



Fordypningsoppgave

Livskvalitet og eldre

Quality of life and elderly

Livskvalitet hos sykehjemsbeboeren - Hvilke faktorer har betydning?

Quality of life in nursing home - Which factors are important?

Ida Løseth
Antall ord:7547

Fordypningsoppgave i psykisk helsearbeid

Emnekode: MPH 451

Perspektiver og tilnæringsmåter

Videreutdanning i psykisk helsearbeid, avdeling for helsefag,
Høgskolen i Nord-Trøndelag



HINT

Sammendrag

I dagens samfunn argumenteres det for at eldreomsorgen har vært nedprioritert. Forskning viser til redusert livskvalitet og høyere forekomst av psykiske lidelser i sykehjem, sammenlignet med den øvrige befolkningen. Det er viktig med fokus på eldre og deres psykiske helse gjennom forebyggende arbeid, noe som vil kunne bidra til økt livskvalitet hos denne gruppen pasienter. Hensikten med denne litteraturstudien er å synliggjøre kunnskap og bevisstgjøre helsepersonell om faktorer som har betydning for livskvaliteten hos sykehjemsbeboeren. Resultater i denne studien viser at faktorer for livskvalitet i sykehjem omhandler følelser, aktivitet, relasjoner, helsetilstand og fysisk miljø. Gjennom aktivitet, relasjoner, helsetilstand og fysisk miljø kan sykehjemsbeboeren oppnå følelsene som respekt, selvfølelse, trygghet og mestring. Videre aktuell forskning kan være studier som ser på effekt av økt fokus på de ulike faktorene.

Keywords: nursing home, nursing home residents, quality of life

INNHold

1.0 INNLEDNING	1
1.1 Bakgrunn, hensikt og problemstilling	3
1.1.2 <u>Hensikt</u>	3
1.1.3 <u>Problemstilling</u>	4
1.2 Begrepsavklaring og avgrensning	4
1.2.1 <u>Begrepsavklaring</u>	4
1.2.2 <u>Avgrensning</u>	4
2.0 METODE	6
2.1 Litteratursøk og kriterier for utvalg	6
2.2 Bearbeiding og kvalitetsvurdering	8
2.3 Inkluderte og ekskluderte artikler	9
2.4 Analyse av hovedfunn	10
2.5 Etske overveielser	11
3.0 RESULTAT	12
3.1 Følelser	12
3.1.1 <u>Respekt</u>	12
3.1.2 <u>Selvfølelse</u>	13
3.1.3 <u>Trygghet</u>	13
3.1.4 <u>Mestring</u>	13
3.2 Relasjoner	13
3.2.1 <u>Kontakt med familie</u>	13
3.2.2 <u>Kontakt med personalet</u>	14
3.2.3 <u>Kontakt med andre</u>	14
3.3 Helsetilstand	15
3.3.1 <u>Funksjonsnivå</u>	15
3.3.2 <u>Somatisk tilstand</u>	15
3.4 Aktivitet	15
3.4.1 <u>Individuell aktivitet</u>	15
3.4.2 <u>Felles aktivitet</u>	16

3.5 Fysisk miljø	16
3.5.1 <u>Egne rom</u>	16
3.5.2 <u>Hjemmekoselig</u>	16
4.0 DISKUSJON	18
4.1 Resultatdiskusjon	18
4.1.1 <u>Relasjoner</u>	19
4.1.2 <u>Helsetilstand</u>	20
4.1.3 <u>Aktivitet</u>	21
4.1.4 <u>Fysisk miljø</u>	22
4.2 Metodediskusjon	22
4.3 Generell diskusjon og avslutning	23

LITTERATURLISTE

VEDLEGG 1: Ekskluderte og inkluderte artikler

VEDLEGG 2: Analyse av hovedfunn

VEDLEGG 3: Helzèens vurderingsmal

1.0 INNLEDNING

Livskvalitet er et komplekst begrep og kan beskrives forskjellig ut i fra ulike fagfelt. Mens medisinen har fokus på sykdomsrelaterte forhold, har sykepleie noe bredere perspektiv som ivaretar den helhetlige tilnærmingen av helse og sykdom. Pasientens opplevelse står her sentralt (Wahl & Rokne 2011). Norsk offentlig utredning skriver at livskvalitet må betraktes som en subjektiv opplevelse, noe som tilsier at livskvalitet heller ikke er direkte observerbar (NOU 1999:2 1999). Dette kommer godt fram i en norsk studie (Drageset m.fl. 2008) hvor beboeren selv, pleiere og familie fikk vurdere beboerens livskvalitet. Beboeren selv rapporterte en bedre livskvalitet enn den livskvaliteten familie og pleiere påstod at beboeren hadde.

Livskvalitet er nært knyttet til psykisk helse. Det styrker menneskets motstandskraft mot belastninger og er derfor en viktig beskyttelsesfaktor mot psykisk sykdom (Folkehelseinstituttet 2013). Men livskvalitet påvirkes av ulike faktorer. Det er derfor viktig at folkehelsearbeidet vier oppmerksomhet til livskvalitet (ibid).

I en tilstandsrapport om psykisk helse i Norge med internasjonal sammenligning, kommer det fram at nordmenn generelt har høy livskvalitet. Rapporten ser en opphopning av risikofaktorer blant de eldste, men understreker at informantene som representerer de eldste i denne studien er de friskeste eldre som bor hjemme. Disse faktorene er redusert mestring, redusert helsetilstand og lav sosial støtte (Nes & Clench-Aas 2011). En norsk studie viser at livskvaliteten hos eldre i institusjon er dårligere enn hos eldre ellers i Norge på samme alder (Drageset m.fl. 2008). Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid refererer til en studie som ser på forekomst og hvilke lidelser som er mest utbredt (Ledang 2012). I den studien konkluderes det med at depresjon er en vanlig lidelse i den eldre befolkningen, men at forekomsten kan vise seg å være høyere på institusjon (Rosenvinge & Rosenvinge 2003). Kompetansesenteret viser også til en rapport som tar for seg forekomst av psykiske lidelser blant eldre i Norge og Norden. Denne konkluderer med en høyere forekomst av psykiske plager, særlig depresjon, blant de eldste eldre på institusjon enn den øvrige befolkningen (Langballe & Evensen 2011).

Hva gjøres så for denne gruppe eldre og deres psykiske helse? Det har vært lite prestisje i å jobbe med eldre, og resultater og effekt av pleien har vært vanskelig å måle (Bondevik 2012b). Flere mener at eldreomsorgen igjennom flere år har blitt ned prioritert. Fokuset i eldreomsorgen har fra 1980-tallet handlet om å legge til rette slik at den eldre lengst mulig kan bo hjemme. Økonomiske midler har derfor i større grad blitt prioritert på tjenester til eldre i egne hjem eller omsorgsboliger, i stedet for satsing på institusjonsplasser (Christensen 2012). *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008*, hadde som mål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evnen til å mestre eget liv. Psykiske helsetjenester skulle styrkes i kommunene. Opprinnelig var planen for perioden 1999 – 2006, men ble i 2003 utvidet i to år til hvor et av de nye punktene var økt fokus på tilbud til eldre og deres psykiske helse (Prop. 1 S 2009-2010). I ettertid konkluderes det i en Nasjonal veileder, *Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre*, at det da var lite rettet mot tilbud til eldre over 65 år i denne opptrappingsplanen (Gammersvik m.fl. 2013).

I Stortingsmelding nr. 25 *Mestring, muligheter og mening* (St. meld. nr. 25 2005-2006) ble det påpekt at individuelle sosiale, åndelige og kulturelle behov skulle vektlegges i eldreomsorgen. Stiftelsen «Livsglede for eldre» har som mål å skape sykehjem som imøtekommer disse krav og fyller den enkelte beboers sekundære behov (Stiftelsen Livsglede for Eldre 2005 – 2014). Stiftelsen har sammen med ansatte på sykehjem utviklet en sertifiseringsordning for Livsgledesykehjem. Prosessen for å få sertifiseringen handler om en omgjøring av rutiner og arbeidsmåter hvor man da klarer å sette livsglede i system. Det jobbes etter ni kriterier som skal bidra til økt livsgleden for hver enkelt beboer (ibid). Sertifiseringen er også bestemt å bli et nasjonalt tilbud til kommunene. I Stortingsmelding nr. 29, *Morgendagens omsorg*, står det at regjeringen ønsker å etablere en nasjonal sertifiseringsordning for livsgledesykehjem i regi av Stiftelsen «Livsglede for Eldre» (St. meld. nr.29 2013). Dette for å styrke den aktive omsorgen, og for å få økt fokus på sosiale og kulturelle behov hos eldre (ibid). Sertifiseringsordningen startet januar 2014 (Stiftelsen Livsglede for Eldre 2005 – 2014).

Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder *Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre*. Her presiseres det at kommunen har et ansvar for å forebygge utvikling av psykiske lidelser samt å fremme helse hos eldre. Veilederen beskriver at god kvalitet på helsetjenester er nødvendig for den eldre, enten de bor hjemme eller i sykehjem (Gammersvik m.fl. 2013). På grunn av dagens og framtidens forekomst av psykiske lidelser

hos eldre, er det viktig med gode helsetjenester hvor man forebygger sykdom så langt som mulig (ibid). Også Helse –og omsorgsdepartementet påpeker i *Folkehelsemeldingen God helse – felles ansvar*, at helse og omsorgstjenester i kommunene skal legge vekt på forebygging og egenmestring (St. meld. nr. 34 2012 - 2013). Men samme stortingsmelding skriver også at det er mangelfull kunnskap om eldre sin psykiske helse. Sammen med økende levealder og antall eldre vil dette by på helseutfordringer (ibid).

1.1 Bakgrunn, hensikt og problemstilling

1.1.1 Bakgrunn

Bakgrunnen for studien er i hovedsak preget av funn som er blitt presentert i innledningen. Som sykepleier i sykehjem oppleves det som trist å lese at livskvaliteten hos eldre ofte er dårligere hos sykehjemsbeboeren, og at forekomsten av psykiske lidelser, særlig depresjon, er høyere på institusjon enn ellers (jf. kapittel 1.0).

Min erfaring fra praksis konkluderer med at det pågår en utvikling i omsorgen for beboere i sykehjem. Miljøarbeid og aktivisering har fått et økt fokus med den hensikt å forebygge uønsket atferd og mistrivsel. Flere sykehjem er også i full gang med kompetanseheving av pleiere, spesielt innen demens, samt at flere jobber for å bli sertifisert som livsglede-sykehjem hvor da aktivisering blir mer i fokus. Samtidig er det interessant å filosofere over om vi i den daglige omsorgen glemmer andre viktige behov. Det kan være at vi i fokuset på aktivisering står i fare for å glemme andre faktorer, og kanskje viktigere faktorer som har betydning for livskvaliteten hos den enkelte.

1.1.2 Hensikt

For å unngå økt antall tilfeller av psykiske lidelser er det viktig med forebyggende arbeid som skal øke livskvalitet hos den eldre (Rosenvinge og Rosenvinge 2003). Forskning på hva som bidrar til det gode liv blant de eldste eldre er av stor betydning. Spesielt hos eldre som er fysisk og kognitivt redusert, da dette påvirker deres mulighet til mestring. Slik forskning kan bidra til at samfunnet og helsesektoren bedre kan legge til rette for best mulig tilværelse for denne gruppen (Daatland 2011).

Hensikten med denne litteraturstudien er å synliggjøre kunnskap og bevisstgjøre helsepersonell om hvilke faktorer som kan ha betydning for livskvaliteten hos sykehjemsbeboeren. Det kan gjøre det lettere for helsepersonell å bidra til det gode liv og god livskvalitet. Det tenkes at studien på den måten også får en betydning for det forebyggende arbeidet mot psykiske lidelser.

1.1.3 Problemstilling

På grunnlag av det overnevnte ble problemstillingen i denne litteraturstudien:

Hvilke faktorer har betydning for livskvaliteten hos sykehjemsbeboeren?

1.2 Begrepsavklaring og avgrensning

Herunder vil det forklares hva som legges i begrepet livskvalitet og beboere i sykehjem, samt en redegjøring av avgrensninger for oppgaven.

1.2.1 Begrepsavklaring

«Vi definerer livskvalitet som psykisk velvære, som en opplevelse av å ha det godt» (Næss 2011b, s 15). Begrepet sammenlignes med opplevelsen av å ha det godt hvor det omtales som et fenomen som i hovedsak er først og fremst avhengig av ulike psykologiske behov og ikke materielle forhold (Næss 2011b).

I sykehjem er ca. 80 % demente i ulik grad (Gammersvik m.fl. 2013). Men da det også er beboere med andre somatiske lidelser i sykehjem har det blitt valgt å inkludere disse også. Begrepet, sykehjemsbeboeren, inkluderer derfor alle som bor i sykehjem.

1.2.2 Avgrensning

Ulike faktorer kan påvirke livskvalitet, som blant annet genetikk, personlighet og økonomi (Folkehelseinstituttet 2013). Men på grunn av oppgavens størrelse er det lagt vekt på faktorene som kommer fram som resultat i denne litteraturstudien. Disse faktorene blir nærmere beskrevet i studiens resultatkapittel, kapittel 3. Det var i utgangspunktet ønskelig at informantene i studiene var kognitivt intakte. Men i søkeprosessen viser det seg at det er gjort en del studier med demente som har ulik grad av kognitiv svikt. Demens, sammen med depresjon, er en økende psykisk lidelse blant eldre og et satsingsområde for

helsemyndighetene (Ledang 2012). Derfor har det likevel blitt valgt å inkludert studier med denne gruppen informanter.

Det snakkes om positive og negative faktorer som har betydning for livskvalitet. Som nevnt over i begrepsavklaringen, har helsetjenestene i dag fått økt fokus på det som har positiv virkning, enn det som trekker mennesket ned. Det er ønskelig at resultatene i denne studien er i relasjon til det løsningsorienterte, derfor vil faktorer som har positiv betydning få fokus.

En kvantitativ undersøkelse måler, mens en kvalitativ går mer i dybden og prøver å beskrive fenomener. I empirisk sammenheng har livskvalitet i hovedsak blitt studert med kvantitativ metode hvor man har tatt i bruk skjemaer under intervjuer eller undersøkelser (Moum & Mastekaasa 2011). I denne litteraturstudien er det tilstrebet å inkludere studier som er utført med begge metoder, noe som vil bli nærmere forklart i kapittel 2.3.

Diskusjonskapittelet består av tre underkapittel. På grunn av oppgavens størrelse er det i kapittelet om resultatdiskusjon blitt diskutert rundt funn som ansees å være mest interessant for undertegnede.

2.0 METODE

Oppgaven er en litteraturstudie noe som innebærer at man systematisk velger, vurderer og analysere resultater fra relevant forskning ut i fra en valgt problemstilling (Forsberg og Wengström 2013). I dette kapittelet beskrives litteratursøkingen og kriterier for utvalg, bearbeiding og kvalitetsvurdering av artikler – inkluderte og ekskluderte, og analyse av hovedfunn. Etske overveielser hører også til metodekapittelet (ibid) og vil derfor bli beskrevet.

2.1 Litteratursøk og kriterier for utvalg

Det er gjort et systematisk litteratursøk, hvor funn er hentet fra vitenskapelige publiserte forskningsartikler funnet i kjente databaser.

For å starte søket måtte søkeord velges. Det ble naturlig å bruke søkeord som det var ønskelig å ha fokus på i oppgaven; «quality of life» og «nursing home». De første søkene ble gjort på høsten 2013 i søkebasene SveMed +, Norart. På grunn av stort antall treff ble det satt begrensinger som «peer reviewed» i SveMed+, hvor treffenes tittel og abstract ble gjennomlest. 5 interessante artikler ble valgt ut. Begrensingen «vitenskapelig artikkel» ble brukt i Norart. Her, som i SveMed+, ble tittel og abstract lest. Dette resulterte til 1 artikkel. På nyåret 2014 ble det gjort nye søk, men da i Medline og Cinahl. De samme søkeord ble brukt i Medline, hvor det også ble et stort treff og ulike begrensinger måtte tas i bruk. Dette sees i tabellen under (tabell 1). Her, likeledes som i første søkeperiode, ble treffenes tittel og abstrakt lest, som førte til 6 utvalgte. På søkeordet «nursing home» i Cinahl, kom alternativet «nursing home patients» opp, og jeg valgte da å bruke dette kombinert med «quality of life» i denne basen. Her ble det også satt begrensinger (tabell 1) på grunn av stort antall treff. Gjennomlesninga av treffenes tittel og abstract ble gjort, som resulterte til 5 artikler. Videre sees i tabell 1. at det ble gjort nye søk 17. mars -14. Dette for å sikre at samme søkeord ble brukt i de største databasene, men her dukket det kun opp interessante artikler som jeg allerede hadde funnet.

Tabell 1.

Dato	Søkebase	Søkeord	Begrensing	Treff	Utvalg
14.10.13	SveMed +	nursing home AND quality of life	- pee reviewed	46	5
14.10.13	Norart	livskvalitet AND sykehjem	- vitenskaplig Artikkel	3	1
20.2.14	Medline	Quality of life AND nursing homes	Abstract "qualitative (best balance of sensitivity and specificity)" Pee reviewed Past 5 years	93	6
23.2.14	Cinahl	Quality of life AND nursing home patients	Pee – reviewed 2004 – 2014 Abstract	136	5
17.3.14	Medline	Quality of life AND nursing home patients		30	0
17.3.14	SveMed+	Nursing home patients AND quality of life	- Pee reviewed	20	0
17.3.14	Cinahl	Nursing homes AND quality of life	-abstract available -research article - 2009-2014	120	0

Søkeprosessen endte med 17 artikler. 11 av artiklene har hensikt og resultater som går direkte på livskvalitet, mens de resterende 6 omhandler livskvalitet på en indirekte måte. Disse 6 ble funnet gjennom bruk av søkeordet livskvalitet og de har også resultater som er av relevans for problemstillingen. De er på grunnlag av dette inkludert med videre i prosessen. En ny artikkel av Gabriel og Bowling (2004; Vedlegg 1) dukket opp i referanselista hos en annen (Cooney m.fl. 2009). Denne søkte jeg opp med tittel i Google scholar og fikk i fulltekst (Google scholar.no 2014). Til slutt ble det altså 18 artikler av interesse som videre skulle bearbeides og kvalitets vurderes.

2.2 Bearbeiding og Kvalitets vurdering

De 18 artiklene skulle nå bearbeides med tanke på relevans for problemstillingen.

Artiklene skulle også igjennom en kvalitetsvurdering. Dette for å sikre at resultatene i denne litteraturstudien er av god nok kvalitet. Til dette ble det brukt flere metoder:

- Problemstilling versus metode: Kunnskapsbasert praksis (2013) skriver at det første man bør gjøre er å sjekke at studien har brukt en passende metode for å finne svar på sin problemstilling eller målet med studien. Dersom ikke, bør den ekskluderes.
- Hellzèen`s vurderingsmal (anbefalt og utlevert av HiNT, vedlegg 3): I denne inngår alt fra årstall for publisering, hvor den ble utført, om den er kvalitativ eller kvantitativ, mål/hensikt, etiske overveielser og studiens omfang, informanter - deltagere/fracfall med mer. Alle de 18 artiklene ble etter beste evne kritisk vurdert med hjelp av denne vurderingsmalen. Etiske overveielser beskriver Thagaard (2009) som svært viktig i en forskning, og spesielt i kvalitativ metode, da man som forsker og informant vil få en direkte kontakt. Likeledes sier Thagaard (2009) at det etiske også blant annet dreier seg om å vise respekt ovenfor andres studier ved å bruke henvisninger. Etiske overveielser ble funnet i alle de 18 artiklene. Det var også ønskelig at studiene ikke var for gammel. En norsk artikkel skrevet av Hovdenes (2002), er muligens litt gammel, men på grunn av relevans valgte jeg å ta den med. Hensikten i to av artiklene hadde ikke relevans for denne litteraturstudien og ble ekskludert (Vedlegg 1). En annen ble ekskludert på grunn av at gruppe informanter ikke tilhørte gruppen denne litteraturstudien tar for seg (Vedlegg 1).
- Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD.no 2014): Dette er en database hvor man med tidsskriftets ISSN – nr. eller tittel, kan søke opp kvalitetsnivået på tidsskriftet. Databasen har et register over autoriserte publiseringskanaler som tidsskrift, serier og forlag (NSD.no 2014). De rangerer etter målesystem 1 til 2, hvor to er rangert høyest kvalitet (UHR.no 2004). Tre av artiklene ble ekskludert da tidsskriftene de ble publisert i ikke ble funnet her (Vedlegg 1).
- Andre vurderinger: Jeg har søkt opp hver artikkel i Google scholar, en søkebase, hvor man også kan se om artiklene har blitt sitert av andre (Google scholar.no 2014). Dette

tenker jeg kan være et kvalitetstegn for den enkelte artikkel. Thagaard (2009) skriver at det er en styrke for reliabiliteten dersom studien innebærer flere forfattere. Samtidig synes jeg det som en styrke om artiklene har en liten presentasjon av forfatterne og evt. hvordan de kan kontaktes. Fire artikler hadde kun én forfatter, hvorav en ble ekskludert da den heller ikke var registrert igjennom NSD (vedlegg 1).

2.3 Inkluderte og ekskluderte artikler

Bearbeidingen og kvalitetsvurderingen førte til 6 ekskluderte artikler. De 12 andre ble vurdert til å ha god nok kvalitet og relevans.

Blant de inkluderte er det 5 norske og 2 fra Irland. De andre er fra Taiwan, Island, Hong Kong, New York og Canada.

De inkluderte representerer både kvalitativ og kvantitativ metode hvorav det er seks av hver. Kvalitativ forskning er ute etter å gå i dybden og vektlegger betydning av ulike fenomener. Metoden er ute etter det som ikke kan måles og forskeren søker en forståelse av sosiale fenomener. Metoden har færre informanter og innebærer også en nær kontakt mellom forsker og informant. Mens en kvantitativ har et større antall deltagere og det er mer distanse mellom forsker og informant. Den kvantitative metoden er ute etter å måle, og vektlegger utbredelse og antall (Thagaard 2009). Forsberg og Wengström (2013) sier at problemstillingen bestemmer om man er ute etter kvantitative eller kvalitative studier. I denne studien kan det være hensiktsmessig å ha begge deler da man i problemstillingen er ute etter faktorer for livskvalitet, som det kan tenkes at man finner ved kvantitative metoder. Samtidig spør problemstillingen etter faktorer av betydning, hvor det kan tenkes at kvalitative kan komme med mer utdypende beskrivelser av faktorer.

Skjematisk oversikt over de ekskluderte med årsak og de inkluderte sees i vedlegg 1. I skjema over de inkluderte er også kvaliteten vurdert. Da alle ble vurdert til å være gode nok, blir kvaliteten vurdert i skjemaet etter NSD`s nivå på tidsskriftet.

Eksempel:

Forfatter, årstall, land	Slettebø (2008) Norsk
Studiens hensikt	Undersøke hvordan beboere opplever livet sitt i sykehjem
Design	Kvalitativ studie

Analysemetode	Intervju – Innholdsanalyse
Deltagere/frafall	N= 14
Hovedresultat	«Trygg, men ensom» beskriver hovedfunn i studien. Resultatet tyder på at den største utfordringen er opplevelse av livet som ensomt og lite kontakt med venner, familie og sykepleiere.
Kvalitet	1

2.4 Analyse av hovedfunn

Fremgangsmåten i denne studien innebærer de to første fasene, litteratursøket og bearbeiding og kvalitetsvurderingen, som er blitt beskrevet tidligere (jf. 2.1; 2.2.). Siste fase i prosessen, er å analysere interessante hovedfunn i de inkluderte artiklene.

Etter å ha lest artiklene ble det flere felles tema som gikk igjen. Dette ble kategoriene. Sub-kategoriene ble til gjennom å spørre seg hva det i dybden av funnet og kategorien egentlig handler om. Dette kan være påvirket av min forforståelse og erfaring fra egen praksis. Et eksempel kan være kategorien *følelser*, hvor det da i en studie vokste fram *mestring* og *respekt* som sub-kategorier.

Vedlegg 2 viser skjematisk oversikt over analyse av hovedfunn i de 12 artiklene.

Eksempel:

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Bondevik (2012) Norsk	Livet kan oppleves godt og meningsfullt i høy alder. Det gode liv omhandler hvordan man mestrer sin aktuelle livssituasjon.	Mestring	Følelser
	«Jeg får styre dagen min selv. Jeg liker å være lenge oppe. Jeg er eldst her og legger meg sist». Respekt bidrar til en følelse av å bli verdsatt.	Respekt	Følelser

2.5 Ethiske overveielser

Blant de inkluderte artiklene er det et overtall av utenlandske artikler. Problemstillingen i denne litteratur studien spør ikke spesifikt etter faktorer for beboere i norske sykehjem. I tillegg vurderes livskvalitet ulikt og knyttes til enkeltmennesket (jf. 1.2.1). Det tolkes dithen at fenomenet avhenger mer om hvordan man er som menneske, enn fra hvilket land man kommer ifra. Derfor er studiene inkludert. Allikevel må hensyn til kulturforskjeller være med når artiklene vurderes og resultater leses, særlig med tanke på kulturenes normer og økonomiske forhold da dette kan påvirke livskvaliteten (Næss 2011a).

Når man skal skrive tekst er det viktig at man viser respekt for andres arbeid. Dette gjør man blant annet ved å henviser til kilden man har brukt (Ringdal 2012). Dette har vært et stort fokus under oppgaveskrivingen. I diskusjonskapitlet har jeg i størst mulig grad valgt å unnlate henvisninger som går på resultatet i studien, da disse henvisningene allerede finnes i resultatkapitlet. Men jeg henviser i den form at jeg skriver at Likevel er det steder i diskusjonen hvor jeg ikke viser til resultatdelen, og derfor har måttet henviser til den spesifikke forfatter.

Videre er det også viktig at man leser materialet godt og prøver å gjengi på en mest mulig korrekt måte (Ringdal 2012). Det er prøvd som best å følge dette, men da et flertall av de inkluderte artiklene er skrevet på engelsk kan det ha oppstått misforståelser underveis. Engelsk-norsk ordbok er blitt tatt i bruk som hjelpemiddel (Svenkerud 1995).

Det er også gjort en vurdering om det er etisk riktig å trekke ut funn i forskningsartiklene og unnlate funn i studiene som ikke er relevante for denne litteraturstudien. Det kan være at helheten i forskningsartikkelen da ikke blir tydelig. Likevel er dette blitt gjort i noen av forskningsartiklene, da på grunn av relevans og oppgavens størrelse.

Dette kan sees dersom man sammenligner vedlegg 1, inkluderte artikler, med vedlegg 2, analyse av hovedfunn. Et eksempel på dette kan være studien gjort av Burack m.fl. (2012) hvor studiens hensikt er å finne ut av hvilke faktorer for livskvalitet som har mest sammenheng med hvor tilfreds sykehjemsbeboerne er. I vedlegg 1 beskrives kort at funnene verdighet, åndelig velvære og matglede var framtrepende og viktige faktorer for tilfredsheten hos sykehjemsbeboerne. I forhold til hvor tilfredse de var med de ansatte, var verdighet den viktigste faktoren. I analysen av hovedfunn (vedlegg 2) er det kun verdighet som blir beskrevet.

3.0 RESULTAT

Under dette kapitlet vil resultatet bli beskrevet ut i fra kategoriene som er analysert frem. Under hver kategori vil sub-kategoriene også bli nevnt. Fem hovedkategorier kom frem etter analyse av de 12 artiklene, som kan vise hvilke faktorer som er av betydning for livskvaliteten hos beboere i sykehjem;

- Følelser
- Relasjoner
- Helsetilstand
- Aktivitet
- Fysisk miljø

Som beskrevet under kapittel 2.3, kan det for denne problemstillingen være av interesse å se på både kvantitative og kvalitative studier for å finne svar. Resultatet er blitt til gjennom 6 av hver. I de kvantitative studiene kommer faktorene tydelig fram, som da utgjør kategoriene relasjoner, aktivitet, følelser, helsetilstand og fysisk miljø. Kategoriene kommer også fram i de kvalitative studiene men funnene er da mer beskrivende og hvor følelser blir den mest gjentatte kategorien. Kategoriene flyter lett over i hverandre og har vært en utfordring å skille.

3.1 Følelser

Denne kategorien er den største av de fem kategoriene og finnes i 9 av 12 artikler. Sub-kategoriene her er; følelse av respekt, selvfølelse, trygghetsfølelse og mestringsfølelse.

3.1.1 Respekt

Respekt er en av de største sub-kategorien og tilhører i 4 av artiklene.

En kvantitativ studie gjort blant sykehjemsbeboere i Taiwan viser at beboere som opplever myndig-gjørende omsorg, har bedre livskvalitet enn andre (Yu-Ching m.fl. 2006) Når man mottar helsehjelp er det viktig å kunne føle at man fortsatt kan styre dagen selv (Bondevik 2012a). Å få ta egne valg eller medvirke i avgjørelser på tross av at man er avhengig av hjelp beskrives også som selve kjernen for opplevd livskvalitet (Cooney m.fl. 2009). Det er også av

betydning å føle seg respektert gjennom å bli sett på et eget unikt individ, og ikke generalisert som en av mange i sykehjemmet (Hjaltadóttir & Gustavfsdóttir 2007).

3.1.2 Selvfølelse

Sub-kategorien er funnet i 3 artikler.

En kvantitativ studie gjort i New York har funnet verdighet som en av de viktigste faktorene relatert til det å trives i sykehjem. Og da beskrivende som opplevd verdighet i møtet med personalet (Burack m.fl. 2012). Dette kan videre utdypes med resultater fra en kvalitativ norsk studie gjort av Hovdenes (2002) hvor beboere beskriver at personalet kan bidra til mening i hverdagen gjennom gode samtaler, formidle vennlighet og kjærighet og legge til rette for delaktighet. Relasjoner, omsorg, respekt og verdighet bidrar med positiv selvfølelse, mens negative følelser handler mye om tap av relasjoner, eget hjem, funksjon og alder (Cahill & Diaz-Ponce 2011).

3.1.3 Trygghet

En norsk kvalitativ studie har resultater hvor det beskrives av informanter at mange eldre føler seg utrygge i sine hjem (Slettebø 2008). På sykehjem er det trygt å være, da de har mulighet til å få hjelp når de trenger det (Slettebø 2008; Hjaltadóttir & Gustavfsdóttir 2007).

3.1.4 Mestring

Livet kan oppleves godt og meningsfullt i høy alder, men det handler hvordan man mestrer sin aktuelle livssituasjon (Bondevik 2012a). En kvalitativ studie gjort blant sykehjemsbeboere i Canada viser at hverdagslige aktivitet, eller aktivitet hvor beboeren kan bidra, gir følelse av mestring (Welsh m.fl. 2012).

3.2 Relasjoner

Kategorien, relasjoner, går igjen i 8 av de tolv artiklene og innebærer sub-kategoriene; kontakt med familie, kontakt med personalet og kontakt med andre.

3.2.1 Kontakt med familie

Forskningsresultater viser at familie er av stor betydning for livskvaliteten

(Hjaltadóttir & Gustavsdóttir 2007; Haugland m.fl. 2013; Cahill & Diaz-Ponce 2011; Welsh m.fl. 2012; Cooney m.fl. 2009; Yu – Ching m.fl.2006). Å opprettholde kontakten med familien gir livet mening (Welsh m.fl. 2012.) Og en kvalitativ studie fra Island får fram at kontakt med familie kan bidra til en følelse av verdi – at de fortsatt har en betydning for sine nærmeste (Hjaltadóttir & Gustavsdóttir 2007).

En kvantitativ forskning gjort av Haugland m.fl. (2013) viser at kontakten med egne barn er sentral, men beskriver også at kvaliteten på relasjonen er viktigere enn hyppigheten av kontakt. I en kvantitativ studie utført i Taiwan viser resultatet at det er en ressurs å være gift, da det viser seg at dette har påvirkning for livskvaliteten hos enkelte (Yu-Ching m.fl. 2006). I en studie hvor man ser på forskjeller på livskvalitet i relasjon til grad av kognitiv svikt, ser det ut til at savnet etter familien er sterkest hos sykehjemsbeboere med større kognitiv svikt (Cahill & Diaz-Ponce 2011).

3.2.2 Kontakt med personalet

En god kontakt og relasjon med pleiere i sykehjem kan for noen være av stor betydning for hvordan de har det på sykehjem og opplevd livskvalitet (Hovdenes 2002; Slettebø 2008; Cahill & Diaz-Ponce 2011; Welsh m.fl. 2012; Cooney m.fl. 2009). For beboere med mild til moderat kognitiv svikt har denne type relasjon større betydning enn for de med langt kommen kognitiv svikt (Cahill & Diaz-Ponce 2011). Kontakt med personalet og god samhandling bidrar til følelse av mening i livet gjennom delaktighet, gode samtaler, vennlighet og kjærlighet (Hovdenes 2002). Utfordringen som mange beboere opplever kan være at personalet ikke har tid til lengre samtaler eller aktiviteter som ikke er knyttet til spesifikke gjøremål (Slettebø 2008).

3.2.3 Kontakt med andre

For enkelte beboere kan også vennskap og gode relasjoner til beboere være av betydning (Cahill & Diaz-Ponce 2008; Cooney m.fl. 2009). Noen beboere viser også ansvar for dårligere med beboere, som kan virke positivt for den enkelte (Cahill & Diaz-Ponce 2008).

3.3 Helsetilstand

I fem av de tolv artiklene kommer kategorien helsetilstand fram. Under her ligger sub kategoriene; Funksjonsnivå og somatisk tilstand.

3.3.1 Funksjonsnivå

I en kvalitativ studie som søker betydningen av medvirkende faktorer for livskvalitet, kommer det fram at enkelte eldre synes det er viktig å ivareta gjenværende fysiske ressurser. Dette fordi graden av avhengighet har en innvirkning på den opplevde livskvaliteten (Cooney m.fl. 2009). Samtidig som den fysiske funksjonen er viktig, viser også en kvantitativ studie at også den kognitive funksjonen en betydning for livskvaliteten (Yu-Ching m.fl. 2006). Dette beskrives også i en kvalitativ studie hvor beboere med større kognitiv svikt føler seg mer triste, ensomme, har problemer med og føle seg som hjemme samt problemer med å tilpasse seg (Cahill & Diaz-Ponce 2011).

3.3.2 Somatisk tilstand

En norsk studie viser at beboere med et enklere sykdomsbilde, færre diagnoser, rapporterer om bedre livskvalitet (Drageset m.fl. 2009). I tillegg kan fysisk smerte påvirke den mentale helsen. Det viser en studie gjort i Hong Kong hvor de blant annet studerer smertens betydning for den psykiske helsen. Resultater her viser at beboere som opplever smerte, føler seg mer ensomme og deprimerte (Tse m.fl. 2011).

3.4 Aktivitet

Kategorien, aktivitet, finnes i 4 av artiklene og er inndelt i to sub kategorier; individuell aktivitet og felles aktivitet.

3.4.1 Individuell aktivitet

En kvantitativ studie gjort i Norge viser at beboere med hobbyer eller spesielle interesser har høyere livskvalitet enn andre beboere (Drageset m.fl. 2009). Dette beskrives bedre i en kvalitativ studie gjort i Irland, hvor enkelte informanter synes individuelle aktiviteter er av større betydning for livskvaliteten, enn aktiviteter som skal inkludere mange og som er

tilpasset alle (Cooney m.fl. 2009). Ustrukturerte aktiviteter som å se på tv, strikke, lese og snakke med folk er eksempler på individuell aktivitet. Likeledes er det flere beboere, spesielt gruppen med mild til moderat kognitiv svikt, som formidler at det å komme seg ut av sykehjemmet er av stor verdi (Cahill & Diaz-Ponce 2011). Hverdagslige aktiviteter er type aktiviteter som beskrives å gi mer mening for beboeren. De får følelsen av å kunne bidra, og kan oppleve mestring og økt selvfølelse (Welsh m.fl. 2012).

3.4.2 Felles aktivitet

Felles aktiviteter er ønskelig for noen beboere da det til tider kan bli kjedelig for noen sykehjemsbeboere (Cahill & Diaz-Ponce 2011). Men enkelte mener at slike felles aktiviteter, som for eksempel bingo, kun er et tidsfordriv og ikke har så stor verdi (Welsh m.fl. 2012). Aktiviteter hvor det innebærer flere deltagere bør helst bestå av deltagere som har samme kognitive nivå (Cooney m.fl. 2009)

3.5 Fysisk miljø

Denne kategorien kommer frem i fire av artiklene. Her er sub kategoriene; egne rom og hjemmekoselige atmosfære.

3.5.1 Egne rom

Å ha eget rom er viktig for sykehjemsbeboeren (Cahill & Diaz-Ponce 2011; Hjaltadóttir & Gustavsdóttir 2007; Cooney m.fl. 2009). Det er viktig å kunne trekke seg tilbake fra felles areal til sitt eget rom, et rom som de kan forme som sitt eget og føle seg hjemme i (Cooney, m.fl. 2009; Cahill & Diaz-Ponce 2011). En kvalitativ studie gjort på Island har resultater som sier at noen beboere som ikke har så stor kognitiv svikt kan synes at andre demente beboeres oppførsel kan være forstyrrende. Da vil det være av stor verdi å ha et eget rom å trekke seg tilbake på (Hjaltadóttir & Gustavsdóttir 2007). Å ha eget rom kan gi følelsen av autonomi, uavhengighet og kontroll over eget liv (Welsh m.fl. 2012).

3.5.2 Hjemmekoselig

For beboere i sykehjem, og spesielt for de med mild til moderat kognitiv svikt, er det viktig at sykehjemmet har en hjemmekoselig atmosfære. Da har de større sjanse til å føle seg som hjemme og de uttrykker at de er heldige som får bo der (Cahill & Diaz-Ponce 2011).

4 DISKUSJON

Dette kapittelet er delt inn i tre underkapittel, hvor det diskuteres resultat, metode og tilslutt en generell diskusjon med avslutning. I resultatdiskusjonen har det blitt valgt å dele inn i kategoriene relasjoner, helsetilstand, aktivitet og fysisk miljø. Begrunnelse for dette kommer jeg nærmere inn på innledningsvis i underkapittelet. Interessante resultat diskuteres, samt at annen teori er blitt dratt inn for å belyse funn. I metodediskusjonen kommer jeg inn på styrker og svakheter med studien. I tillegg vil det kort diskuteres om generalisering av resultater. Til slutt vil den generelle diskusjonsdelen ta for seg studiens verdi. Her vurderes det hva den har tilført og dens betydning relatert til kunnskapsutvikling i psykisk helsearbeid. Forslag til videre arbeid innen feltet vil også nevnes kort. Dette kapittelet er også en avslutning på oppgaven.

4.1 Resultatdiskusjon

Hvilke faktorer har betydning for livskvaliteten hos sykehjemsbeboeren?

Resultatet viser at positive følelser har svært stor betydning for å oppleve god livskvalitet og sub-kategorier relatert til dette er respekt, selvfølelse, trygghet og mestring (jf. kapittel 3.1). Disse tenker jeg kan relateres til de psykologiske behov som Maslow visualiserte med sin behovspyramide. De psykologiske behovene i pyramiden var tilhørighet, kjærlighet, verdsettelse og selvaktelse, og kan også kalles sosiale eller relasjonelle behov (ref. Steen-Olsen 2003). Maslow visualiserte de fysiologiske behovene som selve grunnmuren i pyramiden, men de psykologiske behovene var også av svært stor betydning for mennesket (ibid). I likhet med udekkede fysiologiske behov, kunne udekkede psykologiske behov føre til dårlig helse og lidelser hos mennesket (ibid).

Følelser er en av fem faktorer som har betydning for livskvalitet. De fire andre er relasjoner, helsetilstand, aktivitet og fysisk miljø (jfr. Kapittel 3.0). Gjennom arbeidspraksis har jeg erfart at de ulike følelsene kan oppnås gjennom disse fire faktorene. Derfor er det valgt å dele inn diskusjonen i disse fire faktorene, for så å trekke inn sub-kategoriene til kategorien følelser.

4.1.1 Relasjoner

Mennesket er et sosialt vesen, derfor er kontakt med andre mennesker en svært viktig faktor for psykisk helse (Eriksson 2012). Mine funn viser at relasjoner utgjør den nest største faktoren som har betydning for livskvalitet (jf. kapittel 3.2.)

I resultatets kapittel 3.2.1, leser vi at kontakt og relasjon til familien er viktig og den kan påvirke verdifølelsen hos sykehjemsbeboeren. Dette ser jeg også i praksis; jeg opplever ofte savn og spørsmål etter familie fra beboerne, og enkelte har formidlet til meg at de er glemt av sin familie. Årsaken til dette savnet og etterspørselen får vi kanskje svar på i den irske studien som viser at grad av savn følger grad av kognitiv svikt (Cahill & Diaz-Ponce 2011), noe jeg ser stemmer med min praksis. Jeg tenker at det i forhold til dette kan være hensiktsmessig å bevisstgjøre familien om deres betydning for den demente, men samtidig passe på så dette ikke går utover pårørende sin samvittighet. Min erfaring er at kommunikasjon og et godt samarbeid med pårørende kan bidra til gjensidig forståelse for situasjonen til den demente. Som team tenker jeg at pleier, pårørende og beboeren sammen kan lage individuelle aktivitetsplaner for beboere. Muligens kan dette bidra til gode og innholdsrike dager for den demente der savnet av familien reduseres. Individuell aktivitetsplan vil jeg komme nærmere inn på under 4.1.3.

For kognitivt friske viser den norske studien av Haugland m.fl. (2013) at kvalitet på relasjonen er viktigere enn hyppigheten av besøk. Resultat viser at beboerens relasjon til personalet har en viktig betydning for livskvaliteten (jf. kapittel 3.2.2.). Studier under sub-kategorien selvfølelse tydeliggjør betydningen av relasjon og samhandling mellom pleiere og beboer (jf. kapittel 3.1.2). Den islandske studien beskrives også at beboerne føler seg respektert i samhandling med pleiere, gjennom å bli sett på som et eget unikt individ (Hjaltadóttir & Gustavsdóttir 2007). Min erfaring fra praksis er at konflikter og dårlig samarbeid mellom pleier og beboer, spesielt med demente, har ført til sinne og uro hos beboeren. Det kan tenkes at det er opplevelsen av respekt som rammes. Dette utsagnet kan støttes av et annet funn i studien som sier at selve kjernen for opplevd livskvalitet handler om den respekten beboeren blir vist når vedkommende får ta egne valg og medvirke i avgjørelser, på tross av helsesvikt (Cooney m.fl. 2009). Pleierens holdninger og menneskesyn er av stor betydning for omsorgen som gis (Bondevik 2012b). I relasjon og samarbeid med beboeren er det viktig at pleieren har fokus på brukerperspektivet i samhandling med pasienten (Røkenes & Hansen 2012). En brukerorientert praksis, som tar hensyn til enkeltmenneskets meninger

og subjektive opplevelser, kan gi en god relasjon til pasienten (ibid). Røkenes og Hansen (2012) beskriver videre at dette fører til at pasienten blir en samarbeidspartner som føler seg sett og hørt. Det må også understrekes at brukermedvirkning også er en rettighet som er forankret i Pasient- og brukerrettighetsloven (Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 § 3-1). Min erfaring er at med økt fokus på samhandling og brukermedvirkning oppleves sjelden konfrontasjoner og vanskelige situasjoner. Tiden til rådighet kan derimot sette begrensning for kvaliteten på relasjonen mellom meg og beboeren. Dette kommer også fram i den norske studien gjort av Slettebø (2008) hvor beboere opplever at personalet ikke har tid til de verdifulle samtalene.

4.1.2 Helsetilstand

Helse- og funksjonstap er typiske tap som kommer med alderen, og disse kan redusere livskvaliteten (Nordhus 2012). I tilstandsrapporten om psykisk helse i Norge ble det sett en opphopning av faktorer blant de eldre, deriblant faktoren helsetilstand (Nes & Clench-Aas 2011). I min litteraturstudien kommer helsetilstand frem i fem av tolv artikler, noe som tydeliggjør at helsetilstand er en faktor som kan ha betydning for sykehjemsbeboerens livskvalitet (jf. kapittel 3.3). To funn er at komorbide sykdommer og smerter kan påvirke livskvaliteten hos enkelte (jf. kapittel.3.3.2). Likeledes viser studier at redusert kognitiv funksjon og graden av den, påvirker livskvalitet (jf. kapittel 3.3.1). «*Det kjennes ydmykende å søke hjelp –et nederlag. Jeg hadde håpet å mestre flere av problemene på egenhånd*» (Hummelvold 2012 s. 33). Å mestre problemer er av stor verdi for enkeltmennesket i samfunnet. Blir mennesket pasient kan det virke negativt på selvbildet (Hummelvold 2012). I den ene studien fra Irland viser funn at ivaretagelse av gjenværende ressurser er viktig (Cooney m.fl. 2009), og i den andre studien bevisstgjøres vi om at dårlig selvfølelse nettopp kan være relatert til tap av funksjoner (Cahill & Diaz-Ponce 2011). Dårlig selvfølelse på grunn av redusert helsetilstand tenker jeg kan forebygges i sykehjem blant annet gjennom samhandling og individuell tilpasset tilrettelegging av aktiviteter. Dette kommer jeg nærmere inn på i kapittel 4.1.3.

Trygghet er en annen sub-kategori i resultatdelen som kan tydeliggjøre helsetilstandens betydning. To av studiene viser at noen beboere synes det er trygt å være på sykehjem, på grunn av vissheten om at de kan få hjelp når de trenger det (Jf. kapittel 3.1.3).

Erfaringsmessig kan dette oppleves når beboere på korttidsopphold skal reise hjem. Det kan være at beboeren uttrykker ønske om et lengre opphold eller ønsker hjelp til å søke fast plass.

Det er også blitt observert at noen beboere føler seg dårligere bare noen dager før hjemreise. I praksis ser jeg at pleieren i hjemmesykepleien ikke er tilgjengelig i like stor grad som pleieren i sykehjemmet. Jeg tror pleierens tilgjengelighet og nærhet på et sykehjem kan bidra til en følelse av trygget, som beboeren vet ikke er der når de er hjemme hos seg selv.

4.1.3 Aktivitet

Som nevnt innledningsvis i studien har aktivitet i sykehjem fått økt fokus. I denne studien kommer aktivitet frem som faktor i fire studier (jf. kapittel 3.4). Selvfølelse er en følelsesmessig opplevelse av ens egen identitet i et bestemt øyeblikk, eller hvordan man opplever seg selv uavhengig av andre (Store medisinske leksikon 2013). Funn i denne litteraturstudien får fram at viktigheten av individuell aktivitet, eller aktiviteter hvor beboerne kan hjelpe til, gir en verdifull følelse av mestring. Dette kan bidra til mening i hverdagen samt gi økt selvfølelse (jf. kapittel 3.4.1).

Min erfaring er at når det legges til rette for aktivitet som beboeren er interessert i, oppleves det et større engasjement og glede hos den enkelte beboeren. I praksis fra sykehjem ser jeg at individuell aktivitetsplan har fått større fokus da vi som helsepersonell har nok fått et økt fokus på dette gjennom utviklingen mot å bli sertifisert som livsgledesykehjem. Men når det gjelder felles aktiviteter er vi nok noe dårlig til å vurdere deres samhandlingsevne med tanke på kognitiv fungering. Resultat i min studie påpeker at det er viktig at beboerne er på samme kognitive nivå (Cooney m.fl. 2009). Betydningen ser jeg også i min praksis; ofte har deltagerne problemer med å delta i aktiviteten dersom det er forskjeller på kognitiv funksjon, og ikke sjelden trekker enkelte seg tilbake til sine egne rom. Kanskje har aktiviteten da påvirket selvfølelsen og mestringsfølelsen negativt. På grunnlag av dette tenker jeg at det er viktig at pleierne er bevisst på å sette sammen aktivitetsgruppen ut i fra kognitivt nivå, eller delta i aktiviteten sammen med dem, slik at de klarer å samhandle.

Når beboere mottar myndig gjørende omsorg og får følelsen av å styre dagen sin selv, opplever de respekt (jf. kapittel 3.1.1). Det er et helsepolitisk mål at pasienter får leve et mest mulig normalt liv, som gir mulighet til deltagelse og en følelse av mestring i eget liv (Gammersvik m.fl. 2013). I forebygging av psykiske lidelser hos eldre handler det om å fremme livskvalitet igjennom et økt aktivitetstilbud (ibid). Å styrke det tverrfaglige arbeidet i kommunene er derfor viktig for det helseforebyggende arbeidet, som også påpekes i stortingsmelding nr. 34, *Folkehelsemeldingen God helse- felles ansvar* (St.meld.nr 34 2012 –

2013). Kommunikasjon og samarbeid med lokalsamfunnet er et viktig utgangspunkt i psykisk helsearbeid for eldre (Eriksson 2012). Ulike aktører og frivillige organisasjoner er her av svært stor verdi (Gammersvik m.fl. 2013). Med sertifiseringen som livsgledesykehjem opplever jeg en positiv utvikling mot et bedre samarbeid med lokalsamfunnet for å få et bredere tilbud av aktiviteter. Selv om dette arbeidet er i gang, opplever jeg at denne organiseringen tar tid.

4.1.4 Fysisk miljø

Eget rom kan gi en opplevelse av uavhengighet, autonomi og kontroll (Welsh m.fl. 2012). Oppførselen hos alvorlig demente beboere kan være forstyrrende hos andre og da er det godt å kunne trekke seg tilbake til sitt eget rom (Hjaltadóttir & Gustavsdóttir 2007). Som kjent er ca. 80% av dagens beboere i sykehjem demente (jf. kapittel 1.2.1.) Erfaringsmessig er det i dag enkelte kognitivt friske, eller mildt kognitivt svekket, som må dele rom med andre og ofte andre demente. Jeg tenker at dette påvirker selvfølelsen og respektfølelsen hos den enkelte beboer. Verdighet er i denne litteraturstudien tolket inn under sub-kategorien selvfølelse og funn i min studie viser at verdighet er en viktig faktor for å ha det bra (jf. kapittel 3.1.2). Jeg vil derfor poengtere viktigheten av at helsepersonell reflekterer over verdigheten i det å dele rom med en ukjent over lengre tid, hvor muligheten for en god relasjon kanskje ikke er tilstede.

4.2 Metode diskusjon

Kvaliteten på denne studien kan ansees som god i den grad man tenker på hva som er grunnlag for resultatet. Artikkene er funnet i anerkjente databaser og er kvalitetsvurdert (jf. kapittel 2), noe som kan være en styrke. Likeledes kan en styrke for studien være problemstillingen og resultatene som har fokus på noe som er i samsvar med nasjonale mål, nemlig å bedre de eldre sin psykiske helse (Gammersvik m.fl. 2013). I begrepsavklaringen er det forklart at begrepet «sykehjemsbeboere» dekker alle i sykehjem. Man kan velge å se det som en styrke at studien er åpen i sin problemstilling i forhold til informanter, da det kan tenkes at man kan fange opp nyttig informasjon fra andre beboere enn bare hos en spesifikk gruppe.

Som forfatter av denne litteraturstudien må det erkjennes at denne studien er den første litteraturstudien som er blitt utført, noe som betyr at jeg langt ifra er dreven i utførelsen. Men det er tilstrebet et så godt produkt som mulig ut i fra mine forutsetninger. Svakheter i studien kan på grunnlag av dette være flere. En svakhet kan være søkeprosessen og de utvalgte artiklene. Det kan tenkes at utvalget av artikler hadde blitt noe annet dersom jeg hadde brukt andre søkeord og hadde hatt større kunnskap om søking i databaser. Jeg opplever også at en svakhet med en slik studie er at jeg som forfatter står i fare for å bli for farget av egen erfaring og kunnskap. Det må derfor understrekes at det er min tolkning gjennom analyse av artiklenes resultater, som svarer på problemstillingen i oppgaven. Det kan tenkes at en annen leser ville tolket resultatene annerledes.

En annen utfordringen, og mulig svakhet, er at flere studier som ligger til grunn for resultatet er skrevet på engelsk. Dette stiller krav til språk kunnskap og bruk av gode hjelpemiddel. Som beskrevet tidligere er det tilstrebet å forstå engelsken så godt som mulig (jf. kapittel 2.5).

Generalisering av resultatet i denne litteraturstudien mener jeg man skal være forsiktig med. Dette er ikke bare på grunn av mulige svakheter ved studiens metode og mulige kulturforskjeller i de inkluderte studiene (jf. kapittel 2.5), men også på grunn av begrepet livskvalitet, som er beskrevet som en subjektiv og individuell opplevelse (jf. kapittel 1.0).

4.3 Generell diskusjon og avslutning

Som nevnt innledningsvis i denne studien er det rettet et økt fokus på eldreomsorgen og deres psykiske helse, etter at den oppleves å ha blitt nedprioritert (jf. kapittel 1.0). Nasjonal veileder sier at gode tjenester skal gis ved at helsetjenester understøtter selvfølelse og verdighet ved å vise respekt og gode holdninger ovenfor den enkelte (Gammersvik m.fl. 2013). Aktiviteter og tjenester bør være individuelt tilrettelagt, som på den måte kan styrke muligheten for mestring i situasjonen den eldre befinner seg i (ibid). Veilederen tar for seg at forebygging av psykisk lidelse hos eldre omhandler mye av det resultatet i denne litteraturstudien viser. Dette være å tilrettelegge for relasjoner, aktiviteter og et miljø som bidrar til gode følelser som selvfølelse, respekt og mestring. I tillegg ser jeg at Stortingsmelding nr. 29, *Morgendagens omsorg*, har også en tydelig inkludering av eldre i sykehjem med i plan (St. meld. nr.29 2013).

Man skal være forsiktig med generalisering av resultater i denne litteraturstudien (jf. kapittel 4.2). Men i sin helhet tenker jeg at studien kan bidra til at vi som helsepersonell blir oppmerksomme på hva som kan ha betydning for livskvaliteten hos beboere vi møter i arbeidshverdagen. Denne studien har tydeliggjort hva som kan bidra til positive følelser. Kunnskap om dette er også tråd med det psykiatrien i dag har fått økt fokus på i tjenestetilbudet, nemlig leting etter det som bidrar til positive opplevelser hos enkeltmennesket (Næss 2011b).

Forslag til videre forskning etter denne litteraturstudien kan være kvantitative studier som måler livskvalitet før og etter et økt fokus på de viktige faktorene. I og med at relasjon er den kategorien som finnes i flest studier foruten kategorien følelser, hadde det vært interessant å gjort en kvantitativ studie som ser på effekten av økt fokus på relasjoner hos sykehjemsbeboere. Slik jeg ser det er det i flere av de kvantitative studiene brukt pålitelige måleverktøy for livskvalitet. Det kan benyttes både på demente med ulik grad av kognitiv svikt og beboere som ikke er rammet av demens. Under mitt litteratursøk dukket det opp mye forskning som var relatert til demens, men mindre opp imot andre kognitivt friske i sykehjem. Det kan tenkes at det er viktig å gjøre livskvalitetsstudier i sykehjem som inkluderer også denne gruppen, slik at de ikke blir glemt.

Gjennom denne litteraturstudien har jeg lært at livskvalitet kan la seg måle. En bedre kartlegging av den enkeltes opplevde livskvalitet kan være en interessant og viktig implementering der hvor jeg jobber. Kvaliteten på omsorgen får kanskje mye fokus, mens den opplevde livskvaliteten i praksis blir glemt. Muligens tolker vi den i stedet for å undersøke den, men ved å være mer nysgjerrig på den opplevde livskvaliteten kan vi kanskje få verdifull kunnskap om hva beboere savner eller verdsetter. På denne måten mener jeg vi kan fremme livskvaliteten og forebygge psykiske lidelser hos sykehjemsbeboeren.

LITTERATURLISTE

- Bondevik, M. (2012a) *Livskvalitet hos norske hundreåringer*. [Online] Geriatrisk sykepleie, 2/2012. s.6 – 24
- Bondevik, M. (2012b) Sykepleie til eldre – grunnleggende prinsipper. I: Bondevik M. & Nygaard, H.A. (red) *Tverrfaglig geriatri En innføring* (s. 143) 3.utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Burack, O.R., Weiner, A.S., Reinhart J.P. & Annunziato, R.A. (2012) What Matters Most to Nursing Home Elders: Quality of Life in the Nursing Home. *JAMDA* 13:2012 s. 48-53
- Cahill, S. & Diaz-Ponce, A.M. (2011) I hate having nobody here. I'd like to know where they all are: Can qualitative research detect differences in quality of life among nursing home residents with different levels of cognitive impairment? *Aging & mental Health* 15:5; 2011 s 562 -572 [Medline]
- Christensen, K. (2012) Aldring sett i et sosiologisk perspektiv. I: Bondevik M. & Nygaard H.A. (red) *Tverrfaglig geriatri En innføring* (s. 33) 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Cooney, A., Murphy, K. & O`Shea, E. (2009) Residents perspectives of the determinants of quality of life in residential care in Ireland *Journal of Advanced Nursing* 65(5) 2009 s.1029- 1038 [Medline]
- Daatland, S.O.(2011) Den søte alderdom. I: Næss S., Moum T. & Eriksen J. (red) *Livskvalitet – Forskning på det gode liv* (s. 184) Bergen: Fagbokforlaget.

Drageset, J., Natvig, G.K., Eide, G.E., Clipp, E.C., Bondevik, M., Nordtvedt, M.W. & Nygaard, H.A. (2008) Differences in health – related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway *Journal of Clinical Nursing* 17, 1227 – 1236 (2008).

Drageset, J., Natvig, G.K., Eide, G.E., Bondevik, M., Nordtvedt, M.W. & Nygaard, H.A. (2009) Health – related quality of life among old residents of nursing homes in Norway. *International Journal of Nursing Practice*, 15; 2009 s. 455-466

Folkehelseinstituttet (2013) *Forskning på livskvalitet, trivsel og velvære* [Online] fhi.no

Tilgjengelig fra:

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,8727&List_6212=6218:0:25,8787:1:0:0::0:

(Lastet ned: 1. mai 2014)

Forsberg C. & Wengström Y. (2013) *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Natur och Kultur.

Gammersvik, B., Torgunrud, H. & Sjøly, M. (2013) *Forebygging, utredning og behandling av psykiske lidelser hos eldre* [Online] Helsedirektoratet.no Tilgjengelig fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/Om/hoyringar/Documents/IS-2099%20Eldreveileder.pdf> (Lastet ned 2. april 2014)

Google scholar.no (2014) *Google scholar* [online] Tilgjengelig fra: <http://scholar.google.no/> (Lastet ned 15. Januar 2014)

Haugland B. O., Drageset J. & Natvig G.K. (2013) Samanhengen mellom helselatert livskvalitet og kontakt med egne barn hos kognitivt klare sjukeheimsbebuvarar. *Nordisk sygepleie forskning* 1/2013. s.3 – 17. [Norart]

Hjaltadóttir, I. & Gústafsdóttir, M. (2007) Quality of life in nursing homes: perception of physically frail elderly residents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2007. Vol 21. s. 48-55 [SveMed+]

- Hovdenes, G. H. (2002) Pleier-pasient relasjonen i sykehjem – tilintetjørelsen eller virkeliggjørelsen. *Vård i Norden*, 3/2002 Vol 22. s.21-26 [SveMed+]
- Hummelvold, J.K. (2012) Psykiatrisk sykepleie som fagområde. I: Hummelvold, J. K. (2012) *Helt - ikke stykkevis og delt* (s. 23) 7.utgave
Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kunnskapsbasert praksis (2013) *Sjekkliste*[Online] Kunnskapsbasert praksis.no
Tilgjengelig: <http://kunnskapsbasertpraksis.no/kritisk-vurdering/sjekkliste/>
(Lastet ned: 15. Januar 2014)
- Langballe, E.M. & Evensen, M. (2011) *Eldre i Norge: Forekomst av psykiske plager og lidelser* [online] fhi.no. Tilgjengelig fra:
<http://www.fhi.no/dokumenter/ea715a617c.pdf>
[Lastet ned: 16.September 2013]
- Ledang, K. (2012) Eldre og psykiske lidelser. I: Karlsen, R.K., Rønning, A.K., Fleiner, R.L., Evensen, G., Andersson, H.W., Hatling, T., Bjørn, V. & Bremnes, O.
Ni suksesshistorier – Samhandling om psykisk helse (s. 157)
Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid.
- Moum, T. & Mastekaasa, K. (2011) Kan livskvalitet studeres empirisk? I: Næss S., Moum T. & Eriksen J. (red) *Livskvalitet – Forskning på det gode liv* (s.52)
Bergen: Fagbokforlaget.
- Nes, R.B. & Clench-Aas, J. (2011) *Psykisk helse i Norge: Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger* [Online] fhi.no
Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf>
(Lastet ned: 1. mai 2014)
- Nordhus, I.H. (2012) Psykologisk aldring. I: Bondevik M. & Nygaard H.A. (red)
Tverrfaglig geriatri En innføring (s. 25) 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget

- NOU 1999:2 (1999) *Livshjelp* [Online] Helse- og Omsorgsdepartementet
Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1999/nou-1999-2/5/3.html?id=351008> (Lastet ned: april 2014)
- NSD.no (2014) Publiseringsskanaler [Online] Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste.
Tilgjengelig fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringsskanaler/Forside>
(Lastet ned: 2. januar 2014)
- Næss, S. (2011a) Forskjeller mellom land. I: Næss S., Moum T. & Eriksen J. (red)
Livskvalitet – Forskning på det gode liv (s. 226) Bergen: Fagbokforlaget.
- Næss, S. (2011b) Språkbruk og definisjoner. I: Næss S., Moum T. & Eriksen J. (red)
Livskvalitet – Forskning på det gode liv (s. 15) Bergen: Fagbokforlaget.
- [Pasient- og brukerrettighetsloven (1999)] (2013) *Lov om pasient og brukerrettigheter*
02.07.1999 [Online] Lovdata
Tilgjengelig fra: <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient+og+brukerrettighetsloven> (Lastet ned: 2. april 2014)
- Ringdal, K. (2012) *Enhet og mangfold*. 4 utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Rosenvinge, B, H. og Rosenvinge, J, H. (2003) Forekomst av depresjon hos eldre –
Systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990 – 2001. *Tidsskrift for Den norske legeforening* nr 7. 123:928 – 9.
- Røkenes, O.H. og Hansen, P.H.(2012): *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3 utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Slettebø, Å. (2008) Safe, but lonely: Living in a nursing home. *Vård I norden*, 1/2008
Vol.28. s. 22 – 25 [Sve Med+]

St. meld. nr.25 (2005 – 2006) *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgs utfordringer*. [Online] Helse- og Omsorgsdepartementet

Tilgjengelig fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879> (Lastet ned: 2. april 2014)

St. meld. nr 29 (2012 – 2013) *Morgendagens omsorg*

[Online] Helse- og Omsorgsdepartementet

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-29-20122013/3.html?id=723267> (Lastet ned: 2. april 2014)

St. meld. nr.34 (2012 – 2013) *Folkehelsemeldingen. God helse – felles ansvar*. [Online] Helse- og Omsorgsdepartementet

Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2012-2013/meld-st-34-20122013.html?id=723818> (Lastet ned: 2. april 2014)

Steen-Olsen, T. (2003) *Kultur, livsbetingelser og samspillkompetanse I*: Brataas, H.V. &

Steen-Olsen, T. (red) *Kvalitet i samspill* (s. 12)

Kristiansand: Høyskoleforlaget AS

Stiftelsen Livsglede for Eldre (2005 – 2014) *Livsglede for Eldre*[Online]

Tilgjengelig fra: <http://www.livsgledeforeldre.no/sykehjem.html>
(Lastet ned: 2. april 2014)

Store medisinske leksikon (2014) *Selvfølelse* [Online]

Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/selvfo%C3%B8lelse> (Lastet ned: 2. april 2104)

Svenkerud, H. (1995) *Engelsk Norsk – Norsk Engelsk ordbok*. 7 utgave.

Oslo: Cappelens Forlag

- Prop. 1 S (2009-2010) *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008* [Online]
Helse- og omsorgsdepartementet.
Tilgjengelig fra: <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/prop/2009-2010/prop-1-s-20092010/9.html?id=580402> (Lastet ned: 19. mai. 2014)
- Thagaard, T. (2009) *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*.
3 utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Tse, M., Leung R. & Ho S. (2011) Pain and psychological wellbeing of older persons living in nursing homes: an exploratory study in planning patient-centred intervention.
Journal of Advanced Nursing, 2011 s. 312 – 320. [Medline]
- UHR.no (2004) *Vekt på forskning Nytt system for dokumentasjon av vitenskapelig publisering* (Online) Universitets- og høyskolerådet. Tilgjengelig fra:
http://www.uhr.no/documents/Vekt_p_forskning_sluttrapport.pdf
[Lastet ned: 15.5.2014]
- Wahl, A.K. & Rokne, B. (2011) Sykepleie. I: Næss S., Moum T. & Eriksen J. (red)
Livskvalitet – Forskning på det gode liv (s. 191) Bergen: Fagbokforlaget.
- Welsh, D., Moore, S. L. & Getzlaf, B. A. (2012) Meaning in life: The Perspective of Long Term Care Residents. *Research in Gerontological Nursing* 5.3; 2012 s. 185-194.
[Medline]
- Yu-Ching, T., Ruey-Hsia, W. & Shu-Hui Y. (2006) Relationship between perceived empowerment care and quality of life among elderly residents within nursing homes in Taiwan: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies* 43, 2006 s. 673-680. [Cinahl]

VEDLEGG 1

Ekskluderte

Forfatters navn	Artikkelens navn	Årsak til ekskludering
Sørbye L.W., Grue, E. V. & Vibe, O. (2011)	Trives på sykehjem	Ikke funnet i NSD – usikker på kvalitet.
Gabriel, Z & Bowling, A. (2004)	Quality of life from the perspectives of older people.	Ikke relevant på grunn av feil gruppe informanter. Bare hjemmeboende eldre.
Hughes, K. & Moore, S. (2012)	Quality of life versus quality of care: Elderly people and their experience of care in south Australian residential facilities	Ikke funnet i NSD. Usikker på kvalitet da den er uoversiktlig.
Drageset, J. m.fl. (2008)	Differences in health related quality of life between older nursing home residents without cognitive impairment and the general population of Norway	Hensikt med studien er ikke av relevans – Måle om det er ulikheter i livskvaliteten mellom de to gruppene. Men interessant for innledning i litteraturstudien.
Khader, Fakhir (2011)	Quality of life in the nursing homes in Jordan: Perspectives of residents	Ikke funnet i NSD usikker på kvalitet Kun én forfatter
Osterveld-Vlug M.G., Pasman, R.W., Gennip, I.E., Muller M.T., Willems, D.L. & Onwuteaka-Philipsen B.D. (2014)	Dignity and the factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study	Hensikt med studien ikke av relevans – Ser på hvordan beboere opplever verdighet og faktorer som påvirker denne.

INKLUDERTE

Artikkel 1 (SveMed+)

Forfatter, årstall, land	Hovdenes (2002) Norsk
Studiens hensikt	Studere hva som gir mening i livet når man bor på sykehjem.
Design	Kvalitativ
Analysemetode	Dybdeintervju - Fenomenologisk analysemetode
Deltagere/frafall	N = 9
Hovedresultat	Resultatet viser at pleier – pasient relasjonen har stor betydning for hva som gir mening i livet. Pleieren må være bevisst på hvordan denne kan påvirke beboeren. Relasjonen kan virke positivt;

	<i>Virkeliggjørelse</i> – det som gir mening, og den kan virke negativt; <i>tilintetgjørelsen</i> – det som fører til opplevelse av meningsløshet.
Kvalitet	1

Artikkel 2 (SveMed+)

Forfatter, årstall, land	Hjaltadóttir & Gustafadóttir (2007) Island
Studiens hensikt	Avsløre den opplevde livskvalitet hos fysisk reduserte men kognitivt klare beboere i sykehjem
Design	Kvalitativ
Analysemetode	Intervju. Dialog – narrativ. Fenomenologisk forskningsanalyse og tematisk analyse.
Deltagere/frafall	N = 8
Hovedresultat	Resultatet viser at livskvalitet er et multi dimensjonalt fenomen og ulike faktorer påvirker dette hos den kognitivt klare sykehjemsbeboeren. Fire hovedtema dukket opp og beskrev hva som var viktig for dem når de flyttet på sykehjem og hva som gjorde livet verd å leve: «Securing the insecure body», «seeking solace», «Preparing for departure», og «affirmation of self».
Kvalitet	2

Artikkel 3 (SveMed+)

Forfatter, årstall, land	Slettebø (2008) Norsk
Studiens hensikt	Undersøke hvordan beboere opplever livet sitt i sykehjem
Design	Kvalitativ studie
Analysemetode	Intervju - Innholdsanalyse
Deltagere/frafall	N= 14
Hovedresultat	«Trygg, men ensom» beskriver hovedfunn i studien. Resultatet tyder på at den største utfordringen er opplevelse av livet som ensomt og lite kontakt med venner, familie og sykepleiere.
Kvalitet	1

Artikkel 4 (SveMed+)

Forfatter, årstall, land	Bondevik (2012) Norsk
Studiens hensikt	Bedre forståelse for de eldste eldre sin livshistorie, opplevelse av livet i nåtid og tanker og refleksjoner de har i fremtiden. Kunnskapen kan gi oss bedre forutsetning for å kunne bidra til et godt liv og en verdig alderdom
Design	Kvalitativ
Analysemetode	Dybdeintervju, Fenomenologisk forskningsanalyse
Deltagere/frafall	N= 51
Hovedresultat	Det gode liv omhandler hvordan man mestrer sin aktuelle livssituasjon. Respekt er viktig for følelse av verdi og opplevelse av livskvalitet. De fleste uttrykker glede over livet og har lyst til å fortsette livet. Noen har ønsker og håp om mer sosial kontakt, føler seg ensomme, redde for å bli glemt eller

	bekymring for å være en belastning. Andre viser bekymring for endringer i fremtiden for seg eller noen nære. For enkelte er gleden over livet så sterkt at det blir vanskelig å gi det fra seg. For å bidra til god livskvalitet hos de eldste er det viktig med kunnskap om hva de selv opplever som god livskvalitet.
Kvalitet	1

Artikkel 5 (Norart)

Forfatter, årstall, land	Haugland m.fl. (2013) Norsk
Studiens hensikt	Undersøke kognitivt klare sykehjemsbeboeres livskvalitet i relasjon til ønske om og frekvens av kontakt med egne barn, samt utforske sammenhenger mellom disse.
Design	Kvantitativ
Analysemetode	Tversnittstudie Deskriptiv statistikk analyse
Deltagere/frafall	N= 227
Hovedresultat	Hos kognitivt klare beboere viser det seg at de som har <i>fysisk skrøpelig</i> helse har <i>hyppigere kontakt</i> med egne barn. Ved dårlig <i>livskvalitet mentalt</i> har de et <i>høyere ønske</i> om kontakt med sine. Forholdet mellom ønske om kontakt og livskvalitet er uavhengig av grad av kontakt; altså et stort nettverk betyr ikke det samme som et godt nettverk
Kvalitet	1

Artikkel 6 (Medline)

Forfatter, årstall, land	Cahill & Diaz-Ponce. (2011) Irland
Studiens hensikt	Å se på likheter og ulikheter i hva som er av betydning for livskvalitet hos sykehjemsbeboere med ulik grad av kognitiv svikt.
Design	Kvalitativ
Analysemetode	Utforskende/deskriptiv
Deltagere/frafall	N = 61
Hovedresultat	Kategorier som dukket opp under resultatet var; sosial kontakt, tilknytning, aktiviteter og følelser. Det viser seg at det er likheter i hva som er av betydning mellom de tre gruppene, mild- moderat og alvorlig svikt. Men graden av betydning uttrykkes forskjellig. Dette sees spesielt mellom de med mild og alvorlig svikt. De med alvorlig svikt reflekterer b. l. a et større savn av sosial kontakt samt mindre viten om aktiviteter som foregår. En stor del rapporterer også ensomhet, isolasjon og søken etter følelsen av å være hjemme. Studien forteller også at uansett grad av kognitiv svikt, kan beboere ofte selv si noe hva som er viktig for dem.
Kvalitet	1

Artikkel 7 (Medline)

Forfatter, årstall, land	Welsh m.fl. (2012) Canada
Studiens hensikt	Undersøke hva som gir mening i livet hos beboere som bor i institusjon.
Design	Kvalitativ
Analysemetode	Hermeneutisk fenomenologisk
Deltagere/frafall	N= 11
Hovedresultat	Det dukket opp fire kategorier som omhandlet det som er av betydning for å oppleve mening i livet; Samhørighet, overlevelse til tross for fallende fysisk kapasitet (mestring), deltagelse i aktiviteter og tilflukt sted/privat liv. Konklusjonen sier at økt fokus på hva som gir mening i livet kan bety mye for livskvaliteten.
Kvalitet	1

Artikkel 8 (Medline)

Forfatter, årstall, land	Burack m. fl. (2012) New York
Studiens hensikt	Å finne ut av hvilke faktorer for livskvalitet som har mest sammenheng med hvor tilfreds sykehjemsbeboerne er.
Design	Kvantitativ
Analysemetode	Regresjons analyse
Deltagere/frafall	N = 62
Hovedresultat	verdighet, åndelig velvære og mat glede var framtrepende og viktige faktorer for tilfredsheten hos sykehjemsbeboerne. I forhold til hvor tilfredse de var med de ansatte, var verdighet den viktigste faktoren.
Kvalitet	2

Artikkel 9 (Medline)

Forfatter, årstall, land	Cooney m. fl. (2009) Irland
Studiens hensikt	Identifisere faktorer for livskvalitet hos eldre i institusjon, samt en utforskning av faktorer på personlige og institusjonelle nivå.
Design	Kvantitativ
Analysemetode	En konstant sammenlignende (constant comparative) analyse
Deltagere/frafall	N= 101
Hovedresultat	Fire faktorer hadde betydning for livskvaliteten; omsorgen som ble gitt, selvtillit og identitet, tilhørighet og relasjoner, og aktiviteter. På det individuelle nivået var det personlighet og

	livserfaring, helsestatus/grad av avhengighet, forventninger og grad av evne til tilpasning. På institusjonsnivå var det det fysiske og psykiske miljøet som kunne påvirke livskvaliteten.
Kvalitet	2

Artikkel 10 (Medline)

Forfatter, årstall, land	Tse m. fl. (2011) Hong Kong
Studiens hensikt	Studere fysisk smerte i forhold til medisinbruk og ikke medisinsk behandling, samt smertens relasjon til psykisk helse.
Design	Kvantitativ
Analysemetode	Tverrsnitt - statistisk analyse
Deltagere/frafall	N= 302
Hovedresultat	Deltagerne ble inndelt i to grupper «no pain» og «pain» gruppe. Ulike skjema ble brukt for å kartlegge psykisk velvære. Resultatet viste at «Pain» gruppa hadde lavere score på lykkefølelse. De opplevde også mer ensomhet, var mindre tilfredse med livet og var mer deprimerte. Smerte påvirker den psykiske helsa til sykehjems beboere.
Kvalitet	2

Artikkel 11 (Cinahl)

Forfatter, årstall, land	Yu-Cing m. fl. (2006) Taiwan
Studiens hensikt	Å undersøke hvordan demografiske karakteristika, opplevd myndiggjøring- omsorg og funksjonell status påvirker den opplevde livskvalitet hos sykehjemsbeboeren.
Design	Kvantitativ
Analysemetode	Tverrsnitt studie
Deltagere/frafall	N= 102
Hovedresultat	Resultater viste en middels livskvalitet hos beboere i sykehjem. Myndiggjøring, kognitiv funksjon og sivil status var betydelige faktorer for livskvalitet, hvorav opplevd myndiggjøring var den viktigste prediktoren.
Kvalitet	2

Artikkel 12 (Cinahl)

Forfatter, årstall, land	Drageset m. fl. (2009) Norsk
Studiens hensikt	Å vurdere helse relatert livskvalitet hos sykehjemsbeboere etter SF-36 (måleverktøy), samt å undersøke relasjonen mellom score i skjema og beboernes sosidemografiske og medisinske tilstand.
Design	Kvantitativ

Analysemetode	Regresjons analyse
Deltagere/frafall	227
	De med utdanning rapporterte høyere livskvalitet. Beboere som hadde hobby eller spesielle interesser scoret høyere på vitalitet og mental helse. De som ikke hadde et sammensatt diagnosebilde hadde bedre livskvalitet. Fysisk funksjon, miljø og sosiale aktiviteter på virker livskvaliteten.
Kvalitet	2

VEDLEGG 2

Analyse av hovedfunn

Artikkel 1 (SveMed+)

Forfatter	Hovedfunn	Sub kategori	Kategori
Hovdenes (2002) Norsk	Forholdet mellom pasient og pleier er en betydningsfull faktor for hvordan beboeren opplever livet. Relasjonen kan bidra «virkelighetsgjørende» eller «tilintetgjørende» slik det beskrives i hovedresultatet.	Kontakt med personalet	Relasjoner
	«Virkeliggjørelsen» beskrives som det som gir mening. Det som bidrar til glede gjennom opplevd delaktighet, og relasjoner som gir gode samtaler, vennlighet og kjærlighet.	Selvfølelse	Følelser

Artikkel 2 (SveMed+)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Hjaltadóttir & Gustafadóttir. (2007) Island	-Securing the insecure body: Mulighet til hjelp når de trengte det er viktig for beboerne	Trygghet	Følelser
	De dementes oppførsel kunne være veldig forstyrrende. De bevisste beboerne ønsket da ofte å trekke seg tilbake på egne rom.	Egne rom	Fysisk miljø
	Viktig å bli anerkjent som et individuelt og personlig menneske og ikke en av de mange som bodde på sykehjemmet.	Respekt	Følelser
	Kontakt med familien var viktig; «... It`s of some value of course that they don`t forget all about you.»	Kontakt med familie	Relasjoner

Artikkel 3 (SveMed+)

Forfatter	Hovedfunn	Sub Kategori	Kategori
Slettebø (2008) Norsk	Mange føler seg utrygge i sine egne hjem når de blir eldre. Ved å komme på sykehjem vet de at de får hjelp når de trenger det, noe som de verdsetter stort.	trygghet	Følelser
	Alle informanter var enige om at sosiale behov ble lite ivaretatt, og førte til lange ensomme og tamme dager. « Here there is nobody to talk to – it makes my day long and boring», «There is nobody here to talk to at all». Flere opplevde at pleier hadde liten tid til å snakke beboerne; «apart from when there`s something extraordinary..»	Kontakt med personalet	Relasjoner

Artikkel 4 (SveMed+)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Bondevik (2012) Norsk	Livet kan oppleves godt og meningsfullt i høy alder. Det gode liv omhandler hvordan man mestrer sin aktuelle livssituasjon.	Mestring	Følelser
	«Jeg får styre dagen min selv. Jeg liker å være lenge oppe. Jeg er eldst her og legger meg sist» Respekt bidrar til en følelse av å bli verdsatt	Respekt	Følelser

Artikkel 5 (Norart)

Forfatter	Hovedfunn	Sub-kategori	Kategori
Haugland m. fl.(2013) Norsk	For kognitivt klare beboere er det av stor betydning for livskvaliteten å ha kontakt med egne barn. Og det er kvaliteten og ikke hyppigheten av kontakt som betyr mest.	Kontakt med familie	Relasjoner

Artikkel 6 (Medline)

Forfatter	Hovedfunn	Sub Kategori	Kategori
Cahill & Diaz-Ponce (2011) Irland	Familie er viktig for beboerne. De med størst kognitiv svikt savnet familien mest.	Kontakt med familie	Relasjoner
	Personalet spiller en viktig rolle for de med mild/moderat kognitiv svikt. De med størst svikt snakket ikke så mye om personalet.	Kontakt med personalet	
	Noen nevnte at de hadde fått venner i med beboere på sykehjemmet. De med mild/moderat svikt hadde i enkelte tilfeller tatt ansvar for andre dårligere beboere.	Kontakt med andre	
	De med mild/ moderat svikt liker aktiviteter, men savner mer felles aktivitet Det kan bli kjedelig til tider. Liker også ustrukturerte aktiviteter som tv, strikking, lesing, snakke med folk og spille kort. De med mild/moderat svikt synes å komme seg utom sykehjemmet var viktig.	Felles aktivitet Individuell aktivitet	Aktivitet
	Av de tre gruppene er det de med mild svikt som føler seg mest som hjemme. Å føle seg hjemme er når sykehjemmet er hjemmekoselig, og de synes de er heldige som får være der. Å ha private rom, som de kunne forme som sitt eget var av betydning og bidrog til en følelse av glede.	Hjemmekoselig Egne rom	Fysisk miljø
Relasjoner, omsorg, respekt og verdighet bidrar med positive følelser. Negative følelser handler om tap; tap av relasjoner, eget hjem, egen funksjon, alder.	Selvfølelse	Følelser	
Grad av kognitiv svikt påvirker hverdagen og den mentale helsen hos beboere i sykehjem. De med alvorlig svikt føler ofte mer tristhet, ensomhet, problemer med å tilpasse seg og større problemer med å føle seg som hjemme.	Funksjonsnivå	Helsetilstand	

Artikkel 7 (Medline)

Forfatter	Hovedfunn	Sub Kategori	Kategori
Welsh m.fl. (2012) Canada	Kontakt med familie og personalet, nære relasjoner er viktig. Det bidrar til bedre verdifølelse, og er av stor betydning for hva som gir livet mening.	Kontakt med familie Kontakt med personalet	Relasjoner

	Hverdagslige aktiviteter gir mer mening enn felles aktiviteter som for eksempel bingo. Enkelte mener bingo er for flere bare en aktivitet som gjøres som tidsfordriv.	Individuell aktivitet	Aktivitet
	Det er viktig med aktiviteter hvor beboerne kan føle at de er til hjelp og bidrar. Hverdagslige aktiviteter bidrar til mestring og øker selvfølelsen.	Mestring	Følelser
	Å ha egne rom, å ha mulighet til privatliv, kan gi følelse av autonomi, uavhengighet, og kontroll over eget liv.	Egne rom	Fysisk miljø

Artikkel 8 (Medline)

Forfatter	Hovedfunn	Sub kategori	Kategori
Burack, m. fl. (2012) Amerika, New York	Å oppleve verdighet i møte med personalet er av svært stor betydning for sykehjemsbeboeren i forhold til å trives i sykehjem. Verdighetsfaktoren er den som betyr mest for beboerne.	selvfølelse	Følelser

Artikkel 9 (Medline)

Forfatter	Hovedfunn	Sub kategori	Kategori
Cooney m. fl. (2009) Irland	Omsorgsetikken beskrives av mange som selve kjernen for opplevd livskvalitet. Omsorgen kunne bidra med viktig følelse av det å ha et valg, og fortsatt kunne bestemme selv på tross av at man var avhengig av hjelp i ulik grad.	Respekt	Følelser
	For den mentale helsen var det også av stor betydning for flere å ha egne rom hvor de hadde muligheten til å trekke seg tilbake.	Egne rom	Fysisk miljø
	Å ha kontakt med omverdenen, spesielt gjennom familie og pleiere var viktig for å ha det bra	Kontakt med familie Kontakt med personalet	Relasjoner
	Noen finner glede og trivsel i vennskap med andre likestilte	Kontakt med andre	Relasjoner
	Individuelle aktiviteter er av større betydning enn aktiviteter som skal inkludere mange og som er tilpasset alle.	Individuell aktivitet	Aktivitet

	Aktiviteter hvor det innebærer flere deltagere bør helst bestå av deltagere som har samme kognitive nivå.	Felles aktivitet	Aktivitet
	Enkelte informanter mener det er viktig å ivareta gjenværende fysiske ressurser. Helsestatusen, grad av avhengighet, har en innvirkning på den opplevde livskvaliteten for enkelte.	Funksjonsnivå	Helsetilstand

Artikkel 10 (Medline)

Forfatter	Hovedfunn	Sub kategori	Kategori
Tse m. fl. (2011) Hong Kong	Fysisk smerter kan påvirke beboerens psykiske helse negativt, ved at de opplever mer ensomhet og depresjon.	Somatisk tilstand	Helsetilstand

Artikkel 11 (Cinahl)

Forfatter	Hovedfunn	Sub kategori	Kategori
Yu-Cing, m. fl. (2006) Taiwan	Å være gift viser seg å ha positiv betydning for livskvaliteten	Kontakt med familie	Relasjoner
	Beboere med bedre fysisk og kognitiv funksjon opplever mer myndig gjørende omsorg	Funksjonsnivå	Helsetilstand
	Beboere som opplever myndiggjøring har bedre livskvalitet	Respekt	Følelser

Artikkel 12 (Cinahl)

Forfatter	Hovedfunn	Sub kategori	Kategori
Drageset m. fl. (2009) Norsk	Beboere med spesielle hobbyer eller interesser scorer høyere på mental helse enn de andre deltagerne	Individuell aktivitet	Aktivitet
	Beboere som ikke har tilleggs sykdommer, flere diagnoser rapporterer om bedre livskvalitet.	Somatisk tilstand	Helsetilstand

VEDLEGG 3

Artikelgranskning

(Inspirerad av Hellzén, Johanson & Pejler för urval i SBU-rapport (1999).

Artikel nr:..... Granskare:.....

Författare:.....

.....

.

Titel:.....

.....

Årtal:.....Tidskrift:.....

Land där studien utfördes:

.....

Typ av studie: Original Review Annan

Kvantitativ Kvalitativ

Område:

1.....

2.....

3.....

4.....

Kvalitetsbedömning: Hög (I) Medel (II) Låg (III)

Kommentar:.....

.....

.....

Fortsatt bedömning: Ja Nej

Motivering:.....

KVALITETSBEDÖMNING

Frågeställning/hypotes:.....

.....

.....

.....

...

Typ av studie

Kvalitativ: Deskriptiv Intervention

Annan

.....

Kvantitativ: Retrospektiv Prospektiv

Randomiserad Kontrollerad

Intervention Annan

.....

Studiens omfattning: Antal försökspersoner (N):..... Bortfall (N)

.....

Tidpunkt för studiens genomförande?..... Studiens

längd.....

Beaktas: Könsskillnader? Ja Nej Åldersaspekter? Ja Nej

Kvalitativa studier

Tydlig avgränsning/Problemformulering? Ja Nej

Är perspektiv/kontext presenterade?		Ja	Nej
Finns ett etiskt resonemang?	Ja		Nej
Urval relevant?	Ja	Nej	
Är försökspersonerna väl beskrivna?		Ja	Nej
Är metoden tydligt beskriven?	Ja		Nej
Kommunicerbarhet: Ges en klar bild av resultat?		Ja	Nej
Giltighet: Är resultatet logiskt, begripligt, i överensstämmelse med verkligheten, fruktbar/nyttigt?			Ja Nej

Kvantitativa studier

Urval: Förfarandet beskrivet Ja Nej

Representativt Ja Nej

Kontext Ja Nej

Bortfall: Analysen beskriven Ja Nej

Storleken beskriven Ja Nej

Interventionen beskriven Ja Nej

Adekvat statistisk metod Ja Nej

Vilken statistisk metod är använd?

.....

Etiskt resonemang Ja Nej

Hur tillförlitligt är resultatet?

Är instrumenten -valida Ja Nej

-reliabla Ja Nej

Är resultatet generaliserbart? Ja Nej

Huvudfynd:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Omarbetad utifrån SBU-granskningsmall Hellzén, O., & Pejler, A .(1999)