alderdom ved å tjene opp sine egne pensjonspoeng. Å være sikret økonomisk ble ansett som en del av en verdig alderdom. En av informantene fortalte om sitt syn på dette med pensjon og alder:

”Vi hadde et... mål da jeg begynte å jobbe. At du skulle betale inn din pensjon og den skulle du få utbetalt når du var 70, så det var et mål å bli 70. For det var ikke mange som ble 80 år da jeg vokste opp.”

Da denne informanten hadde nått sitt mål om å bli 70, hadde han/hun oppjustert målet til å bli 90 år. Samme informant fortalte om kamerater som ikke hadde opptjent full pensjon og som slet i alderdommen. Den andre informanten sa at penger betydde noe for da kunne man være selvstendig.

Da jeg spurte informantene om hva de la i en ”verdig død” var det flere som hadde vanskeligheter med å gi en egen tolkning. Flere av informantene hadde hørt om dette, men ikke tenkt over hva det betydde for dem selv. To faktorer gikk igjen hos samtlige informanter – smerter og det å ikke bli liggende syk over lengre tid. For å få med nyansene i hva hver enkelt informant la i en ”verdig død”, beskrives deres tanker omkring dette nedenfor, i tilfeldig rekkefølge.

- Informanten mente at en ”verdig død” var noe noen ville tjene penger på ved å skrive om det i blader og lignende. Det tok bort naturligheten med døden. Men for informantens del var en ”verdig død” en stille, rolig og smertefri død.
- Informanten ønsket å slippe et langt sykeleie ved at døden ble rask og smertefri.

- Informanten ønsket å slippe å ligge og pines uten tilsyn og å kunne bestemme selv angående medisiner og hvordan man ville tilbringe den siste tiden. Informanten var for eutanasi.
- Informanten mente det var vanskelig å definere en ”verdigg død”, men trodde det kunne være å sovne stille inn. Informanten mente døden kunne være verdigg selv om man hadde smerter, men at det ville være mer behagelig uten smerter. Informanten ønsket å dø fort.
- Informanten ønsket å dø stille og rolig hjemme, og ikke bli liggende og plages over flere år. Å dø på et enerom på sykehjem var ikke verdigg. Informanten ønsket å ha sine nærmeste til stede for å kunne ta avskjed med dem. Vedkommende var i mot eutanasi.
- Informanten ønsket å slippe å lide på slutten og håpet at smertelindring kunne dempe smertene. Informanten ville heller dø av hjertestans enn av kreft. Døden ble ansett som privat og informanten ønsket ikke en ansamling av folk, men at ektefellen kunne være der. Informanten sa også at han/hun ikke tenkte på hvordan han/hun ville ha det fordi ønskene gikk uansett ikke i oppfyllelse.
- Informanten ønsket å kunne bestemme selv. Ble det så ille at man endte opp som en grønnsak, så skulle man kunne avslutte livet. Informanten var for eutanasi.

6.2 Verdighet

Informantene i min studie snakket ikke om verdighet generelt, men verdighet knyttet til døden. Faktorer som Jacelon et. als (2004) studie nevner som vesentlig for en verdigg død – kontroll over egen pleie, behandling og forventet levetid – påpekes også av flere informanter i min studie. Selvbestemmelsesretten var en viktig faktor, samt en god helse frem til et kortest mulig sykeleie før døden tilslutt inntraff. Et funn i Lloyd-Williams (2007) studie var at det mest skremmende med døden var å ikke vite når og hvor døden inntraff. Dette sammenfaller med kontroll over forventet levetid som Jacelon et. al. (2004) nevner som vesentlig for en verdigg død.

Det sosiale nettverket ble av samtlige informanter poengtert som svært viktig for å oppnå en verdig alderdom. Eldre mennesker er i en fase av livet der det er forventet at venner og familie faller fra (Kjær 2009). Synet på døden har innvirkning på hvordan eldre mennesker takler dødsfall blant familie og kjente. En av informantene snakket med sin ektefelle om hvem som skulle dø først, for det var ingen av de som ville sitte igjen alene. Denne informanten hadde opplevd en gang før å miste sin ektefelle. Tap av personer i ens sosiale nettverk kan skape en marerittslignende hverdag for de sosiale vesener som mennesker er (Kjær 2009).

6.2.1 Hva er den "gode død"?

Dødsprosessen representerer det siste steget i livet der mennesket gjennomgår endringer som til slutt resulterer i døden. Prosessen kan være harmløs og rask, og den kan være lang og brutal (Cicirelli 2006). Tradisjonelt sett har den gode døden blitt ansett som en mulighet til å si farvel til sine kjære og forberede seg på å møte sin skaper. Det moderne synet, eller ønsket, virker å være at døden bør være rask og bevisstløs, eller i det minste smertefri. Å få dø på sin egen måte er fokus i den postmoderne døden, ofte beskrevet som bevisst og smertefri og hvor man har gjort seg ferdig med sitt før sin siste reise (Walter 1994). I Walters bok "The Revival of Death" siterer han en, humoristisk ment, beskrivelse av dødsøyeblikket:

"When we think of our death, we imagine ourselves surrounded by loving friends, the room filled with a serene quietude that comes from nothing more to say, all business finished; our eyes shining with love and with a whisper of profound wisdom as to the transiency of life, we settle back into the pillow, the last breath escaping like a vast "Ahh!" as we depart gently into the light" (s. 60).

Levine, S

Sitatet fremstilles i sitt originale språk for ikke å miste essensen i sitatet. I utgangspunktet var sitatet ment som en karikatur av døden, men den har også en rot i virkeligheten (Walter 1994). Er det ikke slik døden ofte fremstilles på fjernsynet? En fredfull og elegant reise over til den andre siden? En slik beskrivelse skildrer kun selve dødsøyeblikket og ikke tiden før døden inntreffer. Informantene i min studie uttrykker ikke frykt for selve døden, men for tiden før døden. Som nevnt tidligere sier Kindt (1994) at dødsprosessen er blitt lengre. Kan dette være med på å skape en økende frykt for døden, selv om det egentlig er sykdom man er redd for?

Til tross for økt oppmerksomhet angående døden, har lite av denne oppmerksomheten vært rettet mot hva som er en ”god død”. Fokuset har vært rettet mot symptomlindring og medisinsk fremgang (Emanuel & Emanuel 1998). Dette samsvarer med noen av funnene i Andrès (2014) studie om den ”gode død” (og her er det 17 år mellom kildene). Samtidig er døden fortsatt tabubelagt (Daatland & Solem 2011). Så hvordan kan den ”gode død” få sin rettmessige oppmerksomhet om samfunnet fortsatt benekter døden? Mens helsepersonell er opptatt av å lindre symptomer, er pasientene mer opptatt av tap av verdighet, tap av kontroll og det å være avhengig av andre i stedet for psykiske og fysiske symptomer (Emanuel & Emanuel 1998). Dette er også i samsvar med Andrès (2014) studie. Smerter går igjen som en faktor som ikke inngår i en verdig død. Slik er informantene i min studie fortsatt opptatte av symptomlindring ved livets slutt. Tap av kontroll og det å være avhengig ble heller satt sammen med verdigheten i alderdommen. Flere informanter nevnte at selvbestemmelsesretten var viktig med tanke på egen død. Kan selvbestemmelsesretten – eller menneskets autonomi – ivaretas uten kunnskap om bakgrunnen for det eldre menneskets valg? Hvor lett er det å falle i paternalismens armer om denne kunnskapen ikke er på plass?

Døden er en multidimensjonell opplevelse. Den består av både pasientens karakter, pasientens opplevelser, mulige intervensjoner som er tilgjengelig for familie, venner og helsepersonell og det endelige utfallet. Disse dimensjonene er ikke separate (Emanuel & Emanuel 1998). Med dette sier Emanuel & Emanuel (1998) at døden har mange ”fjes”, eller aspekter, utover de psykiske og fysiske symptomene. Her inkluderes økonomiske krav og pleiebehov, sosiale forhold, håp og forventninger og eksistensielle overbevisninger. Det å dø er ikke bare en medisinsk hendelse. Døden påvirker hele det sosiale nettverket rundt pasienten. Pleiebehov er noe som de fleste informantene ønsket i så liten grad som mulig. Å kunne ivareta egen helse stod høyt på listen over faktorer en ønsket å beholde så lenge som mulig. Flere informanter var også bekymret for hvordan deres død ville påvirke pårørende, så dette er også sammenfallende med tidligere funn.

For å kunne gi en ”god død” til alle pasienter, kreves det forskning, opplæring, systematikk og økonomiske midler (Emanuel & Emanuel 1998). Jeg sa innledningsvis at min opplevelse er at helsepersonell kvier seg for å snakke om døden med sine pasienter. Dette sier også Emanuel & Emanuel (1998). De sier også at helsepersonell føler seg utilpass rundt døende mennesker ved at de ikke vet hva de skal si eller gjøre. Derfor må helsepersonell som tar seg av døende mennesker ha kunnskap og ferdigheter i/om symptomlindring, kommunikasjon og å

koordinere pleien (Emanuel & Emanuel 1998). Kindt (1994) skriver om et problem som den medisinske forskningen er skyld i, og som kun pensjonistene kan løse. Fremskrittene innenfor legevitenenskapen har gitt flere leveår, men også en lengre dødsprosess ved at flere ”gode” dødsårsaker som forårsaker en rask død er fjernet. Han mener at de eldre menneskene må forberede seg på en langvarig avslutning. Samtlige av informantene i min studie ønsket en rask død.

En dansk studie utført av Fisker og la Cour, omtales i en artikkel på forskning.no (Ringgaard 2012). Studien har kommet frem til flere like funn når det kommer til en verdig død. Informantene var 50 danske pensjonister i alderen 68-90 år. Blant disse var det stor enighet at de var redde for at siste del av livet skulle bli uakseptabel ved at en endte opp som en ”grønnsak”. De fryktet å bli levende døde (Ringgaard 2012). Informantene var like mine informanter ved at de var livsglade eldre som var tilfredse med livet. Døden var ikke noe som bekymret dem i dagliglivet, men lå i underbevisstheten. Artikkelen henviser til sosiologiprofessor Jacobsen, som sier at legevitenskapens utvikling har ført til at frykt for det uhelbredelige er blitt stor, og slik er døden blitt vanskeligere å akseptere som en normal, naturlig og eksistensiell kjensgjerning (Ringgaard 2012).

6.2.2 Generalisering av en ”verdig død”

Kan den ”gode død” beskrives gjennom en generell definisjon? Emanuel & Emanuel (1998) viser til en definisjon brukt av The Institute of Medicine (USA) der den ”gode død” defineres som:

”en død som er fri for unødvendig stress og lidelse for pasienter, pårørende og helsepersonell, som er i tråd med pasientens og pårørendes ønsker, og rimelig sammenfallende med kliniske, kulturelle og etiske standarder” (SII21).

Emanuel & Emanuel (1998) mener slike definisjoner blir vage og er vanskelige å oversette til praktiske retningslinjer. En slik definisjon nevner flere punkter som krever innhenting av en del opplysninger. Er det rutine å innhente slike opplysninger som for eksempel: Hva er unødvendig stress og lidelse? Hva er pasientens og pårørendes ønsker? Har pasient og pårørende de samme ønskene? Hva er de kliniske, kulturelle og etiske standardene? Slik jeg ser det vil en slik definisjon kun ha en hensikt om det i tillegg er rutine for å innhente alle

opplysninger som kreves for å oppfylle alt som definisjonen omhandler. Så er det slik at hva man legger i den ”gode” død er svært individuelt. Er det så viktig å ha en generell definisjon på den ”gode” død, eller skal fokus rettes mot hva den enkelte legger i den ”gode” død? I følge Ruth (1987) forutsetter en verdig død menneskelig støtte og frihet fra smerte.

Informantene i min studie hadde ulike tolkninger av hva en ”verdig død” er, alt fra å ikke ende som en ”grønnsak” før døden, til å sovne stille og rolig inn til å ha en rask død. Ytter en generell definisjon rettferdighet for mine informanternes tolkninger? Hvis en har tilstrekkelig bakgrunnskunnskap, så kan man kanskje svare ja på det spørsmålet.

Ifølge van Gennip et. al. (2013) refererer begrepet ”verdighet” til en personlig verdighet som er av subjektiv karakter og som relateres til en følelse av å være betydningsfull. Denne følelsen påvirkes av ytre omstendigheter og personer som er involverte i ens egen situasjon. Begrepet verdighet er til en viss grad et subjektivt begrep som kan gjøre det vanskelig å lage en overordnet definisjon på verdighet. Det må i så fall være rom for subjektivitet i definisjonen (van Gennip et. al. 2013). I følge van Gennip et. al (2013) er det lite fokus på hva pårørende mener en verdig død er for sine nærmeste. I følge Hjort 2010 har døden to sider. Den ene siden er tapet av et menneske som døden alltid representerer. Den andre siden er hvordan døden oppleves for både den døende og for pårørende. I studien det refereres til her (van Gennip et. al. 2013) har forskerne sett på hva pårørende mener er faktorer som enten fremmer verdighet eller hemmer verdighet i siste del av livet. Funnene i denne studien kan være interessante for min studie da flere av informantene i min studie baserte sine syn på en verdig død på tidligere erfaringer med dødsfall blant sine kjente og kjære. Eksempelvis var en av informantene redde for å dø slik moren døde, ved å *ratne opp i en sykeseng*, slik informantene beskrev det. Avhengighet med tanke på personlig pleie, å være en byrde for andre, og ikke ha kontroll over egen kropp ble ansett som uverdige forhold sett fra pårørendes perspektiv (van Gennip 2013). Dette sammenfaller med funnene i Jacelon et. als (2004) studie, der informantene snakker om sin egen død.

Et annet funn som vakte interesse var at en brå og uventet død ble karakterisert som en uverdig død blant pårørende (van Gennip 2013). Flere av informantene i min studie ønsket en rask død, eksempelvis den ene informant som heller ville dø av hjerteinfarkt enn kreft. Dødsårsaker som hjerteinfarkt og hjerte/kar-lidelser ble ofte forbundet med en uverdig død blant pårørende (van Gennip et. al 2013). Ulikhetene kan bunne ut i alder da van Gennip et. al. (2013) sin studie tok utgangspunkt i pårørende til pasienter som døde i en alder fra 55 år og

oppover. 83 % av informantene var voksne barn (van Gennip et. al. 2013). Mine informanter beskrev seg selv som i en alder der døden måtte forventes. Høy alder ved død ble ofte forbundet med en verdig død, og lav alder ble forbundet med en uverdig død (van Gennip et. al. 2013). Informantene i van Gennip et. al. (2013) sin studie skilte mellom verdighet og livskvalitet. Uverdige forhold kunne inntre hos de som, i følge informantene, hadde en verdig død. Dette kan indikere at det skal noe til for å miste verdigheten i døden (van Gennip et. al. 2013).

6.2.3 Forventninger til egen død

De fleste har en formening av hva en ”verdig død” innebærer for seg selv, til tross for at det kan være vanskelig å visualisere sin egen død. I følge Walter (1994) er ens egen definisjon av en ”verdig død” påvirket av både etnisitet, kjønn og alder. Det kan, i følge Walter (1994), by på utfordringer når man skal gi pleie og omsorg til personer som ikke har samme bakgrunn. Walter gjengir et sitat av Frank Ostaseski i sin bok ”The Revival of Death” som gir en passende beskrivelse av en utfordring helsepersonell møter daglig i sitt yrke:

“However many dying people I’ve known, this person is dying for the first time and I don’t know what they need. You must hold your previous experience of dying patterns very lightly, so if they prove incorrect for this person then you can shift very quickly” (s. 108).

Mine informanter har til dels lik bakgrunn ved at alle er oppvokst i bygdemiljøet, alle er norske og født i et tidsrom med 15 års mellomrom. Dette kan være en forklaring på at deres definisjoner er til dels like. Religiøse ståsteder er, som nevnt tidligere, ikke tatt med i studien. Men flere informanter sa også, og det er minst like viktig, at det er vanskelig å forestille seg sin egen død. Flere poengterte at de ikke visste hvordan de ville reagere den dagen døden kom bankende på døren. Og det er enda en utfordring med døden: Det er ingen som vet hvordan den vil utarte seg.

5.2.3 Sosial kontakt eller tilbaketrekking?

Samtlige informanter snakket om viktigheten av å opprettholde sosial kontakt med omverdenen. Bondevik (2000) skriver om den sosiale alderen som handler om å mestre de ulike kravene samfunnet stiller til oss. Den sosiale alderen er knyttet sammen med sosiale roller (Bondevik 2000). I 1961 ble tilbaketrekkingsteorien utviklet av Cumming og Henry. Denne teorien knytter alderdom og samfunn sammen ved å forklare alderdommens trekk gjennom et samfunnsperspektiv (Bondevik 2000). I grove trekk handler teorien om at eldre mennesker ikke er like engasjerte som yngre mennesker og at tilbaketrekking fra samfunnet er en uunngåelig del av alderdommen. Hensikten med denne tilbaketrekkingen er at individet og samfunnet kan forberede seg på ens egen svekkelse og død (Bondevik 2000). Informantene i denne studien har på ingen måte trukket seg tilbake fra samfunnet. Tilfellet er heller motsatt ved at informantene er svært aktive, både gjennom pensjonistforeninger og ellers. En av informantene humret samtidig som han/hun sa *”jeg er nødt til å begynne å jobbe igjen slik at jeg kan få meg litt fritid”*.

Tilbaketrekkingsteorien har satt sammenheng mellom samfunnet og dagligdagse oppfatninger av aldring og eldre. Kritikken mot denne teorien har vært at den har bidratt til å forsterke fordommer mot eldre, og at alderdommen ble sett på som en verdiløs fase i livet (Bondevik 2000). For informantene i min studie var en aktiv og sosial alderdom viktig. Kan dette ses i sammenheng med at en fordomsfull teori om eldre mennesker blir forkastet, eller er det et resultat av medisinsk fremgang og høyere forventet levealder? Selv om tilbaketrekkingsteorien ikke er aktuell i dag, nevnes den fordi den har vært startskuddet for mer presise teorier i senere tid (Thorsen 2010). Selve teorien har også vært gjenstand for modifisering gjennom årene. Slik kan en si at teorien er viktig i et historisk perspektiv da den har bidratt til både diskusjon og forskning (Bondevik 2000). Aktivitetsteorien, som kom fra samme prosjekt som tilbaketrekkingsteorien, gir et mer positivt bilde av alderdommen og er mer passende for informantene i min studie. Der tilbaketrekkingsteorien ser tilbaketrekking som en naturlig del av alderdommen, ser aktivitetsteorien dette som en utstøtning av samfunnet. Å fortsette å være delaktig i samfunnet i alderdommen er et viktig aspekt ved aktivitetsteorien (Bondevik 2000).

7.0 OPPSUMMERING OG AVSLUTNING

7.1 Oppsummering

Det som begynte som en interesse for det palliative feltet har nå resultert i en masteroppgave med tema eldre og døden. Oppgaven har tatt for seg tidligere forskning og teori på nevnt område, samt beskrevet den metodiske prosessen i studien som oppgaven bygger på. Analysen av datamaterialet gav tre hovedfunn som kan oppsummeres slik:

Kap 4.0 heter ”Dødens plass i livet”. Døden har holdt seg som en naturlig del av livet gjennom hele livet til studiens informanter. Samtidig som døden var naturlig, var det ikke naturlig å snakke om døden i en direkte form. Forskjønnende uttrykk ble flittig brukt. Informantene var klare over at døden nærmet seg jo eldre de ble. Dødens ankomst var akseptert, men de ønsket å leve så lenge som mulig og var takknemlige for hver dag de fikk. Tidligere erfaringer gjennom yrke, utdanning og personlige hendelser har preget deres syn på døden i ulik grad. De fleste av informantene hadde gjort noen forberedelser for egen død. Det var ulike ønsker og behov med tanke på å snakke om døden.

Kap 5.0 heter ”Tanker om alderdommen”. Alle informanter så positivt på å bli gammel. Men alle gruet seg til, og forventet, å bli syke på en slik måte at de ikke kunne ivareta egne pleiebehov. Kreft og demenssykdommer var mest fryktet. Det var ulik oppfatning av hva som var å aktivt skjule tegn på alderdommen og hva som var endringer i livsstil for å opprettholde god helse.

Kap 6.0 heter ”Verdighet i alderdom og død”. Verdighet i alderdommen var essensielt for å oppleve en verdig død. Å ha et godt sosialt nettverk og muligheten til å kunne være aktiv var viktig for å føle at alderdommen var verdig. Å kunne ivareta egne pleiebehov så nært opp til dødens ankomst var et ønske hos samtlige informanter. En rask og smertefri død, med mulighet for å si farvel til sine nærmeste, anses som oppsummering av informantenes tanker om en ”verdig død”. Å videreformidle tankene om en ”verdig død” var ikke vanlig, verken til familie og/eller kjente eller gjennom livstestamenter.

7.1.1 Har jeg nå fått svar på min problemstilling?

Problemstillingen er som følgende:

Hva er en "verdig død" for pensjonister og hvordan spiller det levde liv inn på pensjonisters forhold til døden?

Å reflektere over hva en "verdig død" betyr for en selv var ikke dagligdags for informantene i denne studien. Alle informantene hadde hørt om begrepet, men ikke reflektert over hva de selv la i dette. Smerter og å slippe et langt sykeleie var gjengangere i samtlige informanternes tanker om en "verdig død". Selvbestemmelsesretten ble trukket inn som viktig for flere av informantene. Kort oppsummert er tanker og refleksjoner om en "verdig død" svært individuelle.

Det levde livet hadde betydning for informantenes forhold til døden. Den naturlige holdningen til døden som informantene hadde i barndommen fulgte dem gjennom hele livet og var fortsatt til stede i alderdommen. Døden ble ansett som noe nært foreliggende, og dette ble akseptert. Men de så seg langt fra ferdige med livet, og var takknemlige for hver dag de fikk. De gav alle uttrykk for å ha levd et godt liv, selv om de hadde gått gjennom mange tunge stunder og opplevd motstand i livet. Tidligere erfaringer med andres død som ble karakterisert som negative, hadde større innvirkning på preferanser for egen død enn tidligere positive opplevelser. For to av informantene hadde valg av yrke også stor innvirkning på deres forhold til døden. Erfaringer fra yrkeslivet førte blant annet til planlegging for alderdommen og for egen død.

7.2 Veien videre og avsluttende kommentar

Refleksjoner om døden blant eldre har stor relevans for praksisfeltet da majoriteten av de eldre menneskene forventes å ha en eller annen form for kontakt med helsetjenesten før de dør. Forslag til videre forskning er å finne ut hva helsepersonell tenker om å samtale med eldre om døden. Jeg vil også foreslå å finne ut hvordan syke og skrøpelige eldre mennesker reflekterer over eget forhold til døden.

Å skrive denne oppgaven har utfordret meg på egne samtaleferdigheter og følelser. Jeg har våget meg ut på ukjent territorium gjennom å snakke med pensjonister om døden. Jeg har gjort meg mange positive erfaringer som jeg tar med meg videre i min jobb som geriatrisk sykepleier.

LITTERATUR

Andrè, B. (2014): Hva er den ”gode død”? *Geriatrisk sykepleie*. Nr 3, 2014, s. 18-25.

Beauchamp, T. L. & Childress, J.F. (2009): *Principles of Biomedical Ethics*. Sixth edition. New York: Oxford University Press.

Bengtson, V.L & Gans, D. & Putney, N.M. & Silverstein, M. (2009): Theories About Age and Aging. I: Bengtson, V.L & Gans, D. & Putney, N.M. & Silverstein, M.: *Handbook of Theories of Aging*. New York: Springer Publishing Company.

Bollig, G. & Pedersen, R. & Førde, R. (2009): Etikk i sykehjem og hjemmetjenester. *Sykepleien Forskning* 3 (4), s 186-196.

Bondevik, M. (2000): *De eldste eldre. Erfaringer og refleksjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bondevik, M (2014): *Gammel og frisk. Om gerontologi og hundreåringer*. Bergen: Fagbokforlaget.

Broström, M. (2014): *Äldra människors föreställningar om den egna framtiden, döendet och döden*. Norrköping: Linköpings Universitet, filosofiska fakulteten.

Cicirelli, V. G. (2006): *Older Adult's Views on Death*. New York: Springer Publishing Company.

Daatland, S.O. (2008): *Aldring som provokasjon. Tekster om aldring og samfunn*. Bergen: Fagbokforlaget.

Daatland, S.O. & Ingebretsen, R. & Slagsvold, B. & Solem, P. E. (2008): Aldring og livsløp – et tidsskrift og en synsvinkel. I: Daatland, S.O. (red.): *Halve livet. Artikler om aldring og livsløp*. Bergen: Fagbokforlaget.

Daatland, S.O. / Solem, P.E. (2011): *Aldring og samfunn*. 2.utgave. Bergen: Fagbokforlaget.

- Danielsen, K & Slagsvold, B. (1990): "Å være gammel er å være syk". I: Daatland, S.O. (2008): *Halve livet. Artikler om aldring og livsløp*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Diessenbacher, H (1986): Det påtvungne barmhjertighetsdrap. I: Daatland, S.O. (2008): *Halve livet. Artikler om aldring og livsløp*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Edlund, M. (2002): *Människans värdighet. Ett grundbegrepp inom vårdvetenskapen*. Åbo: Åbo akademis förlag.
- Eidsvåg, I. (2013): *Men livet lever. Om aldringens forunderligheter, vemod og gleder*. 1. utgave, 2. opplag. Cappelen Damm AS.
- Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. (1998): The promise of a good death. *The Lancet*.1998; 351, Supplement 2 (0): SII21-SII29.
- Førde, R. & Pedersen, R. & Nortvedt, P. & Aasland, O.G. (2006): Får eldreomsorgen nok ressurser? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 15, 126, s 1913-1916.
- Gabrielsen, B. (2013): Omsorgstjenester mot livets slutt. I: Ramm, J. (red): *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Gadamer, H. G. (1975): *Truth and Method*. London: Sheed & Ward.
- Glass, A.P. & Nahapetyan, L. (2008): Discussions by Elders and Adult Children about End-of-Life Preparation and Preferences. *Preventing Chronic Disease. Public Health Research, Practice and Policy* 5 (1), 1-8.
- Hagestad, G.O. (2002): I det lange løp – et livsløpsperspektiv på aldring. I: Daatland, S.O. (2008): *Halve livet. Artikler om aldring og livsløp*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Hiemäe, E. (2005): *Döden kommer med posten. Svenska og estniska dödsannonser. En jämförande studie*. Tartu: Tartu Universitet, avdelningen för germansk – romansk filologi.

Hjort, P. F. (2010): Pleie og omsorg ved livets slutt. I: Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H.: *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1.utgave, 3. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Jacelon, C. S. & Connelly, T. W. & Brown, R. & Proulx, K. & Vo, T. (2004): A concept analysis of dignity for older adults. *Journal of Advanced Nursing* 48 (1), 76-83.

Johnson, M.L. (2009): Spirituality, finitude and theories on the life span. I: Bengtsson, V.L. & Silverstein, M. & Putney, N.M. & Gans, D (red.): *Handbook of theories of Aging*. New York NY: Springer.

Kaarbø, E. (2008): Bedre omsorg mot slutten. *Sykepleien*. 2008; 96 (9), s. 72-74.

Kellehear, A. (2007): *A SOCIAL history of DYING*. New York: Cambridge University Press.

Kirk, H. (2009): Synet på aldring og ældre – historisk set. I: Glasdam, S. & Esbensen, B. A: *Gerontologi. Livet som ældre i det moderne samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Kjær, T. A. (2009): Ældre menneskers oplevelser af døden. I: Glasdam, S. & Esbensen, B. A: *Gerontologi. Livet som ældre i det moderne samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Kindt, O.T. (1994): *Kunsten å dø*. I: Daatland, S.O. (2008): *Halve livet. Artikler om aldring og livsløp*. Bergen: Fagbokforlaget.

Kübler-Ross, E. (1995): *Døden og den døende*. 6.utgave. København: Gyldendal.

Laslett, P. (1996): *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. Houndmills, Basingstoke, Hampshire and London: Macmillan Press Ltd.

Lloyd- Williams, M. & Kennedy, V. & Sixsmith, A. & Sixsmith, J. (2007): The End of Life: A qualitative Study of the Perceptions of People over 80 on Issues surrounding Death and Dying. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol 34, No 1, July 2007, s 60-66.

Løgstrup, K. E. (1999): *Den etiske fordring*. J.W. Cappelens Forlag as.

Mathie, E. & Goodman, C. & Crang, C. & Froggatt, K. & Iliffe, S. & Manthorpe, J. & Barclay, S. (2011): An uncertain future: The unchanging views of care residents about living and dying. *Palliative Medicine* 26 (5), s 734 – 743.

Missler, M. & Stroebe, M. & Geurtsen, L. & Mastenbroek, M. & Choun, S. & van der Houwen, K. (2012): Exploring death anxiety among elderly people: A literature review and empirical investigation. *OMEGA*, 64 (4), s 357 – 379.

Nedergaard Banke, N. S. (2009): *Ældre menneskers status i det moderne samfund*. I: Glasdam, S. & Esbensen, B. A: *Gerontologi. Livet som ældre i det moderne samfund*. København: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.

Polit, D.F. & Beck, C.T. (2012): *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (9th edition). Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott, Williams & Wilkins.

Rahm Hallberg, I. (2010): *Livets sista skeden, döden och döendet*. I: Ekwall, A. (red.): *Äldras hälsa och ohälsa: En introduktion till geriatrisk omvårdnad*. Lund: Studentlitteratur.

Ranheim, U. (2004): *På talefot med døden – beretninger om livet*. Uranus Forlag.

REK, Regionale Komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk.

https://helseforskning.etikkom.no/ikbViewer/page/reglerogrutiner/soknadsplikt/sokerek?p_dlm=34998&_ikbLanguageCode=n

Publisert 01.11.12. Besøkt 12.04.15 kl 20.45.

Ringgaard, A. (2012): Eldre frykter livet mer enn døden. Artikkel lastet ned fra *forskning.no*. forskning.no/psykologi/2012/10/eldre/-frykter-livet-mer-enn-doden.

Publisert 25.10.12. Besøkt 25.04.15 kl 11.24.

Romøren, T.I. (2007): *Den fjerde alderen*. Oslo: Pensumtjeneste AS.

Ruth, J.E. (1987): Å møte døden. I: Daatland, S.O. (2008): *Halve livet. Artikler om aldring og livsløp*. Bergen: Fagbokforlaget.

Statistisk Sentralbyrå. (A): Døde 2013.

<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/dode/aar/2014-04-08?fane=tabell&sort=nummer&tabell=170275>

Publisert 8.april 2014. Besøkt 29.01.15, kl 11.52

Statistisk Sentralbyrå. (B): Befolkningsfremskrivinger 2014-2100.

<http://www.ssb.no/befolkning/statistikker/folkfram/aar/2014-06-17>.

Publisert 17.juni 2014. Besøkt 29.01.15, kl 11.33.

Store Norske Leksikon, nettutgave. Snl.no. Besøkt 27.04.15 kl 11.35.

Svenaesus, F. (2005): *Sykdommens mening – og møtet med det syke mennesket*. Oslo:

Gyldendal Akademisk.

Texmon, I. (2013): Dagens og morgendagens eldre – en demografisk beskrivelse. I: Ramm, J. (red): *Eldres bruk av helse- og omsorgstjenester*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.

Thornquist, E. (2012): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen:

Fagbokforlaget.

Thorsen, K (1995): Aldring i et livsløpsperspektiv. *Ger-Art* nr. 4/1995. Norsk Gerontologisk Institutt.

Thorsen, Kirsten (2010): Aldringsteorier. I: Kirkevold, M. & Brodtkorb, K. & Ranhoff, A.H.: *Geriatrisk sykepleie. God omsorg til den gamle pasienten*. 1.utgave, 3. opplag. Oslo:

Gyldendal Akademisk.

Tjora, A (2013): *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utg, 2. opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

van Gennip, I. E. & Pasman, H. R. W. & Kaspers, P. J. & Oosterveld-Vlug, M. G. & Willems, D. L. & Deeg, D. JH. & Onwuteaka-Philipsen, B. D. (2013): Death with dignity from the perspective of the surviving family: A survey study among family caregivers of deceased older adults. *Palliative Medicine* 27 (7) 616-624.

Walter, T. (1994): *The Revival of Death*. London og New York: Routledge.

Walter, T. (2008): The sociology of death. *Sociology Compass*, 2 (1) s 317-336.

Österlind, J. (2009): *När livsrummet krymper: vård och omsorg av äldre personer i livets slutskede*. Örebro: Örebro Universitet.

Vedlegg 1: Informasjonsskriv til leder av pensjonistforening

Kristina Schneider
Elgvegen 13 B
9321 Moen

07.10.14

XXX pensjonistforening
v/ leder

FORESPØRSEL OM Å DELTA I PROSJEKT OM ”DET LEVDE LIV OG DØDEN”

Denne henvendelsen gjelder en forespørsel om å delta i et forskningsprosjekt. Jeg heter Kristina Schneider og er sykepleier. For tiden holder jeg på med en videreutdanning innen aldring og eldreomsorg ved Universitetet i Tromsø (Master i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg). I forbindelse med min avsluttende oppgave (masteroppgave) ønsker jeg å komme i kontakt med 5 personer over 70 år som kunne tenke seg å delta i mitt prosjekt om ”Det levde liv og døden”. Jeg sender dette til deg da flere av foreningens medlemmer kan være aktuelle som informanter til mitt prosjekt. I den forbindelse sender jeg deg et informasjonsskriv og samtykkeerklæring som jeg håper du kan formidle videre til foreningens medlemmer.

Dersom det er ønskelig kan jeg gjerne holde et informasjonsmøte om prosjektet. Er det noe du lurer på kan jeg nås på tlf 951 05 993. Du kan også ta kontakt med min veileder ved Universitetet i Tromsø: Anne Margrethe Støback, tlf 77660718 / mob 950 74 831.

Hilsen

Kristina Schneider
Masterstudent ved Universitetet i Tromsø

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

” Det levde liv og døden”

Bakgrunn og formål

Denne henvendelsen gjelder en forespørsel til pensjonister om deltakelse i et forskningsprosjekt. Undertegnede er mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø (Master i helsefag, studieretning aldring og eldreomsorg). Jeg ønsker å komme i kontakt med 5 personer som kan tenke seg og snakke om tema ”døden” med meg. Jeg søker kontakt med pensjonister over 70 år, som ikke har språkproblemer og som ikke mottar hjelp fra hjemmetjenesten. Du forespørres da du kan oppfylle kriteriene for å delta i prosjektet.

Prosjektets formål er å få kunnskap om hvordan det levde liv har innvirkning på det eldre menneskets tanker om døden, og om døden har en stor plass i det eldre menneskets liv.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Din deltakelse innebærer å delta i et individuelt intervju med varighet på ca. 1 - 1,5 timer. Når du har sendt inn samtykkeskjema vil jeg ta kontakt med deg pr tlf for å avtale tid og sted for intervju. Det vil ikke bli innhentet andre opplysninger om deg enn de jeg spør om i intervjuet. Intervjuet vil bli tatt opp på lydbånd. Spørsmålene vil omhandle ditt forhold til døden.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som vil ha tilgang til data som samles inn. Det vil ikke bli knyttet navn til et spesifikt intervju. Navnelisten blir lagret separat. Både denne og lydbånd-opptak lagres innelåst. Du som deltaker vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon av prosjektet. Min masteroppgave vil være en publikasjon av data jeg samler inn under intervjuene.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen 1.oktober 2015. Etter endt prosjektperiode vil all data som er samlet inn bli makulert.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om og fra deg bli makulert. Dersom du ønsker å delta, fyll ut vedlagte samtykkeerklæring og send den i vedlagt konvolutt. Har du spørsmål om studien, kan mastergradsstudent Kristina Schneider nås på tlf 951 05 993. Du kan også ta kontakt med min veileder ved Universitetet i Tromsø: Anne Margrethe Støback, tlf 776 60 718 / mob 950 74 831. Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS.

Det er ønskelig med tilbakemelding innen 31.oktober 2014.

Moen, 07.10.14

Kristina Schneider

Mastergradsstudent ved Universitetet i Tromsø

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg (navn) _____ godtar
herved å delta i prosjekt om det levde liv og døden. Dette innebærer at jeg møter
mastergradsstudent Kristina Schneider til intervju om mine tanker om døden.

Min deltakelse i prosjektet er frivillig og jeg mottar ingen lønn eller annen
godtgjørelse for deltakelsen. Jeg er informert over retten til å kunne trekke meg
når som helst i prosjektperioden.

Sted

Dato

Underskrift

Telefon: _____

Adresse: _____

Intervjuguide

1) Før intervju:

- ✓ Informere om **hensikt med prosjektet**: Hensikten med denne oppgaven er å få mer kunnskap om hvordan det levde liv har innvirkning på pensjonisters tanker om døden, og om døden har en stor plass i pensjonisters liv.
- ✓ Min faglige bakgrunn
- ✓ Du trenger ikke å svare på spørsmålene om du ikke vil, trenger ikke oppgi grunn.
- ✓ Du kan når som helst trekke deg fra studien, all informasjon om / fra deg vil bli makulert. Trenger ikke oppgi grunn.

2) Temaspesifikke spørsmål

- Kan du fortelle meg litt om livet ditt? (noter ned aktuelle punkter du vil komme tilbake til i intervjuet). Alder, sivilstatus.

- Hva er viktig for deg i ditt eget forhold til døden? (Hvilke tanker har du om døden?)
 - Prater du med andre om døden? Evt. hvorfor? Lett / vanskelig?
 - Hva sier du i slike samtaler?

- Hvis jeg sier "en verdig død", hva tenker du da?

- Hva tenker du om utsagnet "frykter alderdommen mer enn døden"?
 - Hva tenkte du om alderdommen før du selv ble eldre (gammel)?

- Hvordan har dine tanker om døden endret seg med alderen?
 - Var døden noe du var opptatt av som ung?
 - Har det vært et spesielt tidspunkt i livet ditt disse tankene har endret seg?

- Er det lettere / vanskeligere for deg å tenke på døden i høy alder kontra tidligere i livet?

- Hvilke forhold i livet ditt har påvirket ditt forhold til døden (eks. pensjonisttilværelse, sykdom og lignende, dødsfall i nære relasjoner, ulykker, media)?

- Er døden noe som opptar deg mye, og på hvilken måte?

- Har du tenkt over hva som er viktig for deg med tanke på din egen død? Evt hva?

(Stikkord: smertefri, sammen med andre, sovne stille inn, begravelse)

Vedlegg 5: Kvittering fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Anne Margrethe Støbeck
Institutt for helse- og omsorgsfag UiT Norges arktiske universitet

9037 TROMSØ

Vår dato: 26.09.2014

Vår ref: 39919 / 3 / AMS

Deres dato:

Deres ref:

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

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 18.09.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>39919</i>	<i>Eldre og døden</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>UiT Norges arktiske universitet, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Anne Margrethe Støbeck</i>
<i>Student</i>	<i>Kristina Schneider</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

Personvernombudets tilråding forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.10.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Anne-Mette Somby

Kontaktperson: Anne-Mette Somby tlf: 55 58 24 10

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Kristina Schneider tainy4@hotmail.com

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Avdelingskontorer / District Offices:

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



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 39919

Formålet er å få kunnskap om hva eldre mennesket tenker om døden.

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet er godt utformet.

Det tas høyde for at det vil behandles sensitive personopplysninger om filosofisk og/eller religiøs oppfatning og helseforhold, jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8 a) og c).

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger UiT Norges arktiske universitet sine interne rutiner for datasikkerhet. Dersom personopplysninger skal lagres på privat pc/mobile enheter, bør opplysningene krypteres tilstrekkelig.

Forventet prosjektslutt er 01.10.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- slette lydopptak