



UNIVERSITETET I
NORDLAND

LISS-EVA OLSEN

FRA HJEM TIL SYKEHJEM

Hvilken betydning har kunnskap og holdninger blant sykepleiere, for pasienter med moderat grad av demenssykdom, i overgangen fra eget hjem til bosted i sykehjem?

Bacheloroppgave i sykepleie

Kandidatnummer: 24

Innlevert: 24.10.13

Antall ord: 10 027



FORORD

Benytter anledningen til å takke Tove Larssen for inspirerende veiledningssamtaler, og Elin for all støtte og motivasjon.

"Detalj av usynlig novemberlandskap"

av Inger Hagerup.

Fra samlingen *Fra hjertets krater* (1964).

Midt i det skoddeland som heter jeg
står det et gammelt veiskilt uten vei.

Det står og peker med sin mørkne pil
mot skoddemyrer og mot skoddemil.

Jeg leter fåfengt etter navn og tegn.
Alt er visket ut av sludd og regn.

Det stod en gang det sted jeg skulle til.
Når ble det borte og når fór jeg vill?

Jeg famler som en blind mot dette ord
som skulle vist meg veien dit jeg bor.

Midt i det skoddeland som heter jeg
står det et veiløst skilt og skremmer meg.

INNHold

1.0 INNLEDNING	s.3
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling.....	s.3
1.2 Problemstilling med avgrensning.....	s.3
1.3 Oppgavens hensikt.....	s.4
1.4 Kortfattet begrepsavklaring.....	s.5
1.5 Oppgavens oppbygging.....	s.7
2.0 METODE	s.7
2.1 Valg av metode.....	s.7
2.2 Datasamling.....	s.7
2.3 Etske overveielser.....	s.9
2.4 Presentasjon av vitenskapelige artikler.....	s.9
2.5 Presentasjon av Kari Martinsen.....	s.10
2.6 Kildekritikk.....	s.11
2.7 Førforståelse.....	s.12
3.0 TEORI OG DRØFTING	s.12
3.1 Sorgen i å forlate hjemmet.....	s.12
3.2 Hva er sykepleierens rolle?.....	s.17
3.2.1 Kunnskap.....	s.18
3.2.2 Holdninger.....	s.20
3.3 Pasienten med demens.....	s.23
3.4 Hvem er pasienten? – Kartlegging.....	s.24
3.5 Hvilken betydning har pasientens pårørende?.....	s.27
3.6 Å skape et nytt hjem.....	s.28
4.0 OPPSUMMERING	s.30
5.0 LITTERATURLISTE	s.33

1.0 INNLEDNING

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på sykepleierens betydning for pasienter i den første fasen etter innleggelse i sykehjem. Jeg vil utforske hva som må gjøres i forkant, og i situasjonen for å legge til rette for en god overgang, og jeg skal reflektere rundt hvilken betydning sykepleierens kunnskap og holdninger har for pasientens opplevelse av overgangsfasen. Det er spesielt pasienter med demenssykdom jeg vil fokusere på, da deres kognitive svikt byr på tilleggsutfordringer med hensyn til kommunikasjon, relasjonsbygging og innsikt egen sykdom og situasjon.

Jeg vil i løpet av oppgaven presentere to motsatte eksempler på personer med demenssykdom som nylig har flyttet inn i sykehjem. Jeg kaller dem "Signe" og "Kåre".

Fortellingene er opplevelser fra praksis som har gjort inntrykk på meg. Mine erfaringer og refleksjoner rundt disse situasjonene er bakgrunn for temaet i oppgaven. I praksisperioder og som assistent i sykehjem har jeg møtt flere pasienter som akkurat har flyttet i institusjon. Fortvilelsen jeg har møtt hos mange var smertefull å være vitne til, og jeg ønsker å finne ut hva vi som sykepleiere kan gjøre for at overgangen til sykehjem kan bli bedre. Samtidig har jeg vært så heldig å få møte pasienter med en positiv overgang. Jeg ønsker å finne ut hvilke faktorer som kan utgjøre forskjellen på en god og en dårlig overgang for pasientene.

1.2 Problemstilling med avgrensning

Problemstilling:

Hvilken betydning har kunnskap og holdninger blant sykepleiere, for pasienter med moderat grad av demenssykdom, i overgangen fra eget hjem til bosted i sykehjem?

Avgrensning:

- Problemstillingen avgrenses til pasienter med demens uten andre diagnoser eller spesielle fysiske plager.
- Jeg vil fokusere på den gruppen demenspasienter med moderat grad av demens.
- Kognitiv svikt er en gruppe symptomer som kan oppstå ved flere sykdommer, og temaet i oppgaven kan derfor ha overføringsverdi. For å avgrense oppgaven vil jeg fokusere på kognitiv svikt hos demenspasienter med moderat grad av demens.

Det finnes mange typer demenssykdom, ulike grader av demens og fysiske plager. Det vil i alle tilfeller være individuelle tiltak og tilpasninger som må vurderes. Jeg har valgt avgrensningene ut fra at en stor gruppe av dagens pasienter i sykehjem er rammet av kognitiv svikt som følge av demens. På grunn av oppgavens størrelse er det ikke mulig å gå inn på fysiske plager, ulike typer demenssykdom og ulik grad av demens.

1.3 Oppgavens hensikt

Jeg ønsker få større innsikt i om vi som sykepleiere gjennom kunnskap og holdninger kan være med å påvirke pasientgruppens opplevelse av det å flytte i sykehjem, og i så tilfelle hvordan. Gjennom denne oppgaven håper jeg å få satt fokus på en fase med mange utfordringer.

I 2005 var det omtrent 66 000 personer med demenssykdom i Norge. Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006) regner med at 250 000 er berørt av sykdommen, inkludert pårørende. Årlig blir rundt 10 000 diagnostisert med demens. Grunnet økning i antall eldre over 75 og 80 år vil antallet demensrammede kunne fordobles innen 30-40 år.

Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006) vektlegger at disse tallene gir utfordringer for helsepersonell og tjenesteapparatet med å planlegge og legge til rette for et individuelt tilrettelagt og faglig forsvarlig tilbud.

Det høye antallet pasienter med demenssykdom gjør problemstillingen relevant i dag og for fremtiden. Jeg ønsker å fordype meg i temaet slik at jeg kan få mer kunnskap og forståelse i møte med denne pasientgruppen, og at jeg forhåpentligvis kan være en ressurs for fremtidige arbeidskollegaer og studenter.

1.4 Kortfattet begreps avklaring

Kognitiv svikt: Kognitiv svikt er betegnelsen på et symptom-bilde vi kan se hos pasienter med ulike sykdommer. Mild kognitiv svikt og alvorlig grad av kognitiv svikt er oppført i diagnoselisten. Mild kognitiv svikt er ofte en forløper til demens, mens alvorlig grad av kognitiv svikt sees hos de pasienter som har demenssykdom (Kirkevold m.fl, 2010).

Demens: I det internasjonale klassifikasjonssystemet ICD-10 finnes denne definisjonen av demens:

1 Svekket hukommelse, især for nyere data

Svikt av andre kognitive funksjoner (dømmekraft, planlegging, tenkning, evne til abstraksjon)

- *Mild grad: Svekkelsen virker inn på evnen til å klare seg i dagliglivet*
- *Moderat grad: Personen kan ikke klare seg uten hjelp fra andre*
- *Alvorlig grad: Personen trenger kontinuerlig tilsyn og pleie*

2 Personen har klar bevissthet

3 Personen har sviktende emosjonell (følelsesmessig) kontroll, motivasjon eller sosial atferd, og har minst ett av følgende symptomer:

- *Emosjonell labilitet (svingende stemningsleie)*
- *Irritabilitet*
- *Apati*
- *Unyansert sosial atferd*

4 Symptomene må ha vart i seks måneder eller mer

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2005)

Moderat grad av demens: Demens utvikler seg hos enkelte over kort tid, mens sykdommen strekker seg over inntil 20 år hos andre. Dette avhenger av hvilken sykdom som ligger til grunn. Vi kan dele gradene av demens inn i tre; mild, moderat og alvorlig grad. Ved moderat

grad av demens er hukommelsen dårlig, evnen til problemløsning er svekket og pasienten kan ikke klare seg uten hjelp. Dagligdagse aktiviteter som påkledning, matlaging og klesvask blir for vanskelig. I denne fasen blir det komplisert å danne seg et klart bilde av omgivelsene og situasjoner, noe som kan gjøre at tilværelsen oppleves kaotisk. Det oppstår problemer med kommunikasjon, stedssansen svikter og følelsen av å miste mange funksjoner kan få konsekvenser som angst, depresjon, sinne eller fortvilelse (Kirkevold m.fl. 2010 s.355).

Kunnskap:

Etikkom.no har tatt for seg Platons definisjon om kunnskap på denne måten:

Viten er sann tro/oppfatning kombinert med sin begrunnelse.

Med det som utgangspunkt kan man påstå at den vitenskapelige revolusjonen forandret oppfatningen av viten/kunnskap (...) Vitenskapelig viten (kunnskap) er sann tro/oppfatning kombinert med en vitenskapelig metodisk begrunnelse og forankret i normene for vitenskapssamfunnet

(Kaiser, M., 2009)

I denne oppgaven bruker jeg kunnskapsbegrepet i forhold til både til erfaringsbasert og vitenskapelig kunnskap.

Holdninger: Dette er et omfattende begrep. I denne oppgaven knytter jeg holdninger opp mot begrep som; verdighet, respekt, folkeskikk, normer, atferd, dyd og dydsetikk, etikk og moral.

Holdning, innstilling, i sosialpsykologien betegnelse for vedvarende beredskap til å reagere positivt eller negativt overfor spesielle objekter, ideer og verdier (...).

Holdninger kommer til uttrykk gjennom oppfatninger og meningsytringer, som følelsesmessige reaksjoner, og i handlinger. De kan være basert på kunnskap eller være ervervet gjennom erfaringer, men er ofte overtatt relativt ureflektert fra foreldre, venner og andre grupper man har valgt å identifisere seg med (Store Norske Leksikon, 2013).

Holdninger er typisk innbyrdes forenlige, og holdningsendring inntreffer gjerne hvis personen opplever konflikt mellom holdninger, eller mellom holdning og handling. (Store Norske Leksikon, 2013).

1.5 Oppgavens oppbygging

Denne oppgaven består av 4 hovedkapitler; innledning, metode, teori- og drøftingskapittel og oppsummering. Herunder kommer underkapitler. Jeg har valgt å slå sammen teori og drøfting for å få en større sammenheng i oppgaven.

2.0 METODE

2.1 Valg av metode

Jeg har valgt litteraturstudie som metode for denne oppgaven. Det vil si at datasamlingen er gjort ved å studere eksisterende litteratur. I følge Støren (2010) kan en slik studie bestå av teoretiske og empiriske artikler. Materialet er den kunnskapen som allerede er presentert i artiklene. Det er altså ikke skapt ny kunnskap, men det kan fremkomme nye forståelser ved sammenstilling av litteraturen. I tillegg bruker jeg fagbøker og pensumlitteratur som omhandler temaet. Dalland (2007) sier følgende om bruk av litteratur:

Litteraturen sørger for linjene bakover, og hjelper oss til å se sammenhenger og utviklingstrekk (s.62).

For å tydeliggjøre problemstillingen har jeg valgt å fortelle om opplevelser fra mine praksisperioder. Dalland (2007) skriver:

Kilder til oppgaver er så mangt. I en profesjonsutdanning er opplevelser fra praksisfeltet helt sentralt. Møtet med klienter og pasienter kan gi viktig bidrag til en oppgave (s.62).

2.2 Datasamling

For å få et bredt utvalg av forskningsartikler har jeg brukt flere databaser i søkeprosessen; Proquest, Wiley, PreMed, Medline/PubMed, Bibsys, SveMed og Google scholar. Jeg gikk gjennom treffene og valgte artiklene som jeg oppfattet som mest relevant for problemstillingen. Jeg gikk ut fra disse kriteriene:

- Forskningen skal ha problemstillingen eller deler av problemstillingen i tittel og/eller abstrakt

- Forskningen skal ikke være eldre enn 10 år
- Artikler skal være fagfellevurdert
- Språk: Engelsk/amerikansk, norsk, svensk og dansk

I søkeprosessen har jeg brukt søkeord på engelsk og norsk. I første omgang fikk jeg for mange treff. Jeg avtalte et møte med en bibliotekar der jeg fikk tips for søkeprosessen. For å spesifisere søket brukte jeg et PICO-skjema (se tabell 1). Dette er et verktøy for å stille fokuserte spørsmål.

Før litteratursøket kan settes i gang, er det viktig å konkretisere informasjonsbehovet. Underveis i søket er det viktig ikke å miste overblikket slik at vi kan være sikre på at alle relevante studier blir fanget opp. (...) PICO hjelper oss med å tydeliggjøre blant annet hvem det er vi er interessert i og hva som skjer med dem (Helsedirektoratet, 2012)

Et godt spørsmål beskriver:

1. Hvilke mennesker det handler om (hvilken populasjon/pasientgruppe/problem)?
2. Hvilken intervensjon/ hvilke tiltak er vi interessert i?
3. Hvilke alternative tiltak kan vi sammenlikne med?
4. Hvilke effekter er av særlig interesse?

Tabell 1: PICO- skjema

Patients/population/problem	Intervention/initiativ/action	Comparison	Outcome	
Dementia	Knowledge and attitude among nurses	Another institution	Better quality of life	↑ OR
Moving to a nursing home		Family carers	A transition that is experienced most comfortable for the patient	
Nursing home(s)		Different kind of treatment	Dignity	↓
Long-time care				
Life-changing				
Transitional				
Crisis				
← AND →				

De fleste artiklene er funnet ved bruk av PICO-skjemaet. I tillegg har jeg funnet en artikkel ved å følge faglitteraturs henvisning. Som skjemaet viser har jeg kombinert søkeordene vannrett med AND i ulike kombinasjoner, og OR i kombinasjoner loddrett.

2.3 Ethiske overveielser

For ikke å utlevere personlige opplysninger er fortellingene anonymisert. Sted og tid er ikke nevnt, og navnene er forandret. Dette i tråd med personopplysningslovens § 1 (Justis- og beredskapsdepartementet, 2013).

2.4 Presentasjon av vitenskapelige artikler

Under følger en kort og skjematisk presentasjon av artiklene som er brukt i oppgaven.

Tabell 2: Inkluderte studier (alfabetisk)

Forfatter/ref.nr.	Metode	Størrelse	Resultater
Brandburg, G. L. Symes, L. Mastel-Smith, B. Hersch, G. Walsh, T. 2012	Kvalitativ studie. Dybdeintervjuer.	21 deltakere	Strategier for å leve i sykehjem. Personal resiliency.
Ellis, J. M. 2010	Litteraturstudie og diskusjon	Publisert forskning fra år 2000 om å flytte til sykehjem og psykiske overganger	Å bedre den psykiske helsen hos eldre som flytter inn i sykehjem bør være et mål for alle sykepleiere i sykehjem. Utvikling av kommunikasjonsstrategier kan lette overgangen og den psykiske helsen for pasient og pårørende.
Hansebo, G. Kihlgren, M. 2003	Både kvantitativ og kvalitativ metode ble benyttet. Sykepleiedokumentasjon, Pasienters livshistorier fortalt av pleiere, filmede interaksjoner, spørreskjema og "stimulert recall"-intervjuer.	3 sykehjem i Sverige. De fleste pasientene hadde alvorlig grad av demens. Intervensjonen bestod av tilsyn av individualisert og dokumentert sykepleie, basert på multidimensjonal vurdering.	Funnene fra de ulike metodene reflekterte hverandre. Pleierne viste større dyktighet i å håndtere kompleksiteten i pleie- og omsorgssituasjoner etter intervensjonen og den bidro til å utvikle omsorgspersoner.

Heliker Scholler-Jaquish 2006	Hermeneutisk fenomenologisk intervjustudie	10 deltakere som ble fulgt de 3 første månedene i sykehjem.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Å flytte til sykehjem oppleves ofte som å bli hjemløs 2. Å finne seg til rette og lære seg reglene – et vanlig tema etter 1-2 måneder. Forhandler med omgivelsene. 3. Å skape seg et hjem – Kunne sees etter 2-3 måneder.
Lee, V. S. P. Simpson, J. Fraggatt, K. 2012	Intervjustudie	8 deltakere som hadde bodd i sykehjem mellom 3 og 12 måneder	Narrative analyser viste at nøkkelordene kontroll, makt, identitet og usikkerhet ofte oppstod innvevd i pasientenes fortellinger om deres opplevelse. Pasientene viste vanskeligheter i forhold til å inkorporere overgangen i deres livshistorie. Videre viste deltakerne usikkerhet i forhold til valget om å flytte, at de viste redsel for å miste hukommelsen og at de hadde begrensede forventinger til fremtiden.
Sainio, J. Hansebo, G. 2008	Intervjustudie.	8 deltagere fra 4 sykehjemsavdelinger ved samme sykehjem.	Tolkning av pasientenes opplevelse av hva det innebærer å flytte til sykehjem.
Sury, L. Burns, K. Brodsky, H. 2013	Litteraturstudie med bruk av Emabse, Scopus og medline. Engelskspråklige artikler.	174 treff. 49 ansett som relevant etter gjennomgang av artikler og referanselister.	Å flytte til sykehjem kan være lettes for pasienter med demens og deres familier dersom pasienten har medbestemmelse, orientering på forhånd om prosedyrer ved innleggelse, et faddersystem for nye og person orientert tilnærming.

Jeg vil komme nærmere inn på funn i artiklene i den videre teksten.

2.5 Presentasjon av sykepleieteoretiker

I oppgaven har jeg valgt å se problemstillingen opp mot Kari Martinsens sykepleielitteratur. Jeg tenker at Martinsens omsorgsfilosofi er svært relevant i forhold til problemstillingen. Den omhandler viktige områder som holdninger, omsorg, kunnskap og det moralske aspektet. Hun stiller seg kritisk til eksisterende praksis, og presenterer tanker rundt forholdet mellom teori

og praksis. Jeg føler meg hjemme i det kollektivistiske menneskesynet og deler hennes engasjement for pasientgrupper der man ikke kan forvente så store resultater i form av fremskritt og selvhjulpenhet fra pasienten.

Martinsen er sykepleier med magister i filosofi. Hun har skrevet flere artikler og bøker, og har på den måten utviklet sin omsorgsfilosofi. Martinsen var tidlig inspirert av Marx og filosofen Edmund Husserl. Hun ble senere influert av moralfilosofen Uffe Juul Jensen og den fenomenologiske filosofen Martin Heidegger. De siste verkene hennes er inspirert av filosof og teolog Knud Løgstrup. De siste bøkene omhandler sykepleiens moralske side og dreier seg om omsorgsetikk.

Hele Martinsens sykepleietenkning må betegnes som kritisk, i den forstand at hun tar avstand fra mye av den tenkning som foreligger om sykepleie som fag og yrke, og presenterer et alternativ til den (Kristoffersen, N.J. (red) m.fl. 2005 s.60).

Martinsen tar utgangspunkt i et kollektivistisk menneskesyn hvor det grunnleggende er at vi er avhengige av hverandre. Hun sier videre at historisk-empiriske studier av menneskelige handlinger gir argumenter for at prinsippet om ansvaret for svake er et overordnet og omfattende verdiprinsipp eller forbilde (Martinsen, 1989).

I denne oppgaven er det bøkene ”Fra Marx til Løgstrup” og ”omsorg, sykepleie og medisin” jeg velger å ha størst fokus på.

Jeg vil komme nærmere inn på Kari Martinsens omsorgsfilosofi i kapittel 3.

2.6 Kildekritikk

Jeg har brukt mange kilder i denne oppgaven. På grunn av omfanget kan jeg ikke gå grundig inn på hver enkelt kilde, men jeg har satt meg noen krav i forhold til hvilken litteratur jeg har brukt. Når det gjelder pensumlitteraturen er det meste sekundærlitteratur, men da denne er godkjent av utdanningen finner jeg den troverdig og relevant. Artikkene jeg har benyttet er alle fagfellevurdert. PICO-skjemaet har vært til stor hjelp for å tydeliggjøre og avgrense søket. Eventuelle feil kan ha forekommet i oversettelsen av artikkene.

Av selvvalgt litteratur har jeg valgt forfattere som er kjente innenfor temaet. En del av disse er brukt i videreutdanning. Som sykepleieteoretiker har jeg brukt Kari Martinsen som er en anerkjent forfatter med utdanning innenfor sykepleie og filosofi.

Til slutt har jeg brukt ulike internettkilder. Kilder som helse- og omsorgsdepartementet er troverdige og relevante fordi de er ledende organer. Andre kilder som store norske leksikon er brukt fordi jeg har gjort en selvstendig vurdering av disse og funnet dem troverdige og nyttige for å få formidlet det jeg ønsker.

2.7 Førforståelse

I oppgaven bruker jeg min førforståelse aktivt gjennom mine fortellinger fra praksistiden. Martinsen (2003) skriver at en fortelling ikke kan fortelles nøytralt, og kan heller ikke tas imot nøytralt. På den måten åpner utlegningen og tolkningen av fortellingen for andre måter å se situasjonen og handle i den på. Fortellingen kan også bli for moralistisk eller bli en blottstilling om en ikke møter en deltagende lytter.

Som hermeneutisk innstilte forskere nærmer vi oss det som skal utforskes, med vår egen førforståelse (...) Forskeren stiller helheten i relasjon til delene og pendler mellom del og helhet for på den måten å nå frem til en så fullstendig forståelse som mulig. Hele tiden anvender forskeren sin egen førforståelse som et verktøy i tolkningen (Dalland, 2007 s.58).

Jeg bærer med meg en førforståelse gjennom arbeid som pleieassistent, og fra andre erfaringer. Likevel har jeg en forståelse av at hvert tilfelle kan være forskjellig, og at mine erfaringer ikke trenger å være «regelen».

3.0 TEORI OG DRØFTING

3.1 Sorgen i å forlate hjemmet

Det er en stor overgang å flytte fra sitt eget hjem til sykehjem. De fleste mennesker er vant til å være i kjente omgivelser med egne ting og mennesker de kjenner. I sykehjem har pasienten

et begrenset areal som kan møbleres med noen få kjente ting. Det er en overgang å ha personale og andre pasienter i omgivelsene som pasienten må bli kjent med. Pasienten må tilpasse seg andre rutiner i forhold til blant annet døgnrytme og måltider. Dette er krevende overganger som oppleves og håndteres på ulike måter (Kirkevold m.fl, 2010).

I praksistid på sykehjem møter jeg Signe og Kåre. Begge har nylig flyttet inn i sykehjem og det er tydelige forskjeller i hvordan de reagerer på overgangen:

Fortellingen om Signe:

- «Slipp meg ut fra dette fengselet!!!»

Hun roper og sliter i den låste døra. Vi er på en skjermet avdeling for demenssyke. Hva skal jeg gjøre for henne? Hva kan jeg gjøre for at hun skal få det bedre? Jeg er rådvill, men forsøker å roe henne ned ved å ta henne forsiktig til siden. Jeg spør om hun vil sitte litt med meg. Noe motvillig sier hun ja.

- «Jeg skjønner ikke hvorfor jeg er her...»

Det høres ut som om hun har gråten i halsen. Jeg forsøker å forklare henne at hun har flyttet til sykehjemmet nå fordi helsa ikke er god nok til å klare seg selv hjemme. Hun rister på hodet og sier at det vet ikke hun noe om. Etter hvert begynner vi å snakke om ting hun husker fra tidligere i livet, og andre ting hun interesserer seg for. Vi får en lang og fin stund sammen, før jeg blir nødt til å gjøre noen andre arbeidsoppgaver. Etter omkring ti minutter hører jeg igjen at hun hamrer på døra og roper at hun vil ut.

Jeg kjenner at jeg skulle ønske jeg kunne slippe henne ut. Jeg føler med henne. Dette er ikke verdighet.

Med en gang jeg møter Signe ser jeg at hun er motorisk urolig. Hun vandrer mye rundt i avdelingen og gir uttrykk for å være svært forvirret. Signe er rolig så lenge jeg sitter ved siden av henne, men når jeg reiser meg blir hun tiltagende urolig. Hun begynner å snakke om å gå hjem. Jeg forsøker å forklare situasjonen på ulike måter. Hun virker oppskaket hver gang. Vi går sammen for å se på rommet hennes og de få tingene hun har med seg. Det kan virke som om hun setter pris på en-til-en tiden hun får og oppfatter informasjonen der og da, men det hele gjentar seg.

Fortellingen om Kåre:

Kåre har flyttet til et sykehjem i en avdeling med både avlastning og faste plasser. Han har moderat kognitiv svikt. Han hilser blidt og virker rolig helt fra begynnelsen.

Kåre sitter ved kjøkkenbordet og kikker ut av vinduet. De andre pasientene har gått til rommene sine fro å hvile etter frokost. Han ser tankefull ut. Jeg setter meg ved bordet. Vi sitter slik en stund. Han vender seg mot meg og smiler.

- «Vet du om jeg skal hjem snart?»

Jeg spør om han husker at han har flyttet hit til sykehjemmet nå. Han nikker og ser tankefullt ut av vinduet igjen. Jeg spør om han synes det er greit å være her.

- «Jo. Alle er så snille, og vi får god mat her. Men jeg tenker på det som skulle vært gjort hjemme. Og jeg lurar på hvordan det går med kona mi som er helt alene med huset.»

Jeg sier at det kan jeg skjønne, men at jeg tror det går bra med kona. Han lurar på om jeg har snakket med henne i dag. Det har jeg ikke og foreslår at han kan ringe henne etter middag.

- «Ja, det hadde vært fint. Jeg savner henne.»

Han smiler og ser ut av vinduet igjen. Så sier han at det er en fin dag i dag.

På rapporten formidler jeg videre Kåres ønske om å ringe kona etter middag. Neste vakt sier at de skal sørge for at han får gjort det. Jeg går hjem med en følelse av at dette var en fin dag for både Kåre og meg.

Å flytte til sykehjem er en omfattende forandring av livssituasjonen, og er forbundet med usikkerhet og stress. Det er en tydelig markering av en ny fase i livet. Det å tilpasse seg en ny livssituasjon stiller høye krav til pasienten. I følge en studie av Sainio og Hansebo (2008) er det blitt tolket som en ”transitionsprosess”. Transition er et multibegrep som omfatter innslag av ulike forløp, tidsaspekter og individets persepsjon. Overgang, som jeg bruker i min problemformulering, er en dirkete oversettelse av begrepet. Dette sier noe om hvor kompleks denne typen overgang i livet er. Hvordan individet reagerer, har ifølge Sainio og Hansebo (2008) mye med tidlige erfaringer å gjøre. Hvis jeg trekker inn de to fortellingene her, kan vi se at Kåre allerede var kjent med sykehjemsavdelingen han ble lagt inn ved, mens Signe

var helt ukjent. Det kan kanskje også ha betydning at Signe var vant med å klare seg på egenhånd uten nær familie.

Hvis flyttingen skjer på en uvarsom måte kan det medføre en følelse av meningsløshet, svekket identitet og ensomhet for pasienten. Å flytte til sykehjem kan fremkalle en form for sorg. Det kreves sorgarbeid for å kunne akseptere hendelsesforløpet som har endret livet (Sainio og Hansebo 2008). Da Kåre flyttet i sykehjem virket det for meg som om det ble gjort på en verdig måte. Ledelsen var til stede for å ønske ham velkommen, det ble gjort en grundig kartlegging og han fikk informasjon og orientering i forkant. Signes flytting var noe annerledes. Det kom frem at kartleggingen og forberedelser var mangelfulle. Hun hadde heller ikke familie som kunne være en støtte for henne. Kanskje kan disse ulikhetene være medvirkende til forskjellen i Signe og Kåres opplevelse av overgangen?

Når vi eldes og blir syke blir vi mer avhengig av andre. Mange funksjoner ville aldri kunne gjenvinnes. Pasienten er alltid mer en den sykdom som skal behandles; det er et menneske med personlighet, følelser og et langt levd liv bak sykdommen. Gjennom tilliten i relasjonen til pasienten, vil sykepleieren få mulighet til å se hva som er viktig for pasienten i hans situasjon der han er nå, og dermed kunne gi den pleie og omsorg han trenger (Martinsen, 2000). Som sykepleiere må vi kontinuerlig utføre tillitsskapende arbeid. En del av dette er å kunne gi en opplevelse av kontroll i situasjonen. Hvis paternalismen er sterk, vil vi ikke kunne bygge opp tillit i relasjon med pasienten. Unødig bruk av makt og nedlatende holdninger vil skape en skjevhet i relasjonen, som negativt kan påvirke pasientens opplevelse av jeg-et og følelsen av kontroll i eget liv. Tillitsskapende arbeid vil innebære å vise interesse for pasienten som person, og tilstrebe en mest mulig jevnbyrdig relasjon som kan oppleves tryggere for pasienten.

I sin forskningsartikkel hevder Lee m.fl (2012) at å flytte inn i sykehjem har blitt beskrevet å være en betydelig overgang i livet for eldre mennesker, som ofte resulterer i stress og angst. Målet for deres forskning var å kvalitativt utforske eldre folks opplevelser av denne overgangen, herunder hvordan flytting blir reflektert rundt og innlemmet i deres personlige fortellinger. Studien ble gjennomført som en intervjustudie, der 8 deltakere som hadde bodd i sykehjem mellom 3 og 12 måneder ble intervjuet. En narrativ analyse viste at heller enn å skildre stadier av overgangen, reflekterte deltakerne rundt viktige deler av erfaringen. Fortellingene ble vevd sammen rundt de sentrale begrepene *kontroll, makt, identitet og usikkerhet*. Deltakerne opplevde noen problemer med å innlemme overgangen i sine

livshistorier. Videre fortalte deltakerne at de ikke følte seg trygg i beslutningen om å flytte. Mange levde i konstant frykt for å miste sin hukommelse, og de fleste hadde begrensede forventninger til fremtiden. Denne studien er ikke gjort i forhold til demenssyke, men jeg tenker at den er relevant i forhold til opplevelsen av å flytte til sykehjem.

Det kan virke som om Kåre har tatt forandringene som følger det å flytte i sykehjem på en god måte. Det kan tilsi at han har stor tilpasningsgrad. Likevel kan vi tenke oss at også han kjenner på følelser knyttet til de sentrale begrepene nevnt ovenfor. Det er kanskje ikke riktig å unnlate å gjøre tiltak selv om pasienter som Kåre virker rolig og ganske tilfreds. Han blir ikke opplevd som en pasient som krever noe ekstra av sykepleieren. Likevel kan det være verdt å undersøke områder der vi kan gjøre tiltak, som for eksempel det at Kåre i perioder kunne være bekymret for Kona. Jeg tenker at det er muligheter for å ikke bare se på fravær av uttrykk for negative følelser, men også å være villig til å jobbe for positive opplevelser i sykehjemmet.

Scholler og Jaquish (2006) har gjort sentrale studier av pasientens reaksjon på å flytte til sykehjem som beskriver tilvenningsprosessen i tre faser:

1. Å bli hjemløs
2. Å finne seg til rette og lære seg reglene
3. Å skape seg et nytt hjem

Den første fasens lengde og intensitet varierer fra person til person. Scholler og Jaquish fant i sin studie at den varte mellom en og to måneder. I denne fasen er alt nytt og ukjent. Beboerne kjenner seg overmannet av egne følelser, lengter hjem og føler seg ensomme. Andre fase handler om tilpasning til det nye livet. Pasienten vil gradvis tilpasse seg og bli kjent med ansatte og andre pasienter. Etter hvert vil pasienten også kunne begynne å tenke fremover. Den tredje fasen innebærer at pasienten erkjenner å bli boende i sykehjemmet.

Når pasienten har demens kan vi tenke oss at denne prosessen vil kunne gå saktere og kanskje hoppe mer frem og tilbake i stadiene på grunn av dårlig hukommelse og mindre opplevelse av sammenheng. Likevel kan vi ikke si at det er umulig å tenke i stadier i slike tilfeller. Kanskje kan det være et nyttig hjelpemiddel for oss som sykepleiere, selv om pasienten kan ha en mindre strukturert tilvenningsfase i forhold til pasienter uten kognitiv svikt.

Jeg er usikker på om det var bevissthet rundt disse stadiene blant personalet i møtet med Kåre og Signe. Det var ikke noe som ble tatt opp på rapporter eller ble dokumentert. Det kunne se ut som om Kåre gjennomgikk stadiene innenfor normert tid slik som beskrevet i artikkelen ovenfor, selv om han noen ganger glemte og virket forvirret. Signe så ut til å bruke lengre tid, og det virket som om hun ikke greide å fullt ut akseptere endringene. Signe så ut til å gi opp da hun kom til en form for erkjennelse av å bli boende i sykehjemmet.

3.2 Sykepleierens rolle

Vi som sykepleiere har et lovpålagt ansvar for å gi den enkelte pasient et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstilbud i tillegg til verdige tjenestetilbud. Kommunen skal tilrettelegge tjenestene slik at helse- og omsorgspersonell er i stand til å overholde lovpålagte plikter, og at det sikres tilstrekkelig fagkompetanse i tjenestene (helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1).

Videre sier loven i § 4-2 at:

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven her skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2012)

Lovene er noe vage i forhold til å beskrive hva som menes med blant annet begrepet verdighet, og det står lite konkret om hvordan vi som sykepleiere skal utføre systematisk arbeid for kvalitetsforbedring. Men slik jeg tolker og forstår den har vi et ansvar for å utvikle nok kunnskap og tilegne oss holdninger, både individuelt og i fellesskap, for å være i stand til å legge et godt grunnlag for god omsorg. Dette gjelder også når pasienter flytter i sykehjem. Vi må ha nok kunnskap og gode holdninger på arbeidsplassen dersom vi skal kunne påvirke hvordan pasienter opplever overgangen. Kunnskap er i stadig utvikling, og vi må holde oss oppdatert på forskning for å kvalitetssikre arbeidet. Gode holdninger er basert på etikk, moral, normer, menneskesyn og kunnskap. Jeg tenker at gode holdninger går ut på å utøve sykepleie med en positiv tilnærming, respekt, verdighet, omgjengelighet og «god gammeldags folkeskikk».

Signe og Kåre ble innlagt på to ulike sykehjem. Som student opplevde jeg disse sykehjemmene som svært forskjellige. Det sykehjemmet Kåre flyttet til hadde mye tilgjengelig informasjon om pasientene og deres livshistorier. Det var stort fokus på kunnskapsutvikling og kvalitetsforbedring, og det ble jobbet mye med å skape gode holdninger i personalgruppen. I Signes tilfelle var det lite dokumentasjon og informasjon, det var stor avstand mellom ledere og personalgruppe, og slik jeg erfarte det var det ikke mye bevisst arbeid rundt kunnskap og holdninger. Jeg tenker at dette kan påvirke hvordan pasienten opplever å bli møtt, og om pasienten kan akseptere endringene og trives i sykehjemmet. Noen vil kanskje argumentere med at demenssyke ikke husker samtaler, informasjon, gode stunder og mer, men hvis de har det godt, er medbestemmende og orientert i øyeblikket har vi i alle fall lagt et godt grunnlag for videre arbeid.

Sykepleieren vil ha sin egen førforståelse med i møtet med nye beboere og deres pårørende. På bakgrunn av dette mener Ellis (2010) at kommunikasjon og refleksjon i en personalgruppe kan gi den enkelte sykepleier redskapene som trengs for å gjøre overgangen til sykehjem mer positiv for pasient og pårørende.

Både fortellingen, ordene og talesituasjonen har sin rot i den sanselige forståelsen. Den er vår grunnerfaring, og er ikke avhengig av ordene (...). Slik kan en felles verden tre frem. Et blick kan si mer enn ord, alt kan være sagt med et blick.
(Martinsen, 1993, s.127)

En god fortelling må kunne reise og besvare det grunnleggende moralske spørsmålet om godt og ondt. I følge Martinsen (1993) fordrer den gode fortellingen engasjement, og den gir rom for sammensatte og komplekse følelser vi ellers vanskelig kan uttrykke. Den har også en moral og en forventning til mottakeren om å ta stilling til den. På grunnlag av dette tenker jeg at kommunikasjon og refleksjon i en personalgruppe kan være med på å løfte opp moralske spørsmål, og andre viktige elementer i en overgangsfase.

3.2.1 Kunnskap

Kunnskap er det vi vet og kan. Det er mange veier til ulike former for kunnskap. Vi kan lære gjennom å lese troverdig litteratur, og gjennom erfaringer alene og sammen med andre. Kunnskap kan gi forståelse og være utviklende.

For å lette overgangen til sykehjem er det viktig at sykepleiere har kunnskap om, og forståelse for hva dette innebærer for den eldre personen, slik at vi kan bidra til at det nye livet blir så bra som mulig (Sainio og Hansebo, 2008).

Ellis (2010) har gjort en studie basert på “the theory of personal constructs” og “the process of transition” for å bedre forstå eldre menneskers reaksjoner ved flytting til sykehjem. Hun påpeker at sykepleiere trenger å forstå gjennom disse modellene og øke sine kunnskaper om kommunikasjon gjennom planlagt rollespill. Dette ble ikke utført på verken Kåre eller Signes sykehjem. Likevel hadde Kåres sykehjem tydelig fokus på kommunikasjon, kunnskap og forståelse for pasientens situasjon. Dette skjedde blant annet gjennom obligatoriske fagdager, arbeidsgrupper og miljøtiltak.

Martinsen fremhever den praktiske og erfaringsbaserte kunnskapen som bygger på sanselig forståelse. Dette er den kunnskapen som sansene og kroppen vår tar inn gjennom de erfaringer vi gjør. Dette kaller hun det faglige skjønn (Martinsen, 1993). Jeg tolker det dithen at det ikke gjelder å bare satse på teoretisk kunnskap for å utøve god sykepleie, men at også den erfaringsbaserte kunnskapen som vi tilegner oss gjennom praksis og jobb også er viktig. Når vi da som ferdig utdannede sykepleiere skal være med å veilede studenter, har vi et stort ansvar for å bidra til og å legge til rette for en slik type kunnskap.

For at pasienten skal føle seg møtt krever den praktiske omsorgen kompetanse og kunnskap. Martinsen betegner dette som handlingsklokskap, og hun mener det læres gjennom praksis der man lærer å velge riktig handlingsalternativ. I følge Martinsen (1993) kan vi som sykepleiere ikke skjønnsmessig vurdere situasjonen uten medlevelse. Altså kan vi si at kunnskap og holdninger er knyttet sammen, og er avhengige av hverandre.

Hansebo og Kihlgren (2002) gjorde en intervensjonsstudie i tre sykehjemsavdelinger i Sverige. Intervensjonsstudier er forskning for å prøve ut en hypotese, der deltakerne blir utsatt for en direkte påvirkning av forskeren, i dette tilfellet tilsyn. De fleste pasientene hadde alvorlig grad av demens. Intervensjonen besto av tilsyn for individualisert og dokumentert sykepleie, basert på en multidimensjonal vurdering. Dette går ut på å vurdere ut fra flere nivå og finne sammenhenger ut fra ulike komponenter. Slik jeg forstår det skulle de finne ut hvordan det å bli observert hadde innvirkning på kvalitet i pleien. Målet var å belyse endringer i omsorgspersonenes tilnærming etter intervensjonen. Kommunisert kunnskap om pasienter ble bedre i sykepleiedokumentasjon og i rapporter. Pleierne viste større dyktighet i å håndtere kompleksiteten i pleie- og omsorgssituasjoner etter intervensjonen og den bidro til å

utvikle omsorgspersonene. Den forbedret deres evne til å verbalisere refleksjoner rundt deres hverdag med pasienter med demens. Slik jeg forstår det ble også de pårørende mer inkludert i denne prosessen. De fikk større mulighet for å dele sine opplevelser rundt deres hverdag med pasienten. Dette kan fremme personlig og faglig utvikling, og dermed forbedre pleiekvalitet. Det kom også frem at et detaljert vurderingsverktøy som brukes aktivt som en del av pleieprosessen bidro til å se en pasient som en ekte person bak overflaten av pasienten med demens.

I Kåres tilfelle var ledelsen svært tilstedeværende. Dette kan betraktes som en form for tilsyn, og er kanskje medvirkende til høyere kvalitet i omsorgen. De brukte også i stor grad vurderingsverktøy aktivt. Dette viste seg blant annet i den grundige intervjusamtalen i forkant av innleggelse, der både Kåre og kona var tilstede. Hans sykdomstilstand ble kartlagt ved hjelp av kartleggingsskjemaer og ble nøye dokumentert. Den jevnlige oppdateringen og tilgjengeligheten av dokumentene gjorde informasjonen nyttig og aktuell å vende tilbake til for å forstå Kåre bedre.

3.2.2 Holdninger

Begrepet holdning er svært sammensatt og er vanskelig å definere. Jeg tenker at holdninger er hvordan vi forholder oss til andre mennesker. I dette tilfellet i hovedsak pasienten, men også kollegaer, pårørende og studenter.

Holdninger har vi med oss hjemmefra, fra kulturen i hjemmet og i andre omgivelser. Alle arbeidsplasser har en kultur, der vi har både regler og normer. Noen av disse reglene og normene kommer fra lover. Andre er regler og normer som er nedskrevet og forventes å følges på den enkelte arbeidsplass. Så har vi de reglene og normene som skapes ”i det skjulte”, de som dannes av sterke individer på arbeidsplassen og vi følger for å ikke bli upopulær i personalgruppen. Dette kalles en subkultur. Det kan for eksempel være at personalet ved et sykehjem ikke starter med stell før klokken ni, selv om arbeidstiden starter åtte. Dette bryter med lover og regler som kommer fra regjering, kommune eller ledelse. Likevel kan den generelle holdningen blant personalet være er at det er greit å bryte med dem siden «alle» gjør det. Vi kan risikere å bli utstøtt av personalgruppen dersom vi velger å bryte med en slik subkultur – fordi det vil medføre at de som synes det er behagelig med en times

pause på morgenen må rettferdiggjøre sine handlingsvalg. Jeg tenker at vi alle har et ansvar for å motarbeide subkulturer som kan forringe kvaliteten i arbeidet.

Før det første møtet med Signe får jeg rapport om at det nettopp har flyttet inn en eldre dame med kognitiv svikt som følge av demenssykdom. Hun blir beskrevet som urolig og krevende. Dette kan være et eksempel på hvilke holdninger det er blant personale i avdelingen. Det å drive holdningsskapende arbeid, er krevende men nødvendig. Her har ledelsen en viktig oppgave med å undersøke hvilke holdninger som finnes, og kontinuerlig bidra til å skape gode holdninger gjennom kunnskapsøkning, bevisstgjøring, ansvarliggjøring og mer. Dersom ledelsen er tilstedeværende tenker jeg det kan ha en positiv effekt. Dette gjenspeiler seg igjen i de to fortellingene.

Martinsen (2000) sier at tilliten er grunnleggende i alle menneskers liv. Gjennom et vennelig vesen og hjertelig deltakelse viser vi anerkjennelse. Med en slik holdning kan vi bli gitt tilgang til å følge med i den andres liv, som i relasjonen viser seg å være "noe mer". Sykepleieren må "vinne" pasientens tillit ved å vise seg verdig av den.

Sainio og Hansebo (2008) har gjort en studie som viser at pasientens selvbilde er en viktig faktor for hvordan overgangen til sykehjem oppleves. Det antas at jeg-oppfatningen forandres som følge av de verdimønstre og holdninger man møter som aldrende individ og at selvoppfatningen undergraves hos den eldre dersom man møtes på en negativ måte og med nedlatende holdninger. Sykepleierens holdninger blir viktig for hvordan den eldre ser på seg selv. Hvordan sykepleiere møter den eldre kan mange ganger være viktig for hvordan den eldre trives i sitt nye hjem. Selv om det finnes eldre som kan finne de små gullkornene som gjør at livet får mening. Eldre risikerer å bli ensomme ettersom det er lite sosialt liv og sykepleiere er for travle til å kunne tilby ekte fellesskap på pasientens vilkår.

Sykepleie til pasienter med kognitiv svikt eller demens innebærer først og fremst å gi pasienten opplevelse av verdighet, dernest å bidra til mestringsopplevelser.

(Kirkevold m.fl., s.350)

For å finne ut av hva som er pasientens beste krever det at sykepleieren engasjerer seg og lever seg inn i pasientens situasjon. Martinsen er opptatt av tydingen i sykepleien. Å tyde innebærer at sykepleieren uttrykker det inntrykket fått av pasienten. Martinsen (1996, s. 86) skriver at tillit er en elementær kjensgjerning i relasjonen oss mennesker imellom. Dette handler om å våge seg frem for å bli imøtekommet, og forventningen om at dette dekkes av

den andres oppfyllelse. Videre skriver Martinsen at dette ikke handler om å snakke den andre etter munnen, men å ta den andre imot, svare, og validere den andres meninger og følelser uten at vi trenger å være enige.

Grunnlaget for all sykepleie skal være respekten for det enkelte menneskets liv og iboende verdighet. Sykepleie skal bygge på barmhjertighet, omsorg og respekt for menneskerettighetene, og være kunnskapsbasert (Norsk sykepleierforbund, 2001).

Martinsen (1989) fremhever omsorg som et relasjonelt begrep knyttet til nære forhold mennesker mellom, et moralsk begrep knyttet til ansvaret for de svake og sårbare, og et praktisk begrep knyttet til situasjonsbetingede og konkrete handlinger.

1. *Omsorg er en sosial relasjon (...).*
2. *Omsorg har med forståelse for andre å gjøre, en forståelse jeg tilegner meg gjennom å gjøre ting for og sammen med andre. (...).*
3. *Skal omsorgen være ekte, må jeg forholde meg til den andre ut fra en holdning (...) som anerkjenner den andre ut fra hans situasjon* (Martinsen, 1989, s. 71).

I følge Martinsen (1989) er sosiale relasjoner knyttet til begrepene felleskap og solidaritet. I felleskap utvikler vi erfaringer, som gjør oss i stand til å forstå den andre gjennom hvordan han forholder seg til sin situasjon. Martinsen knytter holdning opp mot stemning, som anerkjenner den andre. Det ligger en gjensidighet i dette som utvikles gjennom samhandling.

Martinsen (1993) skriver om omsorg som en universell etisk appell. Hun skriver også (1989) at omsorgsmoral omhandler på hvilken måte vi er i relasjonene i praktisk arbeid. Hun fremhever kvaliteten i relasjonen som vesentlig. I følge Martinsen må dette læres. Her kan vi igjen se at kunnskap og handlinger er uløselig knyttet sammen.

Normmoral er regler og prinsipper skapt av mennesker og samfunn. I følge Martinsen (1993) er normmoralen sentral. Den skal ha til hensikt å uttrykke kjærlighetens ide, der den ikke kommer spontant. Normmoralen kan få sykepleieren til å oppføre seg som om hun elsker sin neste, selv om hun ikke gjør det. Sykepleierrollens karakter gjør at den moralske riktige handlingen avhenger av denne, og det er derfor umulig for sykepleieren å handle ut fra den normative etikkens prinsipper og regler alene. Hvis moralen svikter kan makten en innehar misbrukes (Martinsen, 1989). Altså er moral en stor del av holdningsbegrepet. Kanskje er det derfor tilsyn av sykepleien fungerer så godt? Hvis noen observerer oss er det ikke så lett å gi slipp på moralen? Hvis dette er tilfelle vil det helt klart være en fordel å observere hverandre i

større grad. Det bør i så fall være et miljø der man kan gi hverandre konstruktiv kritikk i tillegg til ros for det vi gjør bra.

Jeg erfarte store ulikheter på dette området ved Signe og Kåres sykehjemsavdelinger. Der Signe ble innlagt var jeg mye mer på egen hånd i avdelingen, og det kunne gå mange dager uten at jeg møtte andre fra personalgruppen eller ledelsen, med unntak av de to som arbeidet i avdelingen den dagen. I Kåres sykehjemsavdeling opplevde jeg en mer åpen avdeling, med en jevn flyt av personale fra andre avdelinger, ledere og også pasienter fra andre avdelinger. Kanskje fungerte dette som en form for tilsyn? I tillegg var det god praksis for å skrive avviksmelding og ha grundig gjennomgang av disse ved Kåres sykehjem. Dette tenker jeg også er en form for tilsyn, der kvalitetsforbedring er i fokus.

3.3 Pasienten med demens

70 – 80 % av alle som bor i sykehjem har demens. Hos noen er sykdomsforløpet kort og intenst. Hos andre strekker det seg over opp til 20 år (Kirkevold, m.fl., 2010).

Sury m.fl (2013) har gjort en litteraturstudie der de slår fast at de fleste mennesker med demens i vestlige samfunn til slutt vil flytte i sykehjem. Tilpasningen til de nye omgivelsene, for både pasienter og deres pårørende, og de påvirkende faktorer er fokus for deres studie. Årsakene til innleggelse har vært knyttet til økte atferdsmessige symptomer; spesielt depresjon og agitasjon, minkende kognisjon, skrøpelighet, og fall hos personer med demens (Sury m.fl).

Kognitiv svikt er betegnelsen på et symptombylle vi kan se hos pasienter med ulike sykdommer. Mild kognitiv svikt er ofte en forløper til demens, mens alvorlig grad av kognitiv svikt sees hos de pasienter som har demenssykdom.

Ved demens blir de kognitive funksjonene nedsatt. Evne til oppmerksomhet, til å lære nye ting, språkevne, hukommelse, evne til abstraksjon, intellektuelle evner og evne til å utføre praktiske handlinger reduseres (Kirkevold m.fl., 2010).

Symptomene en demenssykdom gir, gjør det vanskelig for pasienten å forstå sin egen sykdom og de begrensningene som følger. Det kan være en utfordring å sette seg inn i hvordan det oppleves å flytte fra det som er kjent og kjært, når pasienten i tillegg har vanskeligheter med å skjønne hvorfor det skjer. Når de kognitive funksjonene svikter er det å være ordentlig

forberedt på en flytting vanskelig. Det pasienten er klar over den ene dagen, kan være ukjent den neste. Den krisen alle mennesker opplever ved store endringer i livet, må oppleves på nytt og på nytt for mange med demens. På bakgrunn av dette tenker jeg at det er desto viktigere å jobbe for at pasienten skal få en større opplevelse av mening og sammenheng i en kritisk fase av livet.

Vellykkede overganger til sykehjem kan bistås av å sikre at personen med demens har medvirkning i beslutningsprosesser, blir orientert om prosedyrer før og ved innleggelse, at det finnes et faddersystem for nyankomne, og et det er en personsentrert tilnærming (Sury m.fl., 2013). Verken Kåre eller Signe hadde tilbudet om et faddersystem, noe som kan vurderes som et positivt tiltak for både nye pasienter og pasienter som har bodd en stund i sykehjem. Hvordan det skulle løse seg praktisk er nok en utfordring, men sikkert ikke umulig. Kanskje kan pårørende og frivillige være en viktig ressurs i denne sammenhengen? På grunn av oppgavens omfang forlater jeg denne diskusjonen her. Jeg stilte en del spørsmål til aktuelle sykepleiere rundt hvordan Kåre og Signes flytting ble planlagt og gjennomført. På bakgrunn av de svarene jeg fikk opplever jeg at de andre påvirkende faktorene Sury m.fl. nevner, er faktorer Kåre hadde større tilgang til enn Signe hadde ved sin innleggelse. Hvis dette er tilfelle kan det kanskje være en årsak til at de to håndterte overgangen ulikt.

3.4 Hvem er pasienten? - Kartlegging

Jeg leter etter informasjon om Signe og finner kun et par rapportdokumenter som beskriver at hun er urolig. Jeg blir i de følgende ukene bedre kjent med henne, og får vite at hun har vært aktiv i en rekke organisasjoner, har ingen barn og har vært svært selvstendig hele sitt voksne liv. Hun har hatt jobb innen regnskap og klart seg med sin egen inntekt.

Kåre har tidligere vært på avlastningsopphold i avdelingen og er derfor kjent med omgivelsene. På dagen for innleggelse blir det gjort en kartlegging over pasientens interesser, hans demenssykdom og mer. Han er allerede kjent med personalet og det virker ikke som om han synes det hele er særlig dramatisk. Alle data fra kartleggingen er lett tilgjengelig for personalet og disse oppdateres jevnlig.

Sykepleiere har et faglig og moralsk ansvar for å utføre presise og grundige vurderinger av pasientens tilstand. Systematikken i vurderingene kan understrekes ved hjelp av standardiserte kartleggingsskjemaer, som er vist å forbedre kvaliteten på sykepleien. Flere data må vurderes i sammenheng for å få et helhetlig bilde av pasienten (Kirkevold m.fl, 2010).

Sykepleieren må kartlegge helsetilstand, funksjonsnivå og behovet for sykepleie. Det er også like viktig at vi dokumenterer livssituasjon, verdier, mål og den enkeltes opplevelse. Det er behov for en bred kartlegging når pasienter flytter til sykehjem. I første omgang vil det være på sin plass å intervju og samtale med pasienten selv, og deretter søke utfyllende informasjon der det trengs hos pårørende og helsepersonell. Også observasjon kan være en viktig informasjonskilde i forhold til kartlegging. For at sykepleiere skal kunne delta aktivt i tverrfaglige team må vi kjenne til og kunne bruke de vanligste standardiserte vurderingsskjemaene (Kirkevold m.fl, 2010).

Kartleggingen bør omfatte grunnleggende fysiske, psykiske og sosiale behov og funksjoner. Det finnes en rekke vurderingsskjemaer som kan være til hjelp for å styrke observasjon og samtale, og for å dokumentere og kommunisere mer presist i tverrfaglige team (Kirkevold m.fl, 2010).

Individuell plan er en rettighet pasienter med behov for langvarige og koordinerte tjenester har.

§ 2-5. Rett til individuell plan

Pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.

(Helse- og omsorgsdepartementet, 2001)

Det er helsetjenesten som skal sørge for at denne blir utarbeidet. Formålet med individuell plan er større trygghet og forutsigbarhet for mottaker av tjenesten. Planen er et verktøy for å avklare hvem som har ansvar for hva. I dette tilfellet kan det være snakk om å involvere sykepleier, hjelpepleier, fysioterapeut, lege, pasienten, pårørende og ellers andre involverte parter (Bondevik og Nygaard, 2006).

§ 4. Forsvarlighet

Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell har plikt til å delta i arbeid med individuell plan når en pasient eller bruker har rett til slik plan etter pasient- og brukerrettighetsloven (Helse- og omsorgsdepartementet (1999)).

I forsvarlighetsbegrepet ligger en faglig, etisk og rettslig norm for hvordan vi som sykepleiere bør utøve arbeidet. Vi skal innrette oss etter faglige kvalifikasjoner, og vi må ikke påta oss oppgaver som ligger utenfor vår formelle eller reelle kompetanse. Forsvarlighetskravet er en minstestandard, og bygger på hva som vanligvis kan forventes i situasjonen (Norsk Sykepleierforbund, 2008).

Pasienten skal gi samtykke til at en lager individuell plan. Nærmeste pårørende eller tjenesteyter kan gi samtykke dersom pasienten ikke har mulighet.

Tverrfaglig samarbeid er en form for teamarbeid som tilstreber en helhetlig tilnærming for å nå et felles mål. Dette kan best skje ved en fleksibel samordning av ulike typer kompetanse. (...) Felles mål og oppgavens art kan føre til at man går på tvers av vanlige yrkesroller og kompetansegrenser ved fordeling av arbeid (Bredland m.fl.2011, s.200).

Det vi ønsker med å jobbe tverrfaglig er å belyse ofte kompliserte og sammensatte problemstillinger fra flere sider. Løsningen er ikke et enkelt tiltak eller en enkelt behandling, men helheten i et slikt arbeid vil ideelt sett føre oss til å se en større sammenheng i pasientens situasjon og behov. Det helhetlige resultatet blir noe annet, og forventes å bli bedre enn om hver og én alene løste sin del av oppgaven. Vi oppnår mer enn ved å sette inn uavhengige tiltak (Bredland m.fl.2011, s.200).

Når vi som sykepleiere jobber tverrfaglig bør vi forsøke å ikke splitte opp tiltak og oppgaver imellom etter hvem som er mest kompetent, men heller veilede og lære opp den eller de som det er mest hensiktsmessig utfører tiltakene. Dette kan være profesjonelle, men også i tilfeller pårørende. Noen ganger kreves det spesiell kompetanse, men ofte er det større behov for at oppgaven blir utført av ”noen”. Vi jobber hele tiden mot et felles overordnet mål. Ulikheter i kompetanseområder, formell kunnskap og livserfaring er positivt i denne sammenheng. Det samme gjelder for grupper med overlappende kunnskap. På denne måten er det mulig å være

grensebrytende, utvikle ny kunnskap og være nyskapende til fordel for pasienten (Bredland m.fl.2011).

I tverrfaglig samarbeid jobber teamet etter felles og klart definerte mål, og hver enkelt har ansvar i forhold til helheten, ikke bare til bestemte biter av den. Alle er forpliktet til å nå målene til brukeren (Bredland m.fl.2011, s.202).

Jeg er ikke sikker på om Kåre hadde fått utarbeidet individuell plan, men det var til en viss grad et strukturert samarbeid mellom pasient, pårørende, lege, primærsykepleier og avdelingsleder. Ordning med fast personale og primærsykepleie gjorde situasjonen mer oversiktlig og ansvarsfordelingen ble klarere. Signe hadde ikke fått utarbeidet individuell plan. Jeg opplevde det som om det ikke var en klar ansvarsfordeling eller felles målsetning, og at det var litt tilfeldig hva som ble gjort. Det eksisterte en ordning med primærsykepleie også ved dette sykehjemmet, men mye rullering av personale og stort sykefravær førte til at primærsykepleieren ikke fikk sett pasienten så ofte som ønskelig.

3.5 Hvilken betydning har pasientens pårørende?

Pårørende kan være familie og andre som står pasienten nær. Disse kan påta seg ulike oppgaver og ansvar. Pårørende kan fungere som omsorgsgiver eller som omsorgsorganisasjon. Pasientrettighetsloven gir pårørende rett til informasjon, medvirkning og til å klage på hjelpen fra det offentlige.

Offentlige hjelpere bør således være påpasselige med at personer med demens som ikke har familie, får den hjelpen de skal ha. Slik påpasselighet er særlig relevant når tildeling av tjenester er basert på at pasienter selv skal søke om hjelp.

(Rokstad og Smedbye 2008 s.236)

Rokstad og Smedbye (2008 s.234) sier at nyere studier viser at pårørende har en mer sentral rolle i omsorgen enn tidligere antatt. De viser til Hellström (2005) og Ingebrigtsen og Solem (2002) som belyser parrelasjonens betydning for pårørendes rolle og status. Dette innebærer at støtte til pasienten må sees og vurderes også ut fra pårørendes perspektiv.

I den offentlige omsorgen har det skjedd en utvikling i forhold til at pårørende oftere regnes som en samarbeidspartner snarere enn en klient. Pårørende kan være en ressurs for pasienten,

og en samarbeidspartner i omsorgsarbeidet (Rokstad og Smedbye 2008; Kirkevold og Ekern 2001).

Signe har ingen pårørende som kan være en ressurs for henne. Likevel har hun gode venner på hennes egen alder som kan regnes som en ressurs dersom hun kan opprettholde kontakten. Siden hun ikke har ressurser til å holde kontakten med dem på egen hånd, er det noe vi som sykepleiere kan tilrettelegge.

Kåre har kone og barn. Hans nærmeste pårørende er kona. Hun har vært med i alle delene av hans flytting, og vil fortsatt gjerne være tilstede for ham. Ved å være i dialog med kona kan vi som sykepleiere være behjelpelig med at Kåre for eksempel kan ringe henne hvis han er bekymret, savner henne, eller bare ønsker å snakke om noe. På denne måten kan kona være en ressurs for Kåre. Noen ganger kan pårørende eller pasient ha spesielle ønsker, og da kan vi forsøke å være behjelpelig og være i god dialog, slik at de føler seg møtt og får muligheten til å være en ressurs.

Vi bør være på tilbudssiden når det gjelder å informere pårørende om sykdommen, og om hva de kan gjøre for pasienten. Mange ønsker å gjøre noe, men kan være rådvill i forhold til hva som er deres rolle etter at pasienten har flyttet i sykehjem.

3.6 Å skape et nytt hjem

Eldre som bor i sykehjem må tilpasse seg en kultur med de spesielle tradisjoner, normer og verdier som personalet har og som finnes der. Det er ikke bare livsstilen og hverdagslivet som endres, men det er også ulike livsverdener som tangerer hverandre, pasientens og personalets. Det tidligere hjemmet er ofte forbundet med minner og har derfor følelsesmessig betydning. Dette kan vi ikke gjenskape i sykehjem med en ”unaturlig” konsentrasjon av eldre mennesker i samme miljø (Sainio og hansebo 2008). På bakgrunn av dette kan vi si noe om hvor viktig det er å bringe minnene fra det gamle hjemmet, og det gamle livet, inn i det nye. Lenge har det vært populært å lage minnebøker og minnealbum sammen med pasienter. Min erfaring er dessverre at disse alt for sjeldent blir tatt frem og brukt siden pasienten ofte ikke makter å gjøre det selv. Det å møblere rommet på sykehjemmet med kjente møbler, malerier og fotografier kan være med på å gjøre rommet mer hjemlig. Dette gjøres ofte i dag, men kanskje skal vi bli flinkere til å la pasienten selv være med i beslutningen om hvilke møbler og bilder

som skal tas med. Vi er ofte redd for å opprøre pasienten i en slik situasjon, men kanskje kan vi se det som en naturlig del av prosessen istedenfor?

I følge Ellis (2010) spiller sykepleiere en stor rolle for hvordan den eldre opplever å flytte. Dersom sykepleieren drar frem positive aspekter ved situasjonen har det betydning. Ved å dra frem det positive kan vi være en påvirkende faktor. På samme tid tenker jeg det er en balanse mellom dette og å kunne lytte til pasienten og å validere hans følelser.

Angstnivå, positive aspekter ved livet, støtte fra pårørende og kontroll over situasjonen har betydning for hvordan den eldre takler overgangen til sykehjem. Mennesker kan bare endre sin tankegang dersom de har valg som virker forståelige for dem (Ellis 2010). Det er kanskje vanskelig å tenke seg at en person med demenssykdom skal kunne oppleve forståelse i situasjonen og ha en kontinuerlig opplevelse av sammenheng, men hvis vi fokuserer på her- og nå opplevelsen tror jeg vi likevel vil lykkes i langt større grad.

Oplevelsen af sammenhæng er en global indstilling, der udtrykker den udstrækning, i hvilken man har gennemgående, blivende, men også dynamisk følelse af tillid til, at (1) de stimuli, der kommer fra ens indre og ydre miljø, er strukturerede, forudsigelige og forståelige; (2) der står tilstrækkelige ressourcer til rådighed for en til at klare de krav, disse stimuli stiller; (3) disse krav er udfordringer, det er værd at engagere sig i.

(Antonovsky, 2000)

I de følgende ukene møter jeg Signe ganske ofte. Det virker ikke som om hun blir tilfreds med å være på sykehjemmet. Hun fortsetter å snakke om at hun vil hjem, og at hun ikke kan være på sykehjemmet lengre. Hun har problemer med å huske samtalene vi har, og er ofte forvirret i forhold til hvor hun er og hvorfor.

Det blir etter hvert snakk om at Signe er deprimert og suicidal. Hun har gjort et forsøk på å henge seg med dusjslangen. Hun blir satt på antidepressiva og får tettere oppfølging en stund. Siden blir hun roligere, men virker fortsatt ulykkelig og utilpass. Hun sier at hun setter pris på samtalene, men det ser ut til å hjelpe bare der og da. Inntrykket jeg fikk av å være sammen med henne var en dame som følte seg frihetsberøvet, tvunget inn i institusjon, fjernet fra samfunnet, fratatt sine oppgaver, ikke hørt og svært ulykkelig over å miste kontrollen i sitt eget liv. Det er et trist eksempel på et menneske som ingen greide å hjelpe til å oppleve at sykehjemmet er et hjem for henne. En slik erfaring motiverer meg til å gjøre endringer og til å tilegne meg ferdigheter for å unngå slike tilfeller i størst mulig grad.

Bruken av langsiktige omsorgstjenester har økt, og denne trenden forventes å fortsette. Brandenburg m.fl (2012) har gjort en kvalitativ studie med mål om å identifisere strategier som eldre bruker for å tilpasse seg å leve i sykehjem. Her sier de at det å flytte inn i sykehjem er internasjonalt dokumentert som en overveldende forandring i livet for mange. Pasientene tilpasser seg ulikt over tid. Resultatene av studien deres kom frem til 21 tilpasningsstrategier. Personlig fleksibilitet viste seg som en viktig faktor og fungerer understøttende for strategiene. Å selv ta beslutningen om å flytte inn i sykehjem, og å ta beslutninger i dagliglivet fremheves som en viktig faktor (Brandenburg m.fl 2012). For mange med demenssykdom vil det ikke være mulig å ta alle beslutninger på egen hånd, men det er fortsatt mulig å opprettholde en følelse av kontroll ved at pasienten er medvirkende og blir hørt i sine synspunkter.

Brandenburg m.fl. (2012) sier videre at det å forstå strategier som kan lette overgangen til et hjem i sykehjem, vil hjelpe sykepleiere til å gripe inn på støttende måter. Strategiene som er identifisert i deres studie kan brukes til å utvikle tiltak for pasienter som har problemer med å flytte til sykehjem. Tilpasningsstrategiene er listet opp i forskningsartikkelen og kan leses nærmere om der.

Hvor vidt overgangen til sykehjem blir vellykket kommer an på om pasienten finner balansen i den nye livssituasjonen. Her har pårørende og personale en nøkkelrolle. Opplevelsen av å ikke være delaktig i beslutningen om å flytte, eller oppdage at det ikke fins noe alternativ, kan medføre en følelse av å ikke ha kontroll over sitt eget liv (Sainio og Hansebo 2008).

4.0 OPPSUMMERING

Etter å ha jobbet med denne oppgaven ser jeg at det er ulike faktorer som spiller inn når det kommer til hvordan den enkelte tilpasser seg nye omgivelser i sykehjem. En viktig faktor er personlighet og personlige mestringsstrategier. Ulike personer vil reagere forskjellig. Det betyr ikke at vi som sykepleiere ikke kan gjøre noe for å tilstrebe en vellykket overgang for alle nye pasienter. Mennesker med demenssykdom vil også reagere forskjellig, og her ligger det en ekstra utfordring på grunn av at de kognitive funksjonene er svekket.

En annen viktig faktor er hvor vidt pasienten er aktiv i bestemmelsen om å flytte og om pasienten er orientert om situasjonen på forhånd og på innleggelsesdagen. En pasient med demens vil nok kunne glemme eller ikke forstå dette, eller kanskje er for syk til å være med i disse avgjørelsene. Likevel ser jeg det er viktig å sette av nok tid til akkurat dette for å sette en god stemning, og prøve å gi et positivt inntrykk så tidlig som mulig.

Det er ikke alltid så lett for demenssyke å forstå sin egen sykdom. Dermed må vi noen ganger ta avgjørelser for dem, fordi vi mener det er nødvendig. Selv om vi må gjøre det, trenger vi ikke å utøve makt. Som Kari Martinsen uttrykker er ”svak paternalisme” det ønskelige. Vi kan fortsatt behandle den syke med verdighet og respekt, og vi kan respektere mange av deres ønsker selv om de har flyttet i sykehjem.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg lært mye om hvilke faktorer som påvirker tilpasningsgraden for demenssyke som flytter til sykehjem. De aller fleste av disse faktorene er noe vi sykepleiere kan bidra med. Ved å planlegge godt i tverrfaglige samarbeider kan pasienten bli så forberedt som mulig. Vi bør bidra med informasjon og orientering for pasient og pårørende. En annen viktig faktor er om pasienten opplever mening, sammenheng og kontroll. Dette kan vi delvis oppnå gjennom å la pasienten være med i beslutninger som gjelder flyttingen, ved å være en god lytter og ved å ha kunnskaper og forståelse for situasjonen.

Hvilke holdninger pasienten blir møtt med er også viktig for utfallet. Vi må arbeide med tillit i relasjonen, og vi må ikke utøve makt gjennom nedlatende holdninger. Det kan få negative konsekvenser for pasientens selvbilde og videre for trivselen i det nye hjemmet. Sykepleieren må ha kunnskaper om overgangsfasen og hvilke stadier pasienten går gjennom og hvilke strategier som kan brukes for mestring av situasjonen.

Sykepleieren må ha kunnskap om hvilke tiltak som bør settes inn, deriblant kartlegging og bruk av vurderingsverktøy. Vi må være i stand til å veilede pasient og pårørende gjennom en sorgprosess og tilvenningsfase for å kunne påvirke tilpasningsgraden positivt. Vi må ha en dialog med pårørende og erkjenne at de i de fleste tilfeller en ressurs for pasienten. Å opprettholde det allerede eksisterende nettverket kan ha innvirkning på trivsel i hverdagen.

Gjennom dette arbeidet har jeg gjort meg noen tanker om hva som konkret kunne vært gjort annerledes for å gi en mer positiv opplevelse av å flytte i sykehjem for mennesker med moderat grad av demenssykdom. Ledere som gjør ansettelser av personal kan se etter de

personlige egenskapene hos arbeidssøkere, i tillegg til de teoretiske kunnskapene. Kanskje bør intervjuer handle mer om hva søkeren ville gjort i ulike situasjoner, og undersøke hvilke holdninger søkeren har. I tillegg tenker jeg at å ha fast personale med primærsykepleie på hver avdeling kan bidra til å skape større opplevelse av trygghet og sammenheng for pasientene.

Jeg ser også muligheten for et tverrfaglig samarbeid på et tidligere tidspunkt, gjerne i form av individuell plan. Vi antar at de fleste med demens i det vestlige samfunn vil flytte i sykehjem på et tidspunkt, og da kan vi kanskje være mer forutseende i forhold til de pasientene dette gjelder. Hjemmetjeneste, fastlege, pasient og pårørende kunne kommet i kontakt med sykehjemmet på et tidligere tidspunkt, slik at pasienten har mulighet til å venne seg til tanken på å flytte i løpet av en lengre periode. Kanskje kunne det ha vært mulig å i første omgang ha korttidsopphold eller være dagtidspasienter for å få en mer glidende overgang, i likhet med fortellingen om Kåre? På den måten hadde vi hatt større mulighet for å planlegge en flytting mer nøye og helhetlig, kartleggingsjobben ville bli en del av prosessen og dialogen med pasient og pårørende ville blitt mer naturlig.

Det har blitt enda mer tydelig for meg gjennom arbeidet med denne oppgaven at personlige egenskaper hos sykepleieren; omsorgsevne, nestekjærlighet, barmhjertighet, handlingsklokskap og moral, er begreper som betyr mye for utøvelsen av god sykepleie til denne pasientgruppen, og at dette er i kombinasjon med teoretisk og erfaringsbasert kunnskap.

Det jeg ser etter å ha gått gjennom aktuell forskningslitteratur er at det trengs mer forskning på pasienter som flytter i sykehjem og har demenssykdom. Det finnes svært få tilfeller der mennesker med demenssykdom får mulighet til å uttrykke sin opplevelse av overgangen.

Forskning for å finne ut hva som påvirker ulike utfall finnes det mer av, men er også mangelfull. Forskning for å undersøke faktorer som påvirker tilpasningen kan gi grunnlag for intervensjonsstudier for å forbedre overgangen. Videre utforskning av hvordan personlig fleksibilitet har en innvirkning på strategier som brukes er også relevant.

5.0 LITTERATURLISTE

Selvvalgt litteratur er merket med *

Antonovsky, A. (1987) *Helbredets mysterium*. København, Hans Reitzels forlag. Dansk utgave, 2000.*

Bredland, E. L., Linge, O. A., Vik, K. (2011) *Det handler om verdighet og deltakelse – Verdigrunnlag og praksis i rehabiliteringsarbeid*. Oslo, Gyldendal norsk forlag.*

Bondevik, M., Nygaard, H. A. (red) (2006) *Tverrfaglig geriatri – en innføring*. Bergen, Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Brandburg, G.L., Symes, L., Mastel-Smith, B., Hersch, G., Walsh, T., (2012) *Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study*. Journal of advanced nursing 69(4), 862-874.*

Dalland, O. (1993) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag. 4. utgave 2007.

Ellis, J.M. (2010) *Psychological transition into a residential care facility: older people's experiences*. Journal of Advanced Nursing 66(5), 1159-1168.*

Hansebo, G., Kihlgren, M. (2003) *Nursing home care: changes after supervision*. Journal of Advanced nursing, 45(3), 269-279, 2004.*

Heliker, D., Scholler-Jaquish, A. (2006) *Transition of new residents to long-term care – basing practice on residents' perspective*. Journal of gerontological nursing, sept -06.*

Helsedirektoratet (m/ tillatelse fra WHO) (10. revisjon, 2013) *ICD-10 - Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet 13.10.13

<http://finnkode.kith.no/#icd10|ICD10SysDel|-1|flow>

Helsedirektoratet (2012) *PICO*. Hentet 13.10.13

<http://www.helsedirektoratet.no/Om/bibliotek/litteratursok/Sider/pico.aspx>

Helse- og omsorgsdepartementet (1999) *Lov om helsepersonell*. Hentet 13.10.13

<http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=LOV-1999-07-02-64&>

Helse- og omsorgsdepartementet (2012) *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. Hentet 13.10.13

<http://www.lovdata.no/all/hl-20110624-030.html>

Helse- og omsorgsdepartementet (2001) *Lov om Pasient- og brukerrettigheter*. Hentet

13.10.13 http://lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=pasient%20%2b%20og%20%2b%20brukerrettigh*&

Helse- og omsorgsdepartementet (2005-2006) *St.meld. nr. 25. Mestring, muligheter og mening - Framtidas omsorgsutfordringer*. Hentet 13.10.13

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/20052006/stmeld-nr-25-2005-2006-.html?id=200879>

Justis- og beredskapsdepartementet (2013) *Lov om behandling av personopplysninger*

(*personopplysningsloven*). Hentet 13.10.13

<http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-20000414-031.html&dep=alle&kort+,+titt=personopplysninger&>

Kaiser, M. (2009) *Forskningens verdier*. Forskningsetisk bibliotek, sist oppdatert 2010.

Hentet 13.10.13

https://www.etikkom.no/Templates/Pages/FBIBArticle.aspx?id=774#_Toc226894507

Kirkevold, M. (red), Brodtkorb, K. (red), Ranhoff, A.H. (red) (2010) *geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo, Gyldendal norsk forlag.

Kogstad, R. E. (2002) *Miljørettet helsevern*. Bergen, Fagbokforlaget.*

Kristoffersen, N.J. (red), Nortvedt, F. (red), Skaug, E. (red). (2005) *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. Oslo, Gyldendal Norsk Forlag AS.

Lee, V. S. P., Simpson, J., Fraggatt, K. (2012) *A narrative exploration of older people's transitions into residential care*. *Aging & mental health*, 2013, Vol. 17 No. 1, 48-56.*

Martinsen, K. (1989). *Omsorg, sykepleie og medisin*. Universitetsforlaget, 2.utgave 2003.*

Martinsen, K. (1997). *Fra Marx til Løgstrup. Om etikk og sanselighet i sykepleien*.* Universitetsforlaget, 2.utgave 2003.

Martinsen, K. (2000). *Øyet og kallet*. Bergen, Fagbokforlaget.*

Norsk Sykepleierforbund (2008) *Det du bør vite om faglig forsvarlighet*. Hentet 13.10.13 <https://www.nsf.no/ikbViewer/Content/135908/Faglig>

Norsk sykepleierforbund (2001) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Hentet 13.10.13 [https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf].

Rokstad, A.M.M, Smebye, K.L. (red) (2008). *Personer med demens – Møte og samhandling*. Oslo, Akribe AS.*

Sainio, J., Hansebo, G. (2008) *Att flytta til sjukhem – en ny fas i livet. En intervjustudie*. *Vård I Norden* 2/2008, Publ. No 88 Vol 28 no. 2PP 27-31.*

Store Norske Leksikon (2013) *Holdning*. Hentet 13.10.13 <http://snl.no/holdning>

Støren (2010) *Bare søk! - praktisk veiledning i å systematisere kunnskap*. Oslo, Cappelen akademisk.*

Sury, L., Burns, K., Brodaty, H. (2013) *Moving in: adjustment of people living with dementia going into a nursing home and their families*. *International Psychogeriatrics* (2013), 25:6, 867-876.*