



Bachelorgradsoppgave

Å bli sykehjemspasient

Becoming a nursing home resident

Kognitivt intakte pasienters erfaringer med å bli sykehjemspasient
Mentally lucid patients` experiences of becoming a nursing home resident

Forfatter:
Julie Skauge Skogsrud

Antall ord: 8149

SPU 110

Bachelorgradsoppgave i Sykepleie

Avdeling for Helsefag
Høgskolen i Nord-Trøndelag - 2015



HINT

Abstract

Innledning: Denne litteraturstudien hadde som hensikt å beskrive pasientopplevelser med livet på sykehjem. *Metode:* allment litteraturstudie. *Resultat:* pasientene opplevde ulike tap og trusler for integriteten. De fikk en ny identitet og følte seg ofte objektifisert. Pasienter følte seg tryggere på sykehjemmet enn de gjorde hjemme, og noen ble mer selvhjulpne pga trening og de fysiske tilrettelagte omgivelsene. Hvor pasientsentrert pleien var varierte mellom de ulike sykehjemmene. Følelsen av å bli virkeliggjort eller tilintetgjort oppstod i relasjonene. God sykepleie gjorde livssituasjonen enklere. *Diskusjon:* pasientene hadde mange ulike mestringsstrategier. Slettes ikke alle pasienter så på flyttingen til sykehjem som problematisk. Organiseringa av sykehjemmet påvirket rammene for å utøve pasientsentrert sykepleie, og det bør tilrettelegges for systematisk brukermedvirkning. Viktige sykepleieoppgaver: støtte opp under pasientens mestring, kartlegge pasientens livshistorie, livsverden og preferanser. Sterkt press på den enkelte yrkesutøveren gir risiko for krenkelser av pasientene. *Konklusjon:* Pasientene taklet situasjonen ulikt, men forløpet til majoriteten av pasientene fulgte et mønster. Organiseringa av sykehjemmet spilte direkte inn på livskvaliteten til pasientene. Kvaliteten på sykepleien og på relasjonen mellom pasient og sykepleier, var av stor betydning. Pasientsentrert sykepleie bør være et mål.

Nøkkelord

Allmenn litteraturstudie- kognitivt intakt – sykehjemspasient – kvalitativ – erfaringer – institusjonalisering - skrøpelig

Allmenn litteraturstudie- Mentally lucid – nursing home resident – qualitative – experiences – institutionalization

Tittel

Å bli sykehjemspasient - kognitivt intakte pasienters erfaringer med å bli sykehjemspasient
Becoming a Nursing Home Resident - mentally lucid patients' experiences of becoming a
nursing home resident

Innhold

1. INNLEDNING	1
1.1. Sykehjemspasienter i Norge	1
1.2. Relevans	2
1.3. Hensikt/problemstilling	2
1.4. Eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier	2
2. METODE	4
2.1. Allment litteraturstudie	4
2.1.1. Problemformulering	4
2.1.2. Datasamling	4
2.1.3. Dataanalyse/artikkelgranskning	7
3. RESULTAT	8
3.1. Trusler for integriteten	8
3.1.1. Tap	8
3.1.2. «Den institusjonelle kroppen» - tilpasning til livet i sykehjemmet	9
3.1.3. Avhengighet og tap av personlig rom	10
3.1.4. Utrygghet, ensomhet og venting	11
3.2. Ivaretagelse av integriteten	12
3.3. Relasjoner og psykososialt velvære	13
3.3.1. Relasjoner til pleierne	13
4. DISKUSJON	16

4.1. Pasientene sine opplevelser av å bo i institusjon	16
4.1.1. Tap og gevinster med å flytte på sykehjem.....	16
4.1.1. Virkeliggjørelse vs. tilintetgjørelse.....	17
4.1.2. Pasientsentrering.....	18
4.2. Organiseringa av sykehjemmet- pleie på pasientenes premisser?.....	19
4.2.1. Organiseringa påvirker hverdagen til pasientene	20
4.3. Mestring av flyttingen til sykehjem.....	21
4.3.1. Faktorer hos pasientene	21
4.3.2. Sykepleie som støtter opp under pasientenes mestring	23
4.4. Metodediskusjon.....	25
5. KONKLUSJON	27
6. REFERANSER.....	28
7. VEDLEGG	35
7.1.1. Søketablell	35
7.1.2. Analysetablell	36

1. INNLEDNING

1.1. Sykehjemspasienter i Norge

6- 7 % av alderspensjonistene i Norge bor i aldersinstitusjon (Otnes 2011). Av befolkningen på 90 år er ca. halvparten innlagt i institusjon (Daatland & Solem 2011). 70 - 75 % av pasientene ved sykehjem i Norge av en demenstilstand (Hauge 2010, Eide & Eide 2012), dessuten har mange pasienter andre tilstander som påvirker kognisjonen. Mange pasienter i sykehjem er klare i hodet og åndsnærværende i samtaler (Eide & Eide 2012). Årsakene til at mennesker flytter til sykehjem er relatert til behov for hjelp og trygghet (Talerico 2004, Daatland & Solem 2011). De viktigste innleggelsesårsakene i sykehjem ved siden av aldersdemens (42,4%) er hjerneslag (14,9 %), psykiske lidelser (8,9 %) og hjerte- og lungelidelser (7,7%) (Statens helsetilsyn 2003). Mange eldre som blir svært skrøpelige prioriterer ofte hensynet til trygghet og pleie framfor vanlige boligkvaliteter, mens andre foretrekker å bli hjemme nær sagt for enhver pris.

Sykehjemspasienter er ressurssterke på mange måter, likevel er de en sårbar gruppe fordi de er i større og mindre grad avhengig av andre personer sin hjelp for å dekke grunnleggende behov (Hauge 2010). De er dessuten eldre mennesker som lever i et samfunn der idealet er det unge og friske (Daatland & Solem 2011). Sykehjemsbeboere er ofte multisyke. Gjennomsnittsbeboeren i sykehjem er sterkt hjelpetrengende, har sterkt redusert funksjonsevne, trenger hjelp til personlig hygiene og kan ikke gå selv. 75 % er over 80 år, 73 % er kvinner (Statens helsetilsyn 2003). Det tradisjonelle sykehjemmet er et kompromiss mellom en arbeidsplass og en bolig og det har tradisjonelt blitt lagt lite vekt på bolig- og miljøkvaliteter (Ytrehus 1999 , Høyland 2004). De mørkere sidene av praksisen i sykehjem er i den siste tiden blitt framstilt i media. Kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp ser i mange institusjoner ut til å tape konkurransen mot krav om effektivitet, målbarhet og budsjett (Daae Hustad, Lillemoen, Albrihtsen & Lyngved 2014).

1.2. Relevans

Sykepleie skal bygge på forskning, erfaringsbasert kompetanse og brukerkunnskap. Sykepleiernes lojalitet skal først og fremst ligge hos pasienten (NSF 2011). Målet med denne litteraturstudien er å utvikle faget mot sykepleie som imøtekommer sårbare gruppers særskilte behov for helse- og omsorgstjenester, i tråd med samfunnsansvaret som beskrives i yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. Sykepleieren skal ivareta den enkelte pasientens verdighet og integritet, herunder retten for helhetlig sykepleie (NSF 2011). Weinstein (1998) hevder at med endring i tankegangen, kreativitet og fokus på vekst og utvikling kan man gi pleie som øker livskvaliteten til pasientene uten at det krever ekstra ressurser. Nødvendig kompetanse og rett fokus for oppmerksomheten kan øke livskvaliteten til pasienter (Foss & Wahl 2009). Forhåpentlig vil denne litteraturstudien gi kunnskap om pasienters opplevelse og dermed bidra til pasientsentrert sykepleie (Morse 2012), og forhåpentlig kan den også ha overføringsverdi til kognitivt svekkede som ikke har muligheter til å uttrykke pasienterfaringene sine selv.

1.3. Hensikt/problemstilling

Beskrive kognitivt intakte, men fysisk skrøpelige eldre menneskers pasienterfaringer i tida etter overflytting til langtidsavdeling i sykehjem. Resultatets betydning for sykepleie vil bli diskutert med vekt på mestring, tilpasning og livskvalitet.

1.4. Eksklusjonskriterier og inklusjonskriterier

Både menn og kvinner i alderen 65+. Fysisk skrøpelige pasienter med god kognitiv funksjon. Denne oppgaven vil fokusere på pasientenes opplevelse etter flyttingen til langtidsavdeling i sykehjem. Tap er et sentralt tema, men det vil ikke bli fokusert på tap av hjem, «det gamle livet» eller kroppslige tap relatert til aldring og sykdom. Det blir inkludert både pasienter som overflyttes fra hjemmet og fra sykehus, og det blir inkludert både pasienter som har fått planlagt overflyttinga og som har opplevd brå overflytting. Forskning viser at prosessen før flytting til sykehjem har stor betydning for hvordan pasienten takler situasjonen (Brugler, Titus & Nypaver 1993, Chanfreu, Deadman, George & Taylor 1990, Davidson og O'Connor 1990, Grant, Skinkle & Lipps 1992, Jackson, Swanson, Hicks, Prokop & Laughlin 2000, Talerico 2004), men dette vil ikke belyses i denne oppgaven. Relasjonene til medpasienter vil

heller ikke bli belyst til tross for at forskning viser at relasjoner til medpasienter er av stor betydning for trivselen (Kirchhoff, Gjellebæk & Tangen 2014).

2. METODE

2.1. Allment litteraturstudie

Det blir gjennomført et allment litteraturstudie, dvs en usystematisk litteraturstudie som beskriver kunnskapen som finnes på et bestemt område. (Forsberg & Wengström 2013) En litteraturstudie har som hensikt å gjøre gjeldende kunnskap kjent, og er et fagutviklingsprosjekt og ikke et forskningsprosjekt (Lerdal 2012).

2.1.1. Problemformulering

Hensikten er å belyse erfaringene til eldre mennesker som har flyttet til sykehjem. Kjernes spørsmålet blir dermed «Hvordan oppleves det?» Kvalitative studier vil være nødvendig for å svare på spørsmål om individuelle erfaringer om livskvalitet, velvære, reaksjoner på sykdom, tilpasning, mestring og interaksjon med pleiepersonalet (Morse 2012).

2.1.2. Datasamling

Det søkes etter kvalitative studier da de forventes å svare best på problemstillinga (Morse 2012). Det er blitt brukt ulike søkebasert samt håndøk. Swemed+, psychinfo, ProQuest, medline og sykepleien forskning. Søkeord: Nursing Homes, Nursing home residents, Transition, Moving, Relasjoner, Sykehjem, Dignity, Sence of Coherence og Coping + + +. Håndøkt etter 3 artikler det ble referert til i nyeste utgave (2. utg) av Geriatrikisk Sykepleie.

Eksempel fra søketabell – tabell 1

Database	Avgrensning	Søkeord	Antall treff	Utv. 1	Utv. 2	Utv. 3	Utv. 4
Psychinfo 24.02.15		Dignity and Nursing home residents	6	6	4	3	2

Utvalg 1: lest artiklenes tittel, Utvalg 2: lest artiklenes abstrakt, Utvalg 3: kvalitative artikler lest i sin helhet, Utvalg 4: artikler valgt ut for gransking og vurdering

Kvalitetsvurdering

Først ble artiklene skimlest og det ble gjort en en umiddelbar kvalitetsvurdering av hvorvidt de var relevante for litteraturstudiets hensikt og problemstilling. Artiklene ble deretter gjennomgått kritisk etter kvalitetskriterier som at de var publisert i tidsskrift (pre review eller fagfellevurdert), hadde IMRaD-struktur, var originalartikler og hadde abstract. Se eksempel fra tabell over inkluderte artikler.

Eksempel fra tabell over inkluderte artikler – tabell 2

Forfattere Tidsskrift År, land	Hensikt	Design	Del- tagere	Hovedresultat	Kommentar til kvalitet
1. Ooserveld – Vlug M, Pasman H R W, van Gennip I E, Williems D L, Onwuteaka – Philipsen B D PLOS one 2013,Nederl and	Å undersøke hvordan sykehjems- pasienters følelse av verdighet endrer seg over tid og hva som bidrar til dette.	Kvalitativ studie	22 (først 30)	Fra tidspunkt for flytting følte noen pasienter økende følelse av verdighet, mens noen opplevde en nedadgående trend eller ingen endring. To mekanismer var spesielt viktige; å føle at en har kontroll over livet sitt og å føle at man blir satt pris på som en viktig person. 5 støttende faktorer: 1) finne en måte å takle situasjonen 2) ble kjent med levesettet og strukturen i institusjonen 3) fysisk forbedring med eller uten hjelpemidler 4) være sosial med personale, beboere og pårørende 5) være blant andre mennesker med nedsatt funksjonsevne i et miljø beskyttet fra holdningene i samfunnet.	Originalarti kkel med abstract og imrad- struktur. Godkjent av Medical Ethics Committee of the VU University Medical Center, Amsterdam Grundig metodedel

Etiske overveielser

De fleste artiklene har vært gjennom en etisk komitè. Artiklene som ikke har vært gjennom etisk komitè omhandler anonymiserte og frivillige studier. Artikler som ikke har samsvart med de andre resultatene er ikke utelatt, og det er blitt forsøkt å velge artikler som belyser ulike aspekter av hensikten for å tilstrebe et objektivt og pålitelig resultat. Denne litteraturstudien omhandler en pasientgruppe som er sårbar, og det er blitt forsøkt å finne forskning som er etisk forsvarlig. Antall som har gått gjennom etisk komitè: 12/14. I artiklene der det ikke nevnes om forskningen er gått gjennom etisk komitè er likevel de etiske overveielsene gjort grundig rede for. Pasienter og pårørende har samtykket skriftlig til deltagelse i studien.

I følge Polit & Beck (2012), er det tre prinsipper for personvern. Man skal sikre maksimalt utbytte av studien uten at studiedeltageren blir krenket/eksponert, vise respekt for menneskeverdighet og gi rettferdig behandling/personvern (Polit & Beck 2012). I de 14 utvalgte artiklene er disse prinsippene tilsynelatende fulgt.

2.1.3. Dataanalyse/artikkelgranskning

Materialet ble bearbeidet og analysert. I følge Dalland (2012) er analyse en granskning av artikkelen med hensikt å finne meningen i materialet. Forsberg & Wengströms (2013) latente innholdsanalyse er blitt brukt for å samle meningen i materialet i tema.

Artiklene ble lest nøye flere ganger, de meningsbærende enhetene ble markert og det ble dannet subkategorier som var et utgangspunkt for å komme fram til hovedkategoriene. Med 14 relativt fyldige kvalitative artikler var dette et tidkrevende arbeid som krevde mange valg. Informasjon måtte omformuleres, ekskluderes og flere ulike måter å klassifisere materialet på ble forsøkt. Se eksempel på analyseskjema.

Eksempel fra analyseskjema – tabell 3

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Hovedkategorier
Beboere møtte utfordringer relatert til begrensende miljø/omgivelser Regler og reguleringer skapte følelse av avhengighet. Det restriktive miljøet stod i kontrast til høy turnover av pleiepersonale. Dette skapte rastløshet blant beboerne. Gevinsten ved å flytte på sykehjem var å få møtt behovene sine. Tap var individuelle og varierte. Felles var tapet av privatliv og uavhengighet. Dette hadde gått over tid, også før de flyttet til sykehjemmet på grunn av økende grad av skrøpeligheit. Tapsfølelse pga eiendeler, hobbyer og sosialt nettverk var også vanlig. Tap av favorittpleier eller medbeboere var svært stressende for pasientene.	Et begrensende miljø med reguleringer og rutiner skapte følelse av avhengighet Pasientene opplevde ulike tap Tap av privatliv og uavhengighet hadde gått over tid	Trusler for integriteten

3. RESULTAT

3.1. Trusler for integriteten

3.1.1. Tap

Pasientene opplevde ulike tap som truet integriteten, selvbildet og identiteten (Franklin, Ternstedt & Nordenfelt 2006, Gran, Festvåg & Landmark 2009, Brandenburg, Symes, Mastel-Smith, Hersch & Walsh 2012). Pasientene tapte privatliv og uavhengighet. Flyttinga til sykehjem var forårsaket av kroppslige tap (Oosterveld – Vlug, Pasma, van Gennip, Muller, Williams & Onwuteaka – Philipsen 2013). Flyttinga medførte en endring fra å være en uavhengig person, og innebar tap av roller (Stabell & Lindström 2003, Nakrem, Vinsnes & Seim 2011). Pasientene kunne ikke lenger presentere seg selv som de ville ha gjort tidligere (Franklin et.al 2006), følte seg som en byrde og at de ikke lenger var en del av samfunnet (Nakrem et.al 2011, Oosterveld – Vlug et.al 2013). Kjedsomhet, ensomhet eller dårlige utsikter til forbedring av helsetilstanden kunne gi tap av mening og sammenheng (Hovdenes 2002, Gran et.al 2009, Nakrem et.al 2011, Oosterveld – Vlug et.al 2013), livet sammen med andre mennesker (Gran et.al 2009) og av livsrom (Hovdenes 2002). Pasienter savnet mulighet til å ta egne avgjørelser (Stabell & Lindström 2003, Oosterveld – Vlug et.al 2013).

Pasienter hadde en følelse av å bli tilintetgjort. Disse opplevelsene ble skapt i relasjonene, for eksempel når pasienten følte seg objektifisert. Tilintetgjørelse førte til lidelse (Hovdenes 2002). Andre menneskers holdninger påvirket integriteten (Franklin et.al 2006) på måter som kunne føre til ydmykelse (Stabell & Lindström 2003, Komatsu, Hamahata & Magilvy 2007). Frekkheter, sjefete pleier og infantiliserende adferd virket ydmykende (Stabell & Lindström 2003, Oosterveld – Vlug et.al 2013). Pasienter kunne oppleve å miste ankerfeste og identitet når de flyttet til sykehjem (Komatsu et.al 2007). Det sosiale nettverket krympet (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Noen pasienter følte at de ble glemt av familie og venner etter hvert som tiden gikk (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Pasienter sa at de holdt kontakten med familie og venner, men at de møttes sjeldnere etter flyttinga (Nakrem et.al 2011).

3.1.2. «Den institusjonelle kroppen» - tilpasning til livet i sykehjemmet

Det var store individuelle variasjoner i tida det tok å tilpasse seg livet i institusjonen. Noen oppgav at de tilpasset seg fort, andre trengte lang tid. Alle pasientene sa at de enten var vant til livet i institusjonen eller at de begynte å bli vant til det etter 2 mnd. Generelt var pasientene mer komfortable etter 2 mnd og de fleste var godt i gang med å bygge relasjoner (Komatsu et. al 2007). Pasienter følte seg mer tilpass etter de hadde lært «sykehjemssystemet» og hvordan en skal oppnå det en trenger (Brandburg et. al 2012). Da beboerne ankom institusjonen var de opptatt av å tilpasse seg rutinene og livet på institusjonen (Wiersma & Dupuis 2010). Sosialiseringen til institusjonen skjer på to nivå- institusjonelt og (inter)personlig. Det første nivået er relatert til strukturen i langtidsavdelinga og miljøet der. Det andre nivået er relatert til pasientens opplevelser og samspill med andre i institusjonen, hovedsakelig personale (Wiersma & Dupuis 2010).

Rutinene dreide seg om fysiske behov. Pasientene følte seg definert som personer gjennom fysiske egenskaper som ble målt, vurdert og dokumentert. «Den institusjonelle kroppen» var en identitet som passet inn i institusjonen og rutinene, men utgjorde ikke pasientens fulle opplevelse av selvet. Pasienter sa hvordan de hadde det fysisk når pleierne spurte om de hadde det bra, fordi de antok at det var det pleierne mente (Wiersma & Dupuis 2010).

Avhengighet av helsehjelp innebar invasjon av privatlivet og intimgrensener (Oosterveld – Vlug et.al 2013) og pasientene måtte redefinere begrepet privatliv for seg selv. Pasientene skilte mellom kroppsprivatliv og privatliv i form av personlig rom (Franklin et.al 2006, Schenk, Meyer, Behr, Kuhlmeij & Holzhausen 2013). I hvilken grad pasientene opplevde at de hadde privatliv var avhengige av graden av hjelpebehov. Personalet hadde tilgang til kroppene til pasientene når de forlangte det og pasientene følte seg ofte blottet (Franklin et.al 2006).

Økt mobilitet økte selvstendighet og selvbestemmelse (Oosterveld – Vlug M, Pasman H R W, van Gennip I E, Williems D L & Onwuteaka – Philipsen B D 2013, Schenk et. al 2013). Risikostyring fra personalets side skygget for ønsker om uavhengighet. Pasientene lærte at kroppen var skjør, gammel og måtte beskyttes. Etter flyttingen gikk det opp enda mer opp for pasientene at aldersforandringene var permanente (Wiersma & Dupuis 2010).

3.1.3. Avhengighet og tap av personlig rom

Pasienter ville bestemme når de skulle ha fred og ro og bestemme aktivitetsnivået sitt selv (Schenk et. al 2013). «Servicenivået» påvirket følelsen av avhengighet (Komatsu et.al 2007). Avhengigheten økte og selvbildet ble endret når pasientene tapte kroppsfunksjoner. Dette skyldtes delvis at personalets oppførsel endret seg. Pleien opplevdes oppgaveorientert og pasientene følte seg krenket og ydmyket. Organiseringa av institusjonen hindret ivaretagelse av individuelle behov. Miljøet var passivt med mangel på samtale, stereotypiske holdninger og likegyldighet fra pleiere. Dette skapte «et liv i stillhet» hvor pasientene følte seg usynlige, at hverdagslivet var tomt og at de ikke ble sett som hele mennesker som hadde levd hele liv (Franklin et.al 2006). Pasientene møtte et begrensende miljø hvor regler og rutiner skapte avhengighet (Brandburg et.al 2012) og følte at de ikke kunne gjøre som de ville (Komatsu et.al 2007). For eksempel kunne de oppleve å bli vekket tidligere enn de ønsket.

Å bli en del av institusjonen = bli en del av rutinene. Pasienter følte på personalets misnøye dersom de ikke fulgte rutinene (Wiersma & Dupuis 2010). De måtte følge strukturer og regler og følte at andres vilje ble tvunget på dem. Pasientene forstod at det var nødvendig med en viss struktur, men samtidig kunne strukturen virke ydmykende (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Dersom pasienter nektet å følge rutiner opplevde de sanksjoner som å få oversett behov og ønsker eller bli kommandert til å følge rutine. Rutinene påvirket forhold til familie, venner og først og fremst ektefeller. De fikk en følelse av at forholdene utspilte seg «offentlig» og ikke privat (Wiersma & Dupuis 2010). I følge Franklin et.al (2006) sa kun en informant at han følte seg hjemme.

Pasientene og personalet så ulikt på soverommet. Beboerne så det som en privat plass der de styrte sitt eget anliggende og kunne sosialisere med familie og venner. De opplevde rommet som mer «hjemme» enn de opplevde resten av institusjonen. Pasientene sa at pleiere så på rommet som en plass for personlig pleie. Det ble regulert av strukturer, regler og rutiner. Pasienter med mindre behov for stell og pleie fikk ha rommet sitt mer i fred. Rommet var en arena for samhandling mellom pasient og personale der det kunne oppstå konflikter og maktmisbruk. Pasienter følte frustrasjon når de ikke kunne bestemme hva som skulle skje på rommet, og følte at privatlivet ble tatt bort (Wiersma & Dupuis 2010). Invasjon av personlig

rom var ubehagelig og gav følelse av skam, avsmak og motvilje uansett relasjon til pleiepersonalet (Schenk et. al 2013).

3.1.4. Utrygghet, ensomhet og venting

Pleiere lot pasienter forstå at de måtte vente og at det var flere enn dem som trengte hjelp gjennom travelhet og kommentarer (Gran et.al 2009, Wiersma & Dupuis 2010, Oosterveld – Vlug et.al 2013). Pasienter kunne føle at helsehjelpen var upålitelig eller få mistillit til personalet når de ventet forgjeves på pleiere de hadde inngått avtaler med om trening eller pleie (Slettebø 2008, Gran et.al 2009), når personalet hadde det travelt eller hvis personalet kommuniserte dårlig (Slettebø 2008). Pasientene følte sårbarhet og hjelpeløshet når de ikke fikk informasjon eller ikke ble tatt på alvor (Gran et.al 2009). Når pleiere ikke responderte på ringeklokka ble pasienter bekymret for at de ikke ville få hjelp (Nakrem et.al 2011).

Venting, travel atmosfære og lite oppmerksomhet økte følelsen av avhengighet og virket ydmykende (Wiersma & Dupuis 2010, Oosterveld – Vlug et.al 2013). Venting forverret fysisk smerte (Gran et.al 2009) og hindret deltagelse i aktiviteter. Venting var mest ydmykende rett etter flytting. Dette avtok litt etter hvert som pasientene ble vant til å vente (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Pasientene så at personalet ikke likte å la de vente (Wiersma & Dupuis 2010). Avhengigheten var et strev, og noen følte det var et nederlag å ringe etter hjelp (Nakrem et.al 2011). Pasienter følte seg som en byrde og var bekymret for å belaste pleiepersonale og familie. Noen bad kun om hjelp til det aller mest nødvendige for å unngå å være til byrde (Komatsu et.al 2007, Nakrem et.al 2011, Oosterveld – Vlug et.al 2013). Pasientene senket forventningene til pleien når de så at det var umulig å få alle behovene sine møtt (Nakrem et.al 2011).

Noen pasienter oppgav at de sjelden fikk nye kontakter på sykehjemmet (Oosterveld – Vlug et.al 2013), og at livet på sykehjemmet var ensomt (Slettebø 2008). Dialogen mellom pasientene var begrenset (Bergland & Kirkevold 2008, Gran et.al 2009, Schenk et. al 2013). Pasienter måtte redusere forventningene sine til sosial kontakt for å tilpasse seg. Selv beboerne som trivdes, uttrykte ønske om å etablere et personlig forhold til en medpasient. Det kunne være ensomt å leve blant svekkede medpasienter, fordi det «ikke var noen å snakke

med» (Bergland & Kirkevold 2008) og dersom pasienter ikke opplevde sosial «utveksling», kunne de føle ensomhet til tross for at de hadde folk rundt seg og mulighet for kontakt med andre (Schenk et. al 2013). Gode relasjoner til medpasienter lettet hverdagslivet, selv om de ikke var avgjørende for opplevelse av trivsel (Bergland & Kirkevold 2008).

3.2. Ivaretagelse av integriteten

Gevinsten ved å flytte på sykehjem var å få møtt behovene sine (Brandburg et. al 2013). God kvalitet på pleien var av stor betydning for trivselen (Bergland & Kirkevold 2006).

Personlighetsfaktorer som f. eks evne til å bygge relasjoner var av stor betydning (Franklin et.al 2006, Slettebø 2008, Schenk et. al 2013). Pasientene som trivdes, hadde tatt et aktivt valg for å trives (Bergland & Kirkevold 2006). Pasientene så at de trengte hjelp og døgnkontinuerlig pleie, og syntes flyttingen var nødvendig fordi de ikke lenger klarte seg selv hjemme. De følte seg trygge fordi de kunne få hjelp døgnet rundt (Franklin et.al 2006, Komatsu et.al 2007, Slettebø 2008, Schenk et. al 2013). Mange hadde vært redde for at de ikke ville få hjelp dersom de trengte det (Slettebø 2008).

Infrastrukturen og pleien i sykehjemmet økte muligheten for selvbestemmelse og relativt uavhengige liv for pasienter som hadde mestret dagliglivet dårlig hjemme (Schenk et. al 2013). Pasienter satte stor pris på at pleierne erkjente beboernes individuelle behov for stell og pleie, helsefremming og forebygging av komplikasjoner (Nakrem et.al 2011). God kvalitet på pleien og å få hjelp når en trengte det, beskyttet verdigheten (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Pasientene følte at de fikk bedre pleie enn det de trodde pasienter flest fikk i sykehjem ut fra hvordan det fremstilles i media, men de hadde følt seg enda tryggere dersom institusjonen var sterkere bemannet (Slettebø 2008).

Personalets holdninger var avgjørende for pasientenes opplevelse av autonomi (Stabell og Lindström 2003, Schenk et. al 2013). Å ta avgjørelser selv f. eks om når en ønsket å dusje gav pasientene verdighet (Schenk et.al 2013, Oosterveld – Vlug et.al 2013). Å bli underrettet, få informasjon og å få kartlagt sine preferanser, økte opplevelsen av å bli sett som et individ og som en beslutningsdyktig, kompetent voksen (Stabell og Lindström 2003, Schenk et. al 2013). Pasienter opplevde at pleiepersonalet kommuniserte at de hadde verdi gjennom å la de spille

en rolle i institusjonen (Franklin et.al 2006). Pleiepersonale som involverte pasientene bidro til å gi hverdagslivet mening (Franklin et.al 2006).

Å føle seg som del av ett nettverk, motta støtte og å kunne delta i livet til nære personer beskyttet verdigheten og gav mening (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Pasienter uttrykte at pleierne hadde en viktig rolle for at de skulle oppleve psykososialt velvære ved å balansere behovet for sosial kontakt med behovet for å være alene, og ved å hjelpe til med å bevare et sosialt nettverk (Nakrem et.al 2011). Når tilhørighet til familien er synliggjort styrker det opplevelsen av mening og sammenheng (Stabell & Lindström 2003). Det var et høyt ønske for mange å tilbringe tid med familie og venner. Det gav trygghet å ha familien i nærheten, selv dersom de ikke kom på besøk (Brandburg et.al 2012). Kontakt med mennesker utenfor institusjonen styrket identiteten (Franklin et. al 2006) og beskyttet mot følelse av anonymitet (Schenk et. al 2013). Pleierens rolle var sentral i å tilrettelegge for å skape meningsfylte relasjoner mellom beboere som bidro til trivsel. Deltagelse i sosiale aktiviteter og fysisk nærvær til medpasienter var ikke nok til å legge grunnlag for meningsfylte relasjoner. Organisatoriske forhold kunne hemme eller fremme sosial kontakt mellom pasienter, men ikke alle pleiere var bevisste på dette. Noen pleiere hadde evne til å skape positive og meningsfylte samspill som bidro til trivsel og at beboerne ble mer obs på hverandre. For eksempel kunne pleiere plassere pasienter som hadde noe til felles slik at de kunne delta i samme samtale enten ved å være deltaker i samtalen eller aktiv lytter (Bergland & Kirkevold 2008).

3.3. Relasjoner og psykososialt velvære

3.3.1. Relasjoner til pleierne

Pleie av god kvalitet fra vennlige pleiere gjorde livet enklere for alle beboerne. Personlige forhold til pleierne var ikke avgjørende for trivselen for alle beboerne, men for noen var dette avgjørende for at de skulle trives. Selv pasientene som ikke trivdes hadde knyttet personlige relasjoner til pleiere. Noen beboere syntes det var av betydning at det kom inn en pleier som de hadde en nær personlig relasjon til om morgenen, for andre var det ikke viktig (Bergland & Kirkevold 2005). Det var ikke tilstrekkelig at pleiepersonalet bare «gjorde jobben sin» på en profesjonell måte (Slettebø 2008). Noen beboere tok initiativ til å etablere kontakt med

pleiere, men andre syntes det var opp til pleiepersonalet å etablere relasjoner. Pasienter hadde svært ulike krav til relasjonene til pleiere (Bergland & Kirkevold 2005).

Personale som var fysisk, men ikke mentalt tilstede gav følelse av meningsløshet (Franklin et.al 2006). Dårlig omsorg der en ikke fikk oppmerksomhet, ble lyttet til eller tatt på alvor virket ydmykende (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Høy turnover av pleiepersonale stod i kontrast til de rigide rutinene. Ressursknapphet og midlertidige ansettelser gjorde det vanskelig å bygge relasjoner til pleiepersonalet (Oosterveld – Vlug et.al 2013) og skapte rastløshet (Brandburg et.al 2012). Dagene kunne føles lange, kjedelig og tomme (Slettebø 2008). Pasienter savnet selskap og følte at pleierne forsømte de sosiale behovene deres (Oosterveld – Vlug et.al 2013, Slettebø 2008, Brandburg et.al 2012, Wiersma & Dupuis 2010) gjennom lite oppmerksomhet, utålmodighet (Oosterveld – Vlug et.al 2013), oppgaveorientering (Wiersma & Dupuis 2010) og dårlig bemanning. Pleiere med dårlige norskkunnskaper var belastende for pasientene fordi de ikke fikk uttrykt behovene sine. Dersom det ble brukt humor og kombinasjon av kroppsspråk og ord for å prøve å løse språkproblemene, følte pasientene seg likevel respektert (Slettebø 2008).

Noen av pleierne kunne oppleves som nonsjalante (Slettebø 2008). Personalet var veldig tydelige på grensene sine i forholdene til beboerne. Mange sykepleiere ble opplevd som vennlige og omsorgsfulle, men forholdene til personalet var ofte oppgaveorienterte, upersonlige og hierarkiske. Pasientene følte at hvis de var snille mot personalet ville personalet være snille mot dem (Wiersma & Dupuis 2010).

«Virkeliggjørelsen» beskrives av Hovdenes (2007) som essensen ved det meningsfylte liv i sykehjemmet. Denne oppstår i relasjonene, gjør livet levende og gir rom til å leve (Hovdenes 2002). Pleier- pasientrelasjonen er essensiell for at pasientene skal oppleve livet i sykehjemmet som meningsfylt (Hovdenes 2002, Stabell og Lindström 2003, Franklin et.al 2006, Oosterveld – Vlug et.al 2013, Schenk et. al 2013). Vennlighet, engasjement og tilstedeværelse var høyt verdsatt (Oosterveld – Vlug et.al 2013, Schenk et. al 2013), det samme var personale som brukte humor i relasjonen til pasientene (Gran et.al 2009). De fleste pasientene opplevde å bli møtt av respekt (Slettebø 2008). Å bli behandlet med respekt, verdighet og interesse beskyttet mot lidelse. Validering økte selvtilliten til pasientene (Gran

et.al 2009, Oosterveld – Vlug et.al 2013), og muligheten til å uttrykke seg på sin måte er en viktig faktor for å oppleve livskvalitet (Stabell & Lindström 2003).

Pasienter som ikke hadde mulighet til å engasjere seg i samtaler med andre beboere, var ekstra avhengige av at personalet tilbragte tid med dem og snakket med dem (Gran et.al 2009). Mange var fornøyde med pleiepersonalet og sa at de var vennlige og hjelpsomme. God og profesjonell omsorg beskyttet følelsen av verdighet (Oosterveld – Vlug et.al 2013).

Det var av stor betydning hvordan pleiepersonalet oppførte seg i potensielt ydmykende situasjoner for at pasientene ikke skulle føle seg til byrde (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Å bli kjent med pleiepersonalet gjorde det lettere å fremme ønsker. Pasientene sa at pleiepersonalet ble mer tilbøyelige til å vurderte, diskuterte og prøvde å imøtekomme pasientens ønsker etter at pasientene hadde bodd i sykehjemmet en stund (Oosterveld – Vlug et.al 2013).

4. DISKUSJON

Resultatet viser at faktorer hos pasienten selv, personalet og organisasjonen påvirker trivsel, mening, verdi, mestring og tilpasning. Begrepet integritet ble brukt som en av hovedkategoriene da det ble vurdert at dette var et godt samlebegrep for funnene i resultatet. I følge Kirkevold (2010) kan integritet forstås som å være hel og uskadd. Begrepet integritet forankres i fire grunnleggende prinsipper: ivaretagelse av pasientens energibalanse, kroppslige integritet, personlige integritet og sosiale integritet. Pasientene må enkelt sagt få pleie som fremmer at de får være hele mennesker med alle sine sider. Gamle hjelpetrequende mennesker i sykehjem er ekstra utsatt for trusler og krenkelser av integriteten. Dette skyldes blant annet at de er avhengige av andre mennesker, aldersforandringer og skrøpelighet kan hindre at hjelperen ser personen som han/hun er, pleiere har adgang til private rom og den eldre skrøpelige pasienten kan mangle nødvendig styrke og kraft for å motstå maktmisbruk (Kirkevold 2010).

Martinsen betegner pleie til pleietrengende eldre og andre som ikke kan forventes å gjenvinne uavhengighet som «vedlikeholdsomsorg». Vedlikeholdsomsorg er betingelsesløs omsorg uten mål om at pasienten skal gjenvinne egenomsorgsevne (Kristoffersen 2011). Et mål med pleien til den geriatrike pasienten bør være å opprettholde livskvaliteten (Hauge 2010). God livskvalitet innebærer enkelt sagt et positivt syn på eget liv og å ha gode følelser (Kristoffersen 2011). Begrepet er knyttet til helsa og livssituasjonens subjektive dimensjoner, og siden starten av 1990- tallet har livskvalitet i stadig større grad blitt akseptert som et mål for pasientbehandlinga. «*Livskvalitet er personers oppfatning av sin livssituasjon innenfor den kulturen og de verdssystemene de lever i, i relasjon til deres egne mål, forventninger, normer og interesser*» WHOQOL (1995, oversatt av Kristoffersen 2011).

4.1. Pasientene sine opplevelser av å bo i institusjon

4.1.1. Tap og gevinster med å flytte på sykehjem

Resultatet viser at tapene som pasientene opplevde var individuelle og varierte. Felles var tap av integritet, identitet og sosialt nettverk. Pasientene hadde flyttet fra hjemmemiljøet som var fullt av minner og var en plass hvor de hadde dyrket individualiteten sin og gjerne hadde ektefelle, naboer eller andre mennesker de var i nær relasjon med. På den annen side

opplevde pasientene gevinster. Den største og viktigste fordel ved å flytte til sykehjem var trygghet. Å ha folk rundt seg hele døgnet var en fordel. Noen pasienter opplevde dessuten å bli mer selvhjulpne etter å ha flyttet til sykehjem fordi omgivelsene var mer tilrettelagt. Ved noen av sykehjemmene bidro muligheter til aktivitet og trening til økt funksjonsnivå. Forskning viser at en gruppe sykehjemspasienter hadde høyere grad av mobilitet og uavhengighet (Karakaya, Bilgin, Ekici, Köse & Otman 2009), men på den annen side hadde de flere depressive symptomer og lavere livskvalitet (Scocco, Rapattoni & Fantoni 2006, Karakaya et.al 2009).

Pasienter kunne ha følelsen av at livet i sykehjemmet var et liv i stillhet og at de levde i et eksistensielt vakuum. Andre pasienter trivdes godt, hadde gode relasjoner til pleiere og medpasienter og var fornøyde med aktivitetene som ble tilbudt. Kvaliteter i det fysiske miljøet og mulighet til å bevege seg utenfor institusjonen ble også trukket fram som påvirkning på trivselen (Bergland & Kirkevold 2006, Nakrem et. al 2011). Det er variasjon i resultatene fra ulike sykehjem i hvilken grad disse «gevinstene» er tilstede. Samtidig uttrykte pasientene svært ulike behov. Noen av pasientene var ambivalente og opplevde en «slags trivsel», dvs trivsel på visse områder. Forskning viser at trivsel i sykehjem er et resultat av evnen til å leve så godt som mulig innenfor sykehjemmets rammer, samt individuelle faktorer hos beboerne, relasjoner til mennesker i omgivelsene samt trivelige fysiske omgivelser (Bergland 2012).

4.1.1. Virkeliggjørelse vs. tilintetgjørelse

Begrepet «virkeliggjørelse» beskrives av Hovdenes (2002) som essensen ved det meningsfylte ved livet i sykehjemmet, og handler om et levende liv der en får utfolde seg. Begrepet «tilintetgjørelse» beskrives som essensen av det meningsløse livet i sykehjemmet, når pasienten føler seg som et objekt, tilintetgjøres og opplever meningsløshet (Hovdenes 2002). I følge Malmedal (2013) opplever mange eldre i sykehjem objektifisering og krenkelser i hverdagen, og selv om årsakene kan ligge på systemnivå kommer den til uttrykk i relasjonene (Malmedal 2013, Rokstad 2014).

Resultatet viser at pasienter kunne oppleve at pleierne bare var fysisk tilstede og konsentrerte seg om oppgavene sine. I følge resultatet opplevde pasientene både gode og betydningsfulle

relasjoner til pleiepersonale, og vonde relasjoner der de følte seg som objekter. Opplevelsen av virkeliggjørelse eller tilintetgjørelse oppstod i relasjonene. Verdigheten og identiteten til pasientene er utsatt for mange trusler. Rigide rutiner og fokus på det fysiske gav følelse av tilintetgjørelse. Likevel ser det ut som personale som bekreftet pasientene og var sensitive og åpne for deres livsverden motvirket objektivisering. Vennlige pleiere gjorde hverdagen til pasientene enklere. Pasientene opprettholdt verdighet ved hjelp av ulike strategier og støtte fra personale, pårørende og andre personer i omgivelsene (Franklin et. al 2006, Komatsu et. al 2007).

Omsorg bør være et mål i seg selv og omfatter både praktiske, relasjonelle og etiske aspekter. Praktiske løsninger, «myke og varme hender», «menneske til menneskeforhold», se pasienten og være tilstede i pasientens liv samt solidarisk, likeverdig og rettferdig hjelp (Martinsen 2003, som beskrevet i Kristoffersen 2011). Et annet viktig mål for pleien bør være at pasienten skal oppleve livssituasjonen sin som meningsfull. Det dreier seg ikke om at pasienten skal oppleve situasjonen han er rammet av som meningsfull, men at pasienten skal oppleve at det ligger muligheter i livssituasjonen sin. Mening er en viktig dimensjon av begrepet livskvalitet (Kristoffersen, Breivne og Nortvedt 2011). Livskvaliteten til pasientene i litteraturstudien økte ved sosial kontakt, selvbestemmelse, privatliv, trygghet, informasjon, meningsfylte og givende aktiviteter. Aktiviteter hadde underholdningsverdi, gav følelse av tilhørighet til ei gruppe og brøt opp rutinene (Schenk et. al 2013). Det var godt for pasientene å leve mest mulig på «sin egen måte», for eksempel ved å bestemme sin egen «timeplan», måltidsrytme og når de ville delta på aktiviteter (Nakrem et. al 2011).

I følge kvalitetsforskriften innebærer kvalitet at pasienter opplever respekt, forutsigbarhet og trygghet i forhold til tjenestetilbudet, få dekket sosiale behov og tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter (Helse- og omsorgsdepartementet 2003).

4.1.2. Pasientsentrering

Begrepet pasientsentrert kommunikasjon innebærer respekt for pasientens rett til selvbestemmelse, kjennetegnes av likeverd i relasjonen og tar hensyn til pasientens beste. Målene med pasientsentrert kommunikasjon er å fremme pasientperspektivet, forstå

konteksten til pasienten, finne en felles forståelse i samsvar med pasientens verdier og fremme pasientens makt og myndighet der dette er mulig (Eide & Eide 2012).

Resultatet viser at det varierte i hvilken grad pasientene hadde innflytelse på sin egen hverdag. Forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet 2003) innebærer at kvalitet omfatter muligheten til selvstendig styring av eget liv og til ro og skjermet privatliv. Helseinstitusjonens utforming og pasientens rolle påvirker i stor grad pasientens makt (Norvoll 2009). I følge Norvoll (2009) har pasientene en svak og underordnet rolle sammenliknet med de ansatte, og de må underordne seg institusjonens fastsatte regler og rutiner. Norsk forskning viser at sykehjemspasienter kan oppleve å ikke ha kontroll over sin egen døgnrytme, mangle stimulering og bli sløvet av medisiner (Malmedal 1999). Resultatet viser at pasientene ofte opplevde venting, og de la merke til at mange pleiere ikke likte å la dem vente, mens andre pleiere så på venting som en naturlig del av institusjonslivet. Pasientene følte at de måtte innrette seg etter rutiner og regler. Delvis forstod de bakgrunnene for reglene og rutinene, men noen av rutinene virket meningsløse. I begynnelsen av livet i institusjonen prøvde de fleste å tilpasse seg og lære seg hvordan de skulle leve for å ha det mest mulig behagelig, bli godtatt og unngå motstand. Likevel kan det se ut som noen pasienter valgte å protestere mot eller ignorere regler og rutiner. Disse opplevde sanksjoner av ulik art som førte til at de fleste resignerte etter en tid.

4.2. Organiseringa av sykehjemmet- pleie på pasientenes premisser?

Goffmans (1988) institusjonskritikk omhandler krenkelse av personlighet, dekulurasjon, rolleberøvelse, depersonalisering og makt- og avmaktsforholdet mellom pleiere og pasienter. I følge Norvoll (2009) er sykehjemmet er en total institusjon der de innlagte lever alle livets aspekter innenfor institusjonen, gjerne over flere år. En total institusjon er et lukket miljø som er isolert fra omverdenen (Goffman 1961). Det trekkes en klar grense mellom de innlagte og de ansatte, og de lever parallelle liv innenfor institusjonen (Norvoll 2009). Mye har skjedd siden Goffmans institusjonskritikk på 1960- og 1970- tallet. Til tross for dette viser resultatet at pasientrollen fortsatt på mange sykehjem er preget av passivitet og underordning, noe som støttes av Norvoll (2009).

I følge meld.st. 29 «Morgendagens Omsorg», går utviklingen mot små sykehjemsavdelinger som er åpne, integrerte i lokalsamfunnet og deler arealer med den øvrige befolkningen. Det går også mot større skille mellom tjeneste og boform, der tjenestetilbudet og ressursinnsatsen i større grad enn i dag blir knyttet til den enkelte beboeres behov. «Det åpne sykehjemmet» blir i meld.st. 29 beskrevet som et sykehjem der det forebygges at livet på institusjonen blir avsondret fra lokalsamfunnet for øvrig. Målene er blant annet å unngå rolleberøvelse, isolasjon og gi meningsfulle opplevelser. Eksempler på virkemidler er åpne serveringssteder på sykehjemmet, kulturarrangement og forhold som tilrettelegger for at pårørende skal føle seg hjemme (Helse- og omsorgsdepartementet 2012).

4.2.1. Organiseringa påvirker hverdagen til pasientene

Organisering, administrasjon og ledelse er et av sykepleiernes ansvars- og funksjonsområder og omfatter administrasjon av egen og sykepleieteamets arbeidsdag i direkte pasientarbeid (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2011). Resultatet viser at organiseringa av sykehjemmet påvirket hverdagen til pasientene i stor grad, for eksempel ved at det var vanskelig å bygge relasjoner til pleiepersonalet på grunn av stor utskiftning og dårlig bemanning. Pasientene opplevde kjedsomhet, ensomhet og understimulering. De kunne også føle seg emosjonelt ensomme på samme tid som de følte at de ikke fikk nok tid for seg selv og kunne oppleve kjedsomhet samtidig som de følte seg presset til å delta på aktiviteter. Kvaliteten på relasjonene og aktivitetene var avgjørende for om de gav fellesskap, mening og virket stimulerende. I følge Norvoll (2009) kan rutiner og regler bli utøvd strengt selv om det bryter med faglige og etiske standarder. Spesielt på arbeidsplasser med organisasjonsproblemer eller høyt arbeidspress. Systemmakten utformes når den enkelte institusjon og avdeling utformes, men de organisatoriske rammene er ikke fullstendig styrende for maktutøvelsen fordi den enkelte ansatte personen kan velge å bruke makt på ulike måter ut fra personlige egenskaper og verdier. Yrkesutøveren må ha kunnskap om mulighetene til å påvirke systemet og benytte disse for å unngå å legge taushet over maktutøvelsen som foregår i den praktiske hverdagen i institusjonen (Norvoll 2009) og dersom det har utviklet seg en kultur på avdelingen der de ansattes rutiner går foran beboeres ønsker og behov, er det sykepleierens faglige lederansvar å arbeide for å endre arbeidskulturen (Hauge 2010).

Sykepleieprosessen rundt pasientene er avhengig av kommunikative oppgaver og delaktiggjøring av pasienten for å lykkes. Målene for sykepleien må bestemmes i samråd med pasienten og pasienten må i størst mulig grad beholde ansvaret for å nå målene selv (Eide & Eide 2012). Pleien må gis på pasientens premisser og ekte omsorg er basert på annerkjennelse av den andre ut fra hans situasjon (Martinsen 2003, som beskrevet i Kristoffersen 2011). Pasientene ved et par av sykehjemmene i litteraturstudien var svært fornøyde med muligheten til å påvirke hverdagene sine, men ved det store flertallet av sykehjem var omsorgen i liten grad individualisert og at pasientene opplevde personalet som oppgavesentrert.

I følge Malmedal (2013) er alternative måter å organisere sykehjem på forsøkt. «The eden alternative» er et eksempel på en organisering av sykehjemmet som gir et miljø som pasientene trives i der de får lov å være hele mennesker. Prosjektet har bevist at endring i tankegangen, kreativitet og fokus på vekst og utvikling kan øke livskvaliteten til pasientene uten at det nødvendigvis krever ekstra ressurser (Malmedal 2013, Weinstein 1989). Filosofien bak «the eden alternative» er normale omgivelser, gjerne i vanlige boligfelt. Omgivelsene skal være mest mulig likt et vanlig hus på alle måter, for eksempel blir maten laget på kjøkkenet og klær blir vasket på vaskerommet. Det er lite organiserte aktiviteter, og heller fokus på turer, hverdagsaktiviteter og samhandling med pårørende (Kane, Lum, Cutler, Degenholz & Yu 2007).

4.3. Mestring av flyttingen til sykehjem

4.3.1. Faktorer hos pasientene

Begrepet resiliens ble brukt i flere av artiklene og betegner en type mestringsevne som finnes hos mennesker som håndterer påkjenninger og traumer uten tap av funksjonsevne, helsetap eller behov for profesjonell hjelp. Denne motstandsdyktigheten er ikke uvanlig. Faktorer som robusthet, valg av tilpassede mestringsstrategier, svært positiv selvfølelse, positive følelser og latter virker som buffere ved tap og ekstreme livssituasjoner (Kristoffersen 2011).

I følge litteraturstudien kan pasienter møte mange ulike utfordringer i forbindelse med institusjonalisering, og at det varierer hvor godt de mestrer utfordringene. Mange mobiliserte ekstra krefter og ressurser, mens andre resignerte. De fleste pasientene var svært opptatte av å

tilpasse seg livet i institusjonen den første tiden, og de begynte å følte seg mer tilpass etter å ha lært seg hvordan ting fungerte i sykehjemmet og hvordan de skulle få dekket behovene sine. Hvor lang tid det tok å tilpasse seg varierte, men etter 2 mnd hadde de fleste begynt å finne seg til rette. Resultatet samsvarer med forskning som viser at pasienter ofte går igjennom tre faser etter flytting til sykehjem. Overveldelse, tilpasning og akseptasjon (Hauge 2010).

Resultatet viser at resilienssegenskaper kom til uttrykk hos mange av pasientene i vanskelige livssituasjoner, mens andre beboere resignerte, mislyktes i tilpasningen eller hadde bestemt seg på forhånd for å ikke trives. Pasienter som følte at de mestret dagliglivet, hadde positiv selvtillit, positiv innstilling og opplevde mindre lidelse (Gran et. al 2009). Likevel er det slett ikke alle pasienter som opplever flyttingen som problematisk (Brugler et.al 1993). I følge resultatet har pasientene mange ressurser og tar i bruk ulike strategier for å mestre situasjonen. For eksempel sammenliknet de seg med medpasienter som hadde det verre enn seg selv og tok aktive valg om å trives. I følge Daatland & Solem 2011 bevarer mange eldre mennesker motstandskraft/resiliens til tross for tap og sykdom. Mange har evner til tilpasning som bidrar til å opprettholde et positivt selvbilde selv når autonomien trues. Å sammenlikne seg med andre blir en referanse for vurderingen av en selv (Daatland & Solem 2011, Gran et. al 2009, Oostverveld – Vlug et.al 2013), men det kan også oppleves truende for integriteten å leve blant andre pleietrengende mennesker (Stabell & Lindstrøm 2003). Et behov for og/eller en norm om å trives kan påvirke svar på spørsmål om trivsel til den høyere enden av skalaen. Trivsel og mistrivsel kan til en viss grad sees som karaktertrekk og personlighetsfaktorer er den viktigste determinanten for subjektivt velvære (Daatland & Solem 2011). I hvilken grad pasientene opplever kontroll over egen situasjon og sosial støtte påvirker i hvilken grad flyttingen oppleves problematisk. (Brugler et.al 1993, Chanfreu et.al 1990, Davidson & O'Connor 1990, Grant et.al 1992, Jackson et.al 2000, Talerico 2004).

«Overlevermentalitet» hjalp til med å takle tap og forandringer. Pasienter sa at de måtte ta en dag om gangen, ikke dvele ved fortiden, men leve i nuet. I situasjoner der ingenting kunne gjøres sparte de krefter ved å slutte å bry seg (Brandburg et. al 2012). De fleste pasientene i studien hadde evne til å nyte de små tingene i livet til tross for store tap. Å skylde på alderen var en mestringsstrategi. De kunne f. eks si «Du blir også gammel en dag – bare vent!». Likegyldighet for kommentarer fra andre og å stå opp for sine rettigheter/protestere beskyttet

selvtilliten (Oosterveld – Vlug et.al 2013). De forsøkte å komme overens med andre, ba om hjelp når de følte seg utilfreds pga vanskeligheter og snakket som tap og søkte løsninger sammen med andre (Brandburg et.al 2012). Noen forsøkte alltid å gjøre det beste ut av situasjonen og fokuserte på de gledelige tingene i livet (Brandburg et. al 2012 og Oosterveld – Vlug et.al 2013) og var tålmodige og fleksible for å få møtt behovene sine (Brandburg et. al 2012). Pasienter sa at «du må bare leve med det». Å akseptere avhengigheten og gi fra seg kontroll var en tilpasningsstrategi (Stabell & Lindström 2003, Nakrem et. al 2011). Personlighetsfaktorer, evne til å bygge relasjoner og religiøs tro påvirket hvordan pasienter taklet situasjonen (Komatsu et. al 2007) og pasienter brukte tidligere tap til å forberede seg til det restriktive sykehjemsmiljøet (Brandburg et. al 2012).

Flyttinga til sykehjem førte med seg store omveltninger i livet, og mange hadde redusert forventningene til livet. Deres tidligere liv ble minnet som positivt, men som historie. Beboere som klarte å redefinere begrepet trivsel innenfor rammene i sin nye livssituasjon, klarte å trives. Pasienter som hadde samme forventninger til livet i sykehjemmet som det tidligere livet, klarte ikke å trives (Bergland & Kirkevold 2006). For å oppleve kontroll endret pasientene indre verdier. Når en verdi gikk tapt steg det fram en ny (Stabell & Lindström 2003). Noen oppgav at tro på Gud gav mot til å takle flyttingen og hjalp dem å akseptere funksjonstap og finne mening (Komatsu et. al 2007, Brandburg et. al 2012, Oosterveld – Vlug et.al 2013).

4.3.2. Sykepleie som støtter opp under pasientenes mestring

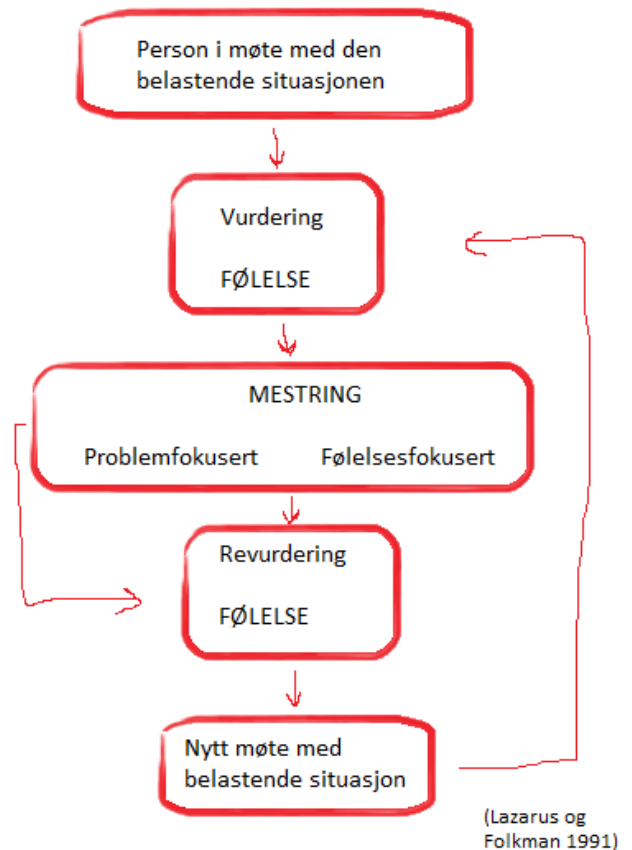
Resultatet viser at måten pleien ble utført på var av stor betydning. Dette understreker betydningen av sykepleierens rolle i møte med disse pasientene. For å utvikle en pasientsentrert praksis, må man ifølge Rokstad (2014) invitere til brukermedvirkning på en systematisk måte slik at pleierne må ta pasientens perspektiv. En må møte ethvert menneske som unikt, strebe etter å forstå deres livshistorie og bakgrunn og verdsette deres verdier og preferanser for å utøve personsentrert omsorg (Kitwood 1999, som beskrevet i Rokstad 2014).

I følge Hauge (2008) har mange sykehjemspasienter stort ønske om og glede av kontakt med de ansatte. En norsk undersøkelse viser at 68% av pasientene var fornøyde med muligheten

for å snakke med de ansatte, samt at 40% var fornøyd med muligheten til å tilbringe tid sammen med de ansatte (Kirchhoff et. al 2014). Resultatet viser at noen pasienter selv tok initiativ til kontakt med de ansatte, mens andre tenkte at dette var pleierne sitt ansvar eller ikke ville bry de ansatte. Pleiere bør åpne for kontakt og være sensitive for at ikke alle som ønsker det nødvendigvis tar kontakt.

«Å føle seg hjemme» førte til opplevelse av mening og sammenheng. Pasienter kunne føle seg hjemme hvis de kunne besøke kjente områder, treffe venner og bekjentskaper og ha et eget rom med egne eiendeler (Schenk et. al 2013). Et eget rom med egne eiendeler, fotografier og andre minner gav opplevelse av mening og sammenheng og styrket identiteten (Franklin et. al 2006, Komatsu et. al 2007, Wiersma og Dupuis og Schenk et. al 2013). Pleiere bør derfor motivere pasienter og pårørende til å innrede rommet og ta med eiendeler som gjør at pasientene kan minnes og føler seg som en del av en større sammenheng (Hauge 2010). Tanken på betydningsfulle personer, for eksempel barnebarna, selv om de var langt unna, gir pasienter følelse av å være en del av en større sammenheng og gi følelse av mening (Oosterveld – Vlug et.al 2013). Indre styrke og opplevelse av sammenheng påvirker verdigheten positivt (Franklin et. al 2006). Gode minner kunne lindre eksistensiell smerte (Gran et. al 2009). Noen pasienter følte at livet var meningsfylt, for eksempel fordi de så tilbake på rike liv og tidligere bragder (Oosterveld – Vlug et.al 2013).

I følge Lazarus og Folkman (1991) finnes det ikke noe generelt svar på hva god mestring er. Vurderingen av den situasjonen en er oppe i vil påvirke hvilken mestringsstrategi en velger og påvirker også de følelsesmessige reaksjonene. Pleiere må derfor forsøke å forstå hvordan pasienten vurderer situasjonen slik at de kan hjelpe pasienten å tilpasse forventningene sine til mulighetene og utfordringene som finnes. Lazarus og Folkman (1991). Litteraturstudien viser at pasientene justerte forventningene sine for å tilpasse seg situasjonen. Pleiere kan bidra i alle ledd av mestringsmodellen til Lazarus og Folkman (1991, se figur nedenfor) ved å stille spørsmål, lytte aktivt og forsøke å forstå pasienten.



4.4. Metodediskusjon

Hensikten med denne oppgaven er å belyse erfaringene til eldre, kognitivt intakte sykehjemspasienter. Metoden beskrevet i metodekapittelet fungerte for å finne artikler som belyste ulike aspekter av dette temaet. Metoden allmenn litteraturstudie i seg selv har noen svakheter, som gjør at studien må leses med et kritisk blikk. En har bare tilgang til en begrenset mengde relevant forskning, studiet kan fort bli selektivt dersom en velger ut forskning som støtter ens eget synspunkt og en kan få helt ulike konklusjoner på en problemstilling etter hvilke søkestrategier og artikler en velger (Forsberg & Wengström 2013). Større variasjon i søkeord, mindre andel håndسøk og mer systematiske søk ville sannsynligvis økt kvaliteten på litteraturstudien. Det er blitt gjort forholdsvis mye håndسøk på bakgrunn av pensumlitteratur, og dette øker faren for at studiet blir selektivt. Kvalitative artikler er subjektive, og sier lite om hvor mange som deler de ulike opplevelsene.

Enkelte av artiklene er ikke vurdert av etisk komitè, likevel er de inkludert fordi kvaliteten er vurdert som god nok og innholdet belyser hensikten. Den ene artikkelen er japansk, og det ble vurdert hvorvidt den hadde overførbar validitet pga kulturforskjeller og ulikheter i organiseringa av helsetjenesten. Artikkelen ble inkludert da den var av god kvalitet samt at pasientene beskrev de samme fenomenene og det samme forløpet av tilpasningen til institusjonen.

Relasjoner til medpasienter ble ekskludert fra litteraturstudien til tross for at det i flere av artiklene som studien er basert på, trekkes relasjoner til og omgang med medpasienter fram som svært viktig for trivselen. Et par av artiklene belyser utfordringer med å leve blant svekkede medpasienter. Litteraturstudien ville gitt et mer nyansert bilde av livet som kognitivt frisk sykehjemspasient dersom livet blant medpasienter ble belyst, men da studien var av et begrenset omfang måtte det gjøres valg. Etter innholdsanalysen var foretatt ble det prioritert å belyse relasjonene til pleiepersonalet, tap og påvirkning av integriteten. Disse danner hovedkategoriene. Inklusjons- og eksklusjonskriteriene ble justert noe underveis.

I diskusjonsdelen, særlig under kapittel 5.3 – mestring av flyttingen til sykehjem trekkes det fram meningsbærende enheter om mestring fra noen av de samme artiklene som resultatdelen bygger på. Hensikten med dette er å vise til kvalitativ forskning som kan belyse pasientenes kvalitative erfaringer om mestring. En innvending mot dette er at den teoretiske referanserammen muligens blir snevrere ved å bruke ekskluderte resultater fra artiklene enn ved å bruke annen litteratur. På den annen side kan denne kvalitative kunnskapen sammen med sykepleieteori gi økt innsikt og et pasientnært bilde på hvordan pasienter mestrer situasjonen, noe som igjen har betydning for sykepleien. Det trenger slett ikke å være en ulempe at erfaringer om mestring kommer fra de samme pasientene som beskrev erfaringer om tap og integritet.

5. KONKLUSJON

- Tapene som pasientene opplevde var individuelle og varierte. Felles var tap av integritet, identitet og sosialt nettverk. Først ble pasientene overveldet av tapene, deretter prøvde de å innrette seg for deretter å akseptere situasjonen.
- Pasienter opplevde gevinster som trygghet, å få dekket grunnleggende behov og å bo i omgivelser som var mer tilpasset funksjonsnivået sitt.
- Kvaliteten på sykepleien og på relasjonen mellom pasient og sykepleier, var av stor betydning for hvorvidt pasienten følte seg som et objekt/ ei oppgave eller om pasienten følte seg «virkeliggjort», trivdes og bevarte integriteten.
- God kvalitet på pleie og omsorg gjorde livene til pasientene lettere å leve.
- Pasientsentrert sykepleie bør være et mål og krever at sykepleieren er åpen, interessert og lydhør for hver enkelt pasient.
- Organiseringa av sykehjemmet spilte direkte inn på livskvaliteten til pasientene.
- Jevnt over hadde pasientene store mestringsressurser til tross for fysisk skrøpelighet.
- Pasientene taklet situasjonen ulikt, men forløpet til majoriteten av pasientene fulgte et mønster.

6. REFERANSER

- Bergland Å og Kirkevold M (2005) Resident- caregiver relationships and thriving among nursing home residents, *Research in Nursing & Health*, 28(2005) 365-375. DOI: 10.1002/nur.20097 [Hentet: 13.03.2015]
- Bergland Å og Kirkevold M (2006) Thriving in nursing homes in Norway: Contributing aspects described by residents, *International Journal of Nursing Studies*, 43(2006) 681-691. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.09.006 [Hentet: 13.03.2015]
- Bergland Å og Kirkevold M (2008) The significance of peer relationships to thriving in nursing homes, *Journal of Clinical Nursing*, 17(2005), 1295-1302. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.02069.x [Hentet: 13.03.2015]
- Bergland (2012) Hvilke faktorer kan bidra til trivsel i sykehjem? – presentasjon av en trivselsteori med utgangspunkt i to forskningsprosjekter. *Geriatrisk sykepleie 1(2012)*. [Hentet: 14.03.2015]
- Brandburg G L, Symes L, Mastel- Smith B, Hersch G og Walsh T (2012) Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study, *Journal of Advanced Nursing* 69(4), 862-874. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x. [Hentet: 12.02.2015]
- Brugler C., Titus M. og Nypaver J. (1993). Relocation stress syndrome: A patient and staff approach. *Journal of Nursing Administration*, 23: 45-50.
- Chanfreu D., Deadman J M., George H. og Taylor K E. (1990). Transfer of longstay psychiatric patients: A preliminary report of interinstitutional relocation. *British Journal of Clinical Psychology*, 29: 59-69.
- Davidson H A. og O'Connor B P. (1990). Perceived control and acceptance of the decision to

enter a nursing home predictors of adjustment. *International Journal of Aging and Human Development*, 31: 307-318.

Daae Hustad B, Lillemoen L, Albrihtsen E og Lyngved K (2014). Sykehjem «Ideal».

<https://sykepleien.no/meninger/innspill/2014/12/sykehjem-ideal> [Hentet: 10.05.2015]

Daatland og Solem (2011). Aldring og samfunn- Innføring i sosialgerontologi. 2. utg.

Fagbokforlaget: Bergen.

Dalland O. (2012). *Metode og oppgaveskriving*. 5. utg. Gyldendal Akademisk: Oslo.

Eide H & Eide T (2012). *Kommunikasjon i relasjoner*. 2. reviderte utg. Gyldendal akademisk,

Oslo.

Forsberg C og Wengström Y (2013), *Att göra systematiska litteraturstudier*, 3. utg, Natur &

Kultur, Stockholm

Foss B og Wahl A-K (2002). Pasienters behov viktigere enn rutiner. *Sykepleien* 90(18):35-39,

DOI:10.4220/sykepleiens.2002.0050 [Hentet: 10.05.2015]

Franklin L-L, Ternestedt B-M og Nordenfelt L (2006) Views on Dignity of Elderly Nursing

Home Residents, *Nursing Ethics* 13(2) DOI: 10.1191/0969733006ne851oa [Hentet:

21.01.2015]

Goffman E. (1961). *Asylums*. Anchor Books: New York.

Goffman E. (1988). Anstalt og menneske. Den totale institusjon sosialt sett. Jørgen Paludans

Forlag: København.

Gran S V, Festvåg L S og Landmark B T (2009) «Alone with my pain – it can't be explained,

it has to be experienced". A Norwegian in- depth interview study of pain in nursing

home residents, *International Journal of Older People Nursing* 2010(5) 25-33. DOI:

10.1111/j.1748-3743.2009.00195.x [Hentet: 12.02.2015]

- Grant P R., Skinkle R R. og Lipps G. (1992). The impact of an interinstitutional relocation on nursing home residents requiring a high level of care. *The gerontologist*, 32: 834-842.
- Hauge S. (2010). Sykepleie i sykehjem, i: Kirkevold M. (red.), Brodtkorb K. (red.) og Ranhoff A H. (red.) (2010) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (219-236).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2003). *Forskrift om kvalitet i helse- og omsorgstjenesten*. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> [Hentet: 15.04.2015]
- Helse- og omsorgsdepartementet (2012). *Meld.st. nr. 29, Morgendagens Omsorg*. <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/meld-st-29-20122013/id723252/> [Hentet: 13.05.2015]
- Hovdenes G H (2002) Pleier-pasient-relasjonen i sykehjem- tilintetgjørelse eller virkeliggjørelse *Vård i Norden* 22(3) 21-26. [Hentet: 13.03.2015]
- Høyland K. (2004) Fra snusirkel på badet til områdeplaner. *Aldring og livsløp*, 1: 12-14.
- Jackson B., Swanson C., Hicks L E., Prokop L. og Laughlin J. (2000). Bridge of continuity from hospital to nursing home – Part 1: A proactive approach to reduce relocation stress syndrome in the elderly. *Continuum (Society for Work Leadership in Health Care)*. 20(1) 3-8
- Kane R A, Lum T Y, Cutler L J, Degenholz H B & Yu T-C (2007) Resident Outcomes in Small- House Nursing Homes: A Longitudinal Evaluation of the Initial Green House Program, *Journal of American Geriatrics Society* 2007(55) 832-839. [Hentet: 21.01.2015]
- Karakaya M G, Bilgin A C, Ekici G, Köse N & Otman A S (2009) Functional Mobility,

- Depressive Symptoms, Level of Independence and Quality of Life of Elderly Living at Home and in the Nursing Home, *J Am Med Dir Assoc* 2009(10) 662-666. DOI: 10.1016/j.jamda.2009.06.002 [Hentet: 14.05.2015]
- Kirchhoff J W, Gjellebæk C og Tangen M (2014), Personlige relasjoner har betydning for pasienters tilfredshet i sykehjem, *Sykepleien Forskning*, 9(3) s.226-233. DOI: 10.4220/sykepleienf.2014.0130 [Hentet: 20.04.2015]
- Kirkevold (2010) Den gamles integritet, i: Kirkevold M. (red.), Brodtkorb K. (red.) og Ranhoff A H. (red.) (2010) *Geriatrisk sykepleie- God omsorg til den gamle pasienten* (91-99)
- Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (2011) Om sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) (2011) *Grunnleggende Sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg, bind 1, kapittel 1. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kristoffersen N J, Breievne G og Nortvedt F (2011) Lidelse, mening og håp, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) (2011) *Grunnleggende Sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg, bind 3, kapittel 25. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kristoffersen N J (2011) Teoretiske perspektiver på sykepleie, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) (2011) *Grunnleggende Sykepleie- Sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. 2. utg, bind 1, kapittel 6. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Kristoffersen N J (2011) Stress og mestring, i: Kristoffersen N J, Nortvedt F og Skaug E-A (red.) (2011) *Grunnleggende Sykepleie- Pasientfenomener og livsutfordringer*. 2. utg, bind 3, kapittel 23. Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Komatsu M, Hamahata A og Magilvy J K (2007) Coping with the changes in living environment faced by older persons who relocate to a health-care facility in Japan, *Japan Journal of Nursing Science* 2007(4), 27-38. DOI: 10.1111/j.1742-7924.2007.00073.x [Hentet:21.01.2015]

Lazarus R S og Folkman S (1991). The concept of coping, I: Monat A og Lazarus R S (red.):
Stress and Coping. An anthology. New York. Colombia University Press, s. 189-206.

Lerdal A (2012) Forskningsartikkel eller fagartikkel? *Sykepleien* 100 (2):72-73

DOI:10.4220/sykepleiens.2012.0018 [Hentet: 11.03.2015]

Malmedal W (2013) *Inadequate Care, Abuse and Neglect in Norwegian Nursing Homes*,
NTNU, Trondheim

Morse J M (2012) *Qualitative health research- creating a new discipline*, Left Coast Press,
California

Nakrem S, Vinsnes A G og Seim A (2011) Residents' experiences of interpersonal factors in
nursing home care: A Qualitative study, *International Journal of Nursing Studies*
48(2011) 1357-1366. DOI: 10.1016/ijnurstu.2011.05.012 [Hentet: 13.03.2015]

Norvoll (2009). *Makt og avmakt, i: Mellom mennesker og samfunn- Sosiologi og
sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene (66- 98)*. 2. utg. Gyldendal
akademisk: Oslo.

NSF (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler*.

<https://www.nsf.no/visartikkel/776377/17036/Yrkesetiske-retningslinjer-> [Hentet
02.03.2015]

Oostverveld – Vlug M, Pasman H R W, van Gennip I E, Williems D L, Onwuteaka –

Philipsen B D (2013) Changes in the Personal Dignity of Nursing Home Residents: A
Lonhitudinal Qualititative Interview Study, *PLoS ONE* 8(9) 1-8. DOI:
10.1371/journal.pone.0073822 [Hentet: 21.01.2015]

Oostverveld – Vlug M, Pasman H R W, van Gennip I E, Muller M T, Williems D L,

- Onwuteaka – Philipsen B D (2013) Dignity and factors that influence it according to nursing home residents: a qualitative interview study, *Journal of Advanced Nursing* 70(1), 97-106. DOI: 10.1111/jan.12171 [Hentet: 12.02.2015]
- Otnes B. (2011). Hjelpebehov og tjenestetilbud, i: Mørk E. (red.) *Seniorer i Norge 2010*, 127- 141. Statistiske analyser 120. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Polit D F og Beck C T (2012), *Nursing Research, Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*, 9 utg., Wolters Kluwer, Lippincott, Williams & Wilkins, Philadelphia
- Rokstad A M M (2014) *Se hvem jeg er! Personsentrert omsorg ved demens*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Schenk L, Meyer R, Behr A, Kuhlmeier A og Holzhausen M (2013) Quality of life in nursing homes: result of a qualitative resident survey, *Qual Life Res* 2013(22) 2929-2938. DOI: 10.1007/s11136-013-0400-2 [Hentet: 15.01.2015]
- Scocco P, Rapattoni M & Fantoni G (2006) Nursing home institutionalization: a source of distress or eustress for the elderly?, *Journal of Geriatric Psychiatry* 2006(21) 281-287. DOI: 10.1002/gps.1453 [Hentet: 12.02.2015]
- Slettebø Å (2008) Safe but lonely: Living in a nursing home, *Vård i Norden* 28(1) 22-25. [Hentet: 13.03.2015]
- Stabell Aa, Lindström U Å (2003) Mot opplevelse av integritet og verdighet- en streben og strid?, *Vård i Norden* 23(4) 29-34. [Hentet: 13.03.2015]
- Statens helsetilsyn (2003). *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunene: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport nr. 10. Oslo: statens helsetilsyn.
- Talerico K A. (2004). Relocation to a Long- Term Care Facility- Working With Patients and Families Before, During and After. *Journal of Psychosocial Nursing* 42(3): 10-16

Weinstein LB. The eden alternative: A new paradigm for nursing homes. *Activities, Adaption and Aging* 1998;22(4):1-7.

Wiersma E og Dupuis S L (2010) Becoming institutional bodies: Socialization into a long-term care home, *Journal of Aging Studies* 2010(24) 278-291. DOI: 10.1016/j.jaging.2010.08.003 [Hentet: 20.01.2015]

Ytrehus S. (1999). Utforming av nye omsorgsboliger og sykehjem. *Aldring & Eldre*, 4: 10-14

7. VEDLEGG

7.1.1. Søketabell

Database Dato	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Utvalg 1	Utvalg 2	Utvalg 3	Utvalg 4
Psychinfo 24.02.15		Dignity and Nursing home residents	6	6	4	3	2
Psychinfo 24.02.15		Coping and Nursing home residents	55	55	10	8	3
Sykepleien 24.02.15		Sykehjem og relasjoner	51	51	1	1	1
Svemed + 23.02.15	Peer reviewed	Sjukhem and Livskvalitet not Demens	29	29	9	7	2
Medline 25.02.15	Qualitative Abstract	Nursing home residents and quality of life	279	99	17	8	4
Medline 25.02.15	Qualitative	Nursing home and choice and control /OR autonomy	46	46	5	4	2

Summen av inkluderte artikler søkt i søkebase: 11. Da noen kom som treff på flere av søkene, blir summen av inkluderte artikler 14 i tabellen ovenfor.

7.1.2. Analysetabell

Et lite utdrag fra analysetabellen

Meningsbærende enheter	Subkategorier	Hovedkategorier
<p>Beboere møtte utfordringer relatert til begrensende miljø/omgivelser</p> <p>Regler og reguleringer skapte følelse av avhengighet. Det restriktive miljøet stod i kontrast til høy turnover av pleiepersonale. Dette skapte rastløshet blant beboerne.</p> <p>Gevinsten ved å flytte på sykehjem var å få møtt behovene sine.</p> <p>Tap var individuelle og varierte. Felles var tapet av privatliv og uavhengighet. Dette hadde gått over tid, også før de flyttet til sykehjemmet på grunn av økende grad av skrøpeligheit. Tapsfølelse pga eiendeler, hobbyer og sosialt nettverk var også vanlig. Tap av favorittpleier eller medbeboere var svært stressende for pasientene.</p>	<p>Et begrensende miljø med reguleringer og rutiner skapte følelse av avhengighet</p> <p>Pasientene opplevde ulike tap</p> <p>Tap av privatliv og uavhengighet hadde gått over tid</p> <p>Gevinsten ved å flytte på sykehjem var å få møtt behovene sine</p>	<p>Trusler for integriteten</p> <hr/> <p>Ivaretagelse av Integriteten</p>