



# NTNU

Kunnskap for en bedre verden

# Bacheloroppgave

**SY 301813 Sykepleie VI - del 2.**

**Eldre pasienters erfaringer ved å flytte på et sykehjem.**

Kandidatnummer: 10086

Totalt antall sider inkludert forsiden: 53

Antall ord: 8794

Veileder: Lindis Helberget

Innlevert Ålesund, 23.05.2017

## Obligatorisk egenerklæring/gruppeerklæring

Den enkelte student er selv ansvarlig for å sette seg inn i hva som er lovlige hjelpemidler, retningslinjer for bruk av disse og regler om kildebruk. Erklæringen skal bevisstgjøre studentene på deres ansvar og hvilke konsekvenser fusk kan medføre. **Manglende erklæring fritar ikke studentene fra sitt ansvar.**

Du/dere fyller ut erklæringen ved å klikke i ruten til høyre for den enkelte del 1-6:		
1.	Jeg/vi erklærer herved at min/vår besvarelse er mitt/vårt eget arbeid, og at jeg/vi ikke har brukt andre kilder eller har mottatt annen hjelp enn det som er nevnt i besvarelsen.	<input checked="" type="checkbox"/>
2.	Jeg/vi erklærer videre at denne besvarelsen: <ul style="list-style-type: none"><li>• ikke har vært brukt til annen eksamen ved annen avdeling/universitet/høgskole innenlands eller utenlands.</li><li>• ikke refererer til andres arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• ikke refererer til eget tidligere arbeid uten at det er oppgitt.</li><li>• har alle referansene oppgitt i litteraturlisten.</li><li>• ikke er en kopi, duplikat eller avskrift av andres arbeid eller besvarelse.</li></ul>	<input checked="" type="checkbox"/>
3.	Jeg/vi er kjent med at brudd på ovennevnte er å <u>betrakte som fusk</u> og kan medføre annullering av eksamen og utestengelse fra universiteter og høgskoler i Norge, jf. <a href="#">Universitets- og høgskoleloven</a> §§4-7 og 4-8 og Forskrift om eksamen.	<input checked="" type="checkbox"/>
4.	Jeg/vi er kjent med at alle innleverte oppgaver kan bli plagiatkontrollert i Ephorus, se Retningslinjer for elektronisk innlevering og publisering av studiepoenggivende studentoppgaver	<input checked="" type="checkbox"/>
5.	Jeg/vi er kjent med at høgskolen vil behandle alle saker hvor det forligger mistanke om fusk etter NTNUs studieforskrift.	<input checked="" type="checkbox"/>
6.	Jeg/vi har satt oss inn i regler og retningslinjer i bruk av kilder og referanser på biblioteket sine nettsider	<input checked="" type="checkbox"/>

# Publiseringsavtale

Studiepoeng: 15 stp.

Veileder: Lindis Helberget

## Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten ([Åndsverkloven §2](#)).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved NTNU i Ålesund en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja  nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja  nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja:

Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?

ja  nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja  nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. [Jfr. Offl. §13/Fvl. §13](#))

Dato:

Antall ord: 8794

Forord

*“Glem aldri at de gamle trenger så lite,  
men de trenger det lille så veldig”*

*- Margaret Willour*

## **Sammendrag**

### **Hensikt:**

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap og forståelse over hvilke erfaringer eldre pasienter har ved å flytte på et sykehjem.

### **Metode:**

Metoden i oppgaven er en systematisk litteraturstudie basert på åtte kvalitative forskningsartikler.

### **Resultat:**

Resultatet i denne oppgaven viser hvilke erfaringer eldre pasienter har ved å flytte på et sykehjem og hvordan denne overgangen oppleves. Det som kommer frem er at eldre pasienter opplever at det ikke lengre er forsvarlig å bo hjemme. Når de flytter på et sykehjem er det en ny og forandret livssituasjon som venter dem. For noen kan denne overgangen være tøff og forbundet med opplevelsen av tap. Mens for andre kan det være lettere å akseptere situasjonen og tilpasse seg livet på sykehjemmet.

### **konklusjon:**

Det å flytte til et sykehjem oppleves forskjellig for den enkelte pasient. For noen er det utfordrende og forbindes med ulike typer tap. For andre kan det være betryggende og fint. Pasientene får mulighet til å sosialisere seg og delta på ulike aktiviteter. Overgangen med å flytte til et sykehjem blir enklere med god støtte fra familie, venner og personale. Sykepleierne står derfor i en nøkkelposisjon for å kunne påvirke den nye livssituasjonen til det bedre.

**Nøkkelord:** Pasient, flytte til, sykehjem, erfaringer.

**Purpose:**

The purpose of this assignment is to get an increased knowledge and understanding of older people's experience of moving to a nursing home.

**Methods:**

The method in this assignment is a systematic literature study based on eight qualitative research articles.

**Result:**

The result of this assignment shows what older patients experience when moving in to nursing homes and how this transition feels. Older people don't find it safe to live at home anymore. It is a new and different living situation that the newly relocated people will experience when they move to a nursing home. For some, this transition may be tough and associated with the experience of loss. While it for others can be easier to accept, and adapt themselves.

**Conclusion:**

Moving to a nursing home is experienced differently for the individual patient. It can be a challenge and feel like a loss for the patient. But it can also be reassuring and comforting. The patient will get the opportunity to socialize and participate in different activities that improves their health. With good support from family, close friends and competent staff the transition from their original home to the nursing home will be as pleasant for the patient as possible. The nurses are therefore in a key position to affect this change to something better.

**Keywords:** Patient, moving, nursing home, experience.

# Innhold

<b>1.0 Innledning</b> .....	1
1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling.....	2
1.2 Oppgavens videre oppbygning.....	2
<b>2.0 Teoribakgrunn</b> .....	3
2.1 Mestre overgangen til sykehjemmet.....	3
2.2 Mestring.....	3
2.3 Mestringsstrategier.....	4
2.4 Begrepet trivsel.....	4
2.5 Trygghet i sykehjem.....	5
2.6 Cullberg.....	5
<b>3.0 Metode</b> .....	7
3.1 Systematisk litteraturstudie.....	7
3.2 Datainnsamling.....	7
3.2.1 Inklusjons- og eksklusjons kriterier.....	8
3.2.2 Bakgrunn for valg av databaser.....	8
3.2.3 Søkehistorikk.....	9
3.3 Kvalitetsvurdering.....	10
3.4 Etiske overveielser.....	11
3.5 Analyse.....	12
<b>4.0 Resultat</b> .....	14
4.1 Å bo hjemme er ikke lengre forsvarlig.....	14
4.2 Ny og forandret livssituasjon på sykehjemmet.....	15
4.2.1 Sosialt samvær og personlige relasjoner har betydning for trivsel.....	15
4.2.2 Personalet har en sentral og viktig rolle for trygghet og trivsel.....	16
4.2.3 Viktig med gode aktivitetstilbud for eldre.....	16
4.3 Opplevelsen av tap ved overgang til sykehjem.....	17
<b>5.0 Diskusjon</b> .....	19
5.1 Metodediskusjon.....	19
5.2 Resultatdiskusjon.....	20
5.3 Å bo hjemme er ikke lengre forsvarlig.....	20
5.4 Ny og forandret livssituasjon på sykehjemmet.....	21

5.4.1 Sosialt samvær og personlige relasjoner har betydning for trivsel.....	22
5.4.2 Personalet har en sentral og viktig rolle for trygghet og trivsel .....	23
5.4.3 Viktig med gode aktivitetstilbud for eldre.....	24
5.5 Opplevelsen av tap ved overgang til sykehjem.....	25
<b>6.0 Konklusjon</b> .....	<b>27</b>
6.1 Forslag til videre forskning .....	27
<b>Litteraturliste</b> .....	<b>28</b>

Vedlegg 1: Søkehistorikk

Vedlegg 2-9: Litteraturmatriser

Vedlegg 10: Sjekkliste for kvalitetssikring - Kunnskapssenteret

Vedlegg 11: Sjekkliste for kvalitativ forskning av Forsberg og Wengström (2016).

Vedlegg 12: Tabell 4 - Oversikt over stikkord, nøkkelord, sentrale funn og utviklingen av kategorier.

Vedlegg 13: Tabell 5 – Oversikt over hvilke fargekoder som er brukt i analysen av resultatet



## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

I denne oppgaven ønsker jeg å se nærmere på hvordan eldre pasienter opplever det å måtte flytte fra sitt eget hjem til et sykehjem. Jeg vil finne ut hvordan eldre opplever denne overgangen, hvilke tanker og følelser de sitter igjen med og hvilke erfaringer de har fått i møte med sykehjemmet og sykepleierne. Det er ønskelig å ha fokus på hva som har vært viktig gjennom denne prosessen, hvordan det oppleves for pasientene og hvordan den nye hverdagen er blitt.

Et sykehjem blir betegnet som et heldøgns helse- og omsorgstjenester. De overordnede målsettingene her er å gi kvalitativ, god individuelt tilpasset pleie og omsorg. Et riktig medisinsk utrednings og behandlingstilbud. Ved tildeling av langtidsopphold skal sykehjemmet også være et godt sted å bo for mennesker som har sykehjemmet som et hjem (Meld. St. nr. 29 (2012-2013), Helse- og omsorgsdepartementet).

Fra å bo i kjente omgivelser til å flytte inn på ett lite areal, med begrenset mulighet til å ta med seg personlige ting. Fra å være rundt kjente og kjære mennesker, til å nå flytte til en fremmed plass med ukjente mennesker. En må lære å kjenne på nytt, ta del i andres rutiner og får en helt ny hverdag, der en må ta hensyn til andre. Å flytte fra sitt eget hjem til en institusjon er en stor overgang for mange eldre (Hauge, 2014). Gjentatte medieoppslag om dårlig tjenestetilbud er med på å gi sykehjemmene et dårlig rykte både som behandlingstilbud, som bosted og arbeidsplass (Hauge, 2014). Fra egen erfaring har jeg en opplevelse av at mange eldre pasienter forbinder et sykehjem som trist og et siste stoppested i livet. I jobbsammenheng forteller flere eldre hjemmeboende at de ikke har lyst å ende på ett slikt sted. Jeg har selv fått erfare at pasientene blir lite aktivisert, har en passiv hverdag og et ensformig liv på et sykehjem. I norsk og nordisk sammenheng finnes det lite forskning på hvordan det oppleves å bo og leve på et sykehjem, særlig fra beboernes perspektiv (Bergland, 2010). Jeg mener dette temaet er relevant å belyse også fra et sykepleiefaglig ståsted. Da det er svært viktig å ha kunnskap om nettopp dette, få en forståelse for pasientens perspektiv, belyse hvilke verdier og erfaringer de eldre har i overgangsfasen.

## **1.1 Oppgavens hensikt og problemstilling**

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap og forståelse over hvilke erfaringer eldre pasienter har ved å flytte på et sykehjem. På bakgrunn av dette har jeg valgt å formulere problemstillingen slik:

*Hvilke erfaringer har eldre pasienter med å flytte til et sykehjem?*

Oppgavens spesielle fokus: Jeg har valgt å inkludere alle pasienter som må flytte på et sykehjem.

## **1.2 Oppgavens videre oppbygning**

Videre i oppgaven vil jeg presentere relevant teori om temaet i kapittel 2.0. I kapittel 3.0 gjør jeg rede for metodebeskrivelsen, tillegg til analysen. I kapittel 4.0 vil jeg presentere sentrale funn fra artiklene som belyser problemstillingen min. Kapittel 5.0 viser en metodediskusjon, deretter drøftes resultatet i lys av teoribakgrunn, samt konsekvens for sykepleie. Oppgaven avsluttes i kapittel 6.0 med en konklusjon, samt anbefaling for videre forskning.

## **2.0 Teoribakgrunn**

Under dette kapittelet skal aktuell teori presenteres opp mot problemstillingen.

### **2.1 Mestre overgangen til sykehjemmet**

Et sykehjem er pasientens bolig, ansattes arbeidssted og pårørendes besøkssted. Beboerne tilbringer hele døgnet på sykehjemmet, de sover, spiser og har sin fritid på samme sted (Hauge, 2014). Et sykehjem skal i tillegg til medisinsk behandling, være et godt og helsefremmende pleie-og omsorgstilbud og et hyggelig miljø med mulighet til aktiv og meningsfulle aktiviteter. Pasientene har rett til å få skjermet privatliv, rett på medbestemmelse og kontroll over egen livssituasjon (Hauge, 2014).

### **2.2 Mestring**

Begrepet mestring brukes på ulike måter og i dagligtalen assosierer vi ofte ordet med å klare seg, greie seg og få noe til. Det kan blant annet omhandle hvordan vi utvikler oss, tilpasser oss og lærer nye ferdigheter, men også hvordan vi håndterer utfordringene i livet (Reitan, 2011).

Lazarus og Folkman definerer mestring slik:

” Kontinuerlig skiftende kognitive og atferdsmessige anstrengelser for å klare spesifikke indre og/eller ytre krav som vurderes som krevende, eller som overstiger personens ressurser og truer velværet” (Reitan, 2011).

Når en person står ovenfor mestringsutfordringer, skjer det automatisk en vurdering av situasjonen på flere nivå, som innebærer mentale aktiviteter der personen danner forestillinger, tolker, føler, vurderer og velger handlinger. Lazarus kaller de tre nivåene primærvurdering, sekundærvurdering og revurdering. Primærvurderingen er en umiddelbar kognitiv respons på situasjonen og her blir det vurdert hvilke krav en står ovenfor. På dette stadiet blir situasjonen tolket ut ifra hvor truende den er, hvilke verdier og mål som berøres. Resultatet av primærvurderingen oppfattes enten nøytralt, positiv eller stressende.

Sekundærvurderingen omhandler hvilke muligheter man har for å mestre situasjonen, hvilke konsekvenser som kan oppstå og hvilke ressurser man har å møte utfordringen med. Man ser en nær sammenheng mellom følelser og mestring. Mellom personens egen vurdering og de følelsene som vekkes i situasjonen. En revurdering skjer etter mestringsforøket. Her tar personen en totalvurdering av situasjonen, ser om mestringen var hensiktsmessig og om situasjonen ble som antatt. Dersom situasjonene vurderes som annerledes, begynner en på nytt i prosessen med primær-og sekundærvurdering (Reitan, 2011).

### **2.3 Mestringsstrategier**

For å takle krav og utfordringer en møter på blir det ofte brukt ulike mestringsstrategier. Målet med dette er å hjelpe vedkommende til å bevare selvbildet sitt, finne mening i tilværelsen, og samtidig bidra til å opprettholde personlig kontroll (Reitan, 2011).

Lazarus og Folkmann skiller strategiene mellom problemorientert og emosjonsorientert mestring, som sammen skal hjelpe pasienten til å mestre utfordrende situasjoner. Ved problemorientert mestring stiller personen seg aktivt og direkte til den problemgitte situasjonen. Her handler det om å finne strategier for å løse problemet eller hvordan man skal hankses med en utfordrende situasjon. Emosjonsorientert mestring dreier seg om å endre måten en tolker situasjonen på, uten å endre på selve situasjonen. Det kan være selektiv oppmerksomhet, unngåelse eller ha fokus på det positive fremfor det negative. Ved å ta i bruk disse mestringsstrategiene bidrar det til at personen får kontroll over seg selv, følelsene og situasjonen (Reiten, 2011).

### **2.4 Begrepet trivsel**

I norske ordbøker blir ordet trivsel referert til en tilstand av å ha det godt, like seg og en prosess knytta til utvikling. Trivsel er derfor persons subjektive opplevelse av sin situasjon (Bergland, 2010). Eggert Petersen er en dansk psykolog, som oppfatter trivsel som en mental tilstand, et resultat av samspill mellom personens forventinger til miljøet og hvor mange av disse forventingene som innfris. Dersom mange forventinger ikke innfris, blir resultatet av dette mistrivsel (Bergland, 2010). Trivsel kan også beskrives som et resultat av et optimalt samspill mellom personens, det menneskelige- og fysiske miljøet. Gjennom

livet vil disse faktorene endre seg, og skal personen trives må det skje en kontinuerlig tilpasning mellom disse. Ifølge trivselteorien er helsepersonell viktige personer i det menneskelige miljøet for eldre i et sykehjem (Bergland, 2010). Relasjoner er en sentral faktor for trivsel. Det gjelder både relasjoner til helsepersonell, familie, venner og andre beboere. Andre forhold som er viktig for trivselen er trygghet, det å kunne delta i aktiviteter, komme seg utenfor sykehjemmet, at det er rene og pene omgivelser og et hjemlig miljø (Bergland, 2010). I tillegg er det viktig at pasientene opplever god pleie som er tilpasset deres behov, og at pleierne behandler de med respekt og vennlighet (Bergland, 2010). Trivsel i sykehjem handler mye om resultatet av et tilpasset samspill mellom den enkelte beboer og omgivelsene (Bergland, 2010).

## **2.5 Trygghet i sykehjem**

Flere pasienter har følt seg utrygge i sitt eget hjem, fordi de ikke stolte på sin egen kapasitet og på muligheten til å få hjelp om noe skulle skje. På et sykehjem er personale tilgjengelig hele tiden, noe som skaper trygghet (Segesten, 2010). Noen pasienter føler seg også utrygge på et sykehjem, dette kan ses i sammenheng med at personale har det travelt, og er underbemannet. De har ikke tid til å stoppe opp å se pasienten som individ (Segesten, 2010). En annen ting er hjemmet blir en arbeidsplass. Et hjem har et symbol, er en barriere og et vern for pasientene. På pasientens personlige rom er dørstokken grensen mellom hjemmet som privat arena og det offentlige rom. På rommet kan pasienten slappe av, samle krefter og stenge av omverdenen (Lillestø, 2010). Samtidig som det er arbeidsplassen til personale. Sykepleierne tar seg ofte godt til rette uten å ha avklart med pasienten om det er greit eller ikke. Det blander seg i mye, roter i skuffer og skap for å finne utstyr de trenger. Sykepleierne er ikke alltid flinke til å skille mellom private soner og de mer offentlige (Lillestø, 2010).

## **2.6 Cullberg**

Johan Cullberg er en svensk professor i psykiatri og forklarer at krise er en avgjørende vending, plutselig forandring og skjebnesvanger endring. En innleggelse på en institusjon kan føre til en sterk integritetskrenking og oppgivelse av egen autonomi. Autonomi blir definert som opplevelsen av å være selvstendig, uavhengig og selvstyrt (Cullberg, 2010). Fra det tidspunktet man kommer inn på en institusjon, mister personen en rekke av de

tingene som bidrar til å skape følelsen av personlig sosial identitet. Personen får blant annet bare beholde noen få personlige eiendeler, må omringes av mennesker man ikke kjenner og sove i en seng som ikke føles som sin egen. Ved dobbeltrom kan medpasienters lyd, lukt og vaner være forstyrrende. Matvanene er ofte ganske ulikt sine egne. Samtidig har institusjonen regler man må forholde seg til, og man får en følelse av å miste kontroll. Den personlige tryggheten blir nå avhengig av personalets velvilje og interesse (Cullberg, 2010). I slike situasjoner kan pasienter reagere ulikt. Følelsen av å miste noe som har vært en viktig del av livet, kan oppleves som en traumatisk situasjon som aktualiserer følelsen av å være forlatt. Det kan blant annet være et objekt tap, som for eksempel en eiendom. Følelsen av å være forlatt er en indre smertefull opplevelse, tegn til dette kan være sorg og tomhet (Cullberg, 2010).

Ifølge Cullberg (2010) kan en traumatisk krise inndeles i fire faser, sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidingsfasen og nyorienteringsfasen. Sjokkfasen utgjør den umiddelbare reaksjonen, pasienten holder avstand fra virkeligheten og klarer ikke å ta innover seg situasjon. I reaksjonsfasen åpner pasienten øynene for hva som har skjedd eller hva som skal skje og forsvarsmekanismene blir aktivisert. I bearbeidingsfasen blir pasienten fremtidsrettet igjen, godtar og bearbeider situasjonen. I nyorienteringsfasen har pasienten funnet seg mer til rette i situasjonen, bearbeidet krisen og krisen blir en del av livet. Hendelsen kan også ha fått en ny betydning senere i livsperioden (Cullberg, 2010).

### 3.0 Metode

I dette kapitlet skal jeg gå nærmere inn på hva en systematisk litteraturstudie er, samt datainnsamlingen, søkehistorien, inklusjons-og eksklusjonskriteriene og kvalitets- og etiskvurderingene. I slutten av kapitlet kommer analysen av artiklene.

#### 3.1 Systematisk litteraturstudie

”Ett systematisk litteratursøk dreier seg om å finne frem til relevante søkeord og kombinere disse på en måte som gjør at en sitter igjen med et håndterbart antall relevante referanser” (Bjørk og Solhaug, 2015). Pensumlitteratur fra Forsberg og Wengström (2016) har jeg brukt som grunnlag for mitt systematiske litteratursøk og der jeg har funnet åtte nyere forskningsartikler, ved å bruke ulike databaser.

#### 3.2 Datainnsamling

Før jeg startet søket valgte jeg å bruke PICO-skjema som et verktøy i litteratursøket, som er en strukturert metode for å få teoretisk forankring og finne relevante studier i ulike databaser (Forsberg og Wengström, 2016). PICO representerer en måte å dele opp spørsmålet på, slik at det struktureres på en hensiktsmessig måte (Nordtvedt mfl., 2012). Søkeordene er derfor hentet fra problemstillingen. I tabell 1 forklarer jeg hva de ulike bokstavene betyr, og hvorfor jeg har valgt å ekskludere C.

**Tabell 1. Pico-skjema**

<b>P</b>	Står for pasient, populasjon. Hvem? I min oppgave vil dette være eldre pasienter som nylig har flyttet på sykehjem. <b>Søke ord: Patient</b>
<b>I</b>	Står for intervensjon, altså hva søker jeg etter? Hva? Her er jeg ute etter pasienter som nylig har flyttet til et sykehjem. <b>Søke ord: Moving to, Nursing home</b>
<b>C</b>	Står for kontrollgruppe og brukes bare om det er relevant. I min oppgave er dette ikke relevant, jeg har derfor valgt å ekskludere dette.
<b>O</b>	Står for utfall/resultat. Her er jeg ute etter hvilke erfaringer eldre pasienter har etter de flyttet til et sykehjem. <b>Søke ord: Experience</b>

### 3.2.1 Inklusjons- og eksklusjons kriterier

Jeg satte også opp inklusjons- og eksklusjonskriterier for å lettere finne frem til relevant forskning forhold til min problemstilling. Jeg valgte derfor å avgrense søkene mine ved å bare bruke artikler fra 2007-2017. Dette er viktig i forhold til etiske hensyn, da artiklene i litteraturstudie ikke bør være eldre enn 10 år (Forsberg og Wengström, 2016). Tillegg valgte jeg å avgrense ett geografisk område til kun vestlige land, for å få det mest mulig likt Norge. For å avgrense ytterligere valgte jeg kun å søke på språkene norsk, svensk, dansk og engelsk. Alderen var 80år og over. Artiklene måtte ha ett pasientperspektiv, ha IMRAD-struktur, være fagfelleurdert og etisk godkjent. Artiklene ble ekskludert dersom de hadde sykepleier-eller pårørendeperspektiv, var skrevet på andre språk jeg ikke kunne lese, eller var på fra ikke vestlige land. Tillegg valgte jeg å ekskludere kvantitative artikler, som baserer seg på statistikk og tall (Forberg og Wengström, 2016).

**Tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier**

Inklusjonskriteriet	Eksklusjonskriterier
<ul style="list-style-type: none"><li>• Eldre pasienter som nylig er flyttet på et sykehjem</li><li>• Pasientperspektiv</li><li>• Artikler fra vestlige land.</li><li>• Språk: norsk, svensk, dansk eller engelsk</li><li>• Fagfelleurdert og etisk godkjent</li><li>• IMRAD-struktur</li><li>• Alder 80år og over</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eldre enn 2007</li><li>• Artikler som ikke er godkjent av etisk komite</li><li>• Artikler som omhandler pårørendes perspektiv</li><li>• Artikler som omhandler sykepleier perspektiv</li></ul>

### 3.2.2 Bakgrunn for valg av databaser

Jeg startet arbeidet med oppgaven høsten 2016, der jeg utarbeidet en prosjektplan med valg av problemstilling, tema og fremdriftsplan. Samtidig begynte jeg å prøvesøke i ulike databaser som Cinahl Complete, PubMed, Svemed+ og sykepleie.no på forskningsdelen, for å finne ut om det var relevant forskning. Alle disse databasene inneholder sykepleievitenskaplige artikler (Forsberg og Wengström, 2016). I forhold til min problemstilling og mine søkeord fant jeg fort ut hvor det var lettest å finne mange relevante artikler for min oppgave. Gjennom prøvesøkingen endte jeg tilslutt opp med å bruke Cinahl Complete og PubMed, grunnen til dette var at disse ga mest treff på forskning som var aktuelt for meg.



### **3.2.3 Søkehistorikk**

Søkeordene jeg valgte å bruke var ”moving to”, ”nursing home”, ”experience” og ”patient”. I tillegg brukte jeg den boolske operatøren i søket mitt og kombinerte søkeordene med ordet ”and”. Dette ble gjort for å begrense søket i forhold til søkeordene mine og for å få et smalere resultat av aktuell forskning (Forsberg og Wengstöm).

Under hvert søk, skrev jeg ned søkehistorien for hver artikkel, med hvilke søkeord jeg brukte, antall funn, leste abstrakter, leste- og inkluderte artikler. Jeg har ikke skrevet søkehistorikk for prøvesøkene. I vedlegg 1 kan du se nærmere på søkehistorikken.

### **Cinahl Complete**

I Cinahl Complete gjennomførte jeg tre systematiske litteratursøk. Hvordan jeg kombinerte søkeord og avgrenset søkene ser du ovenfor og i tabell 2. Inklusjons- og eksklusjonskriterier.

I mitt første søk fikk jeg 300 treff. Jeg leste gjennom alle overskriftene for å sortere ut hva som ikke var relevant for min oppgave. Deretter leste jeg gjennom 11 abstrakter, fem artikler, fra disse satt jeg igjen med tre forskningsartikler. ”Att flytta til sykhem – en ny fas i livet. En intervjustudie” av Sainio og Hansebo (2008), ”Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study” av Brandburg mfl. (2012), og ”Older people’s experiences of relocation to long-term care” av Fraher og Coffey (2011), som alle var relevant for min oppgave.

Mitt andre søk i denne databasen krysset jeg også av subject major som gjorde søket mitt mer spesifikt for mitt tema. Disse var longe time care, nursing home og nursings patients. Resultatet av dette gav 47 treff. Jeg leste alle overskriftene for å kunne sortere ut hva som ikke var relevant. Deretter leste jeg gjennom åtte abstrakter og tre artikler. Tilslutt satt jeg igjen med to artikler som var relevant for min oppgave. Disse artiklene var ”Reflections of older people living in nursing homes” av Melin-Johansson mfl. (2014), ”Encounters in Swedish nursing home: a hermeneutic study of residents’ experiences” av Westin og Danielson (2007).

Ved mitt tredje søk i Cinahl Complete, med samme søkeord, inklusjons og eksklusjonskriterier fikk jeg 150 treff. Også her leste jeg gjennom alle overskriftene for å lett kunne sortere ut hva som ikke var aktuelt for meg. Videre leste jeg gjennom 14 abstrakter og fire artikler. Av disse satt jeg igjen med to artikler som passet godt til problemstillingen min. Disse var "A descriptive Study of Losses Associated with Permanent Long-term Care Placement" av Barredo og Duldy (2008), og "Experiences of recently relocated residents of a long-term care, facility in Ontario: Assessing quality qualitatively" av Courghlan og Ward (2007).

### **PubMed**

Ved mitt første søk i PubMed brukte jeg samme søkeord, inklusjons og eksklusjonskriterier som i Cinahl Complete. Resultatet av dette ga 40 treff. Igjen leste jeg gjennom alle overskriftene for å sortere ut hva som var relevant, her fant jeg flere av artiklene jeg hadde valgt ut fra Cinahl Complete. Videre leste jeg gjennom sju abstrakter og to artikler. Av disse satt jeg igjen med en artikkel som jeg kunne bruke til mitt arbeid, "Lessons Learnd From 5 Women as They Transition Into Assisted Living" av Saunders og Heliker (2008).

### **Svemed+ og forskningsdelen på sykepleie.no**

Jeg valgte å gjennomføre ett søk i Svemed+, her valgte jeg å legge inn samme søkeord om på søkene ovenfor. Resultatet av dette ble null treff. Søkte jeg kun på "nursing home" og "patient" fikk jeg 55 treff, jeg leste gjennom alle overskriftene og videre tre artikler. Her fant jeg en artikkel som jeg allerede hadde valgt ut i databasen Cinahl Complete. I forskningsdelen på sykepleie.no var det ingen artikler som nådde opp til inklusjonskriteriene og ble derfor ikke inkludert.

### **3.3 Kvalitetsvurdering**

For å kvalitetsvurdere artiklene jeg har valgt ut har jeg lest igjennom de flere ganger og sett på innhold og oppbygging av artiklene. Alle artiklene hadde en tydelig abstrakt og IMRAD-struktur, med introduksjons, metode, resultat og diskusjon (Nortvedt mfl., 2012). Tillegg til dette vurderte jeg artiklene gjennom sjekklister til Forsberg og Wengström (2016). I søkemotoren for databasene jeg har brukt haket jeg av at alle artiklene skulle

være referee-bedømte. Jeg brukte derfor nettsiden til Nasjonal Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) (2017) som er et register over vitenskapelige publiseringskanaler, som tidsskrift, serier og forlag. Jeg brukte NSD for å kontrollere om artiklene var godkjent for forskning, noe det var med nivå 2 og 1. Nivå 2 har større krav til faglige kriterier og standarder enn nivå 1 (NSD, 2017). Jeg fikk også dobbeltsjekke at artiklene var fagfellevurdert og godkjent av etisk komite.

I problemstillingen er det ønskelig å belyse pasientenes erfaring. På bakgrunn av dette er det fokusert på kvalitative forskningsartikler. Da kvalitativforskning fokuserer på å tolke, skape en mening og forståelse av menneskets subjektive opplevelse (Forsberg og Wengström, 2016).

### **3.4 Etiske overveielser**

Før en gjennomfører en systematisk litteraturstudie bør en starte med etiske overveielser. God etikk er viktig aspekt i all vitenskapelig forskning (Forsberg og Wengström, 2016). Vitenskapsrådet har gitt ut retningslinjer for god medisinsk forskning og understreker at fuks og uærlighet ikke forekommer i forskningen (Forsberg og Wengström, 2016). Helsinkideklarasjonen er viktig innenfor all medisinsk og helsefaglig forskning, det er anbefalte retningslinjer for forskning som omfatter mennesker (Slettebø, 2013, s. 210). I følge Forsberg og Wengström (2016) handler en kvalitativ studie om å sette seg inni deltageres meninger, og man får muligheten til å få innsikt og forståelse i individets sosiale virkelighet. Det dreier seg om å få økt kunnskap og forståelse for deltageres reaksjoner, hvilke tanker og følelser som er grunnlag for den enkeltes atferd. Samtidig vil det være svært viktig å innhente samtykke fra deltagerne, at det er frivillig å delta og at de har mulighet til å trekke seg underveis (Slettebø, 2013). Det er også viktig at all informasjon blir anonymisert, for å beskytte deltagerne og unngå å påføre de noe form for skade under studien. Interessen for å innhente ny kunnskap skal alltid veies imot kravet om å beskytte de individene som deltar i studien (Forsberg og Wengström, 2016). Dette er også ett tydelig prinsipp i helsinkideklarasjonen (Slettebø, 2013). På bakgrunn av dette har jeg kun valgt artikler som er godkjent av etisk komite. Det er et krav i vitenskapelige studier at det skal tas etiske hensyn (Forsberg og Wengström, 2016).

Forhold til egne etiske betraktninger har jeg gjennom hele oppgaven henvist meg til referanser undervegs. Jeg fremstiller ikke data på en annen måte, utelukker ikke funn og er tru mot dataen jeg har brukt i oppgaven. Siden flere artikler er skrevet på engelsk har jeg tatt i bruk ordbok for å oversette ord jeg er utrygg på.

### **3.5 Analyse**

I følge Forsberg og Wengström (2016) kjennetegnes en innholdsanalyse ved at forskeren på et systematisk og stegvis klassifiserer data for å lettere identifisere mønster og temaer, der målet er å beskrive og kvantifisere spesifikke fenomen. For å analysere artiklene har jeg valgt å bruke artikkelen til Evans (2002) som et hjelpemiddel. Evans (2002) deler analysearbeidet inn i fire steg:

#### Steg 1:

Første steg handler ifølge Evans (2002) om å innhente data og søke etter relevant forskning. For å finne relevant forskning brukte jeg ulike databaser med søkeordene, inklusjons- og eksklusjonskriteriene som tidligere er beskrevet. Her fant jeg åtte forskningsartikler som var relevante og tatt med videre i oppgaven.

#### Steg 2:

Neste steg handler om å indentifisere nøkkelfunn i hver artikkel (Evans, 2002). Det første jeg gjorde var å prøve å kartlegge resultatdelen i artiklene, ved å lese de nøye, få en djupere forståelse for hver artikkel og noterte ned nøkkelfunn underveis som var relevant for problemstillingen min. Jeg gjentok prosessen for å være helt sikker på at jeg hadde fått med meg alt og fikk ett fullstendig bilde over hva artiklene handlet om. Nøkkelordene jeg kom frem til var: beslutningen, ny og forandret livssituasjon, sosialt samvær, sosiale og personlige relasjoner, aktivitet og tap.

#### Steg 3:

Det videre arbeidet er i følge Evans (2002) å indentifisere nøkkelfunn på tvers av artiklene. Her ser man også på likheter og ulikheter. På dette steget skal funnene i alle artiklene sammenlignes og kategoriseres. For å indentifisere nøkkelfunn på tvers av artiklene valgte jeg å bruke metoden fargekoding, for å lettere få en oversikt over relevante funn. Videre

satte jeg fargene opp mot hverandre, sorterte funnene og delte disse inn i ulike kategorier og underkategorier. Først brukte jeg nøkkelordene fra steg to som kategorier. Etter en ny gjennomgang av analysen valgte jeg å endre på kategoriene, (se vedlegg 12-tabell 4). Resultatet av de nye kategoriene viser jeg i neste steg.

Steg 4:

Siste steg i analysearbeidet handler om å finne felles sentrale funn (Evans, 2002). Her skal kategoriene som er opprettet utforskers, og det skal henvises til studiene som er inkludert. Både sitat og eksempler kan illustreres (Evans, 2002). Dette vil jeg presentere i resultatdelen, der jeg tar for meg hver kategori og legger frem hva forskningen viser om emnet.



**Figur 1:** Oversikt over kategoriene som gir grunnlag for resultatet

## 4.0 Resultat

I dette kapittelet skal jeg ta for meg en sammenfatning av de sentrale funnene som på ulike måter belyser problemstillingen min. Her tas det utgangspunkt i analysen av artiklene.

### 4.1 Å bo hjemme er ikke lengre forsvarlig

Noe som går igjen i flere artikler er selve valget om å flytte til et sykehjem. Selve beslutningen blir påvirket av flere forhold, men det som går igjen ser jeg er fysiske, psykiske og sosiale begrensinger. Med fysiske begrensinger mener pasientene en betydelig nedgang i deres helse, helsesvikt, skade eller økt fare for fall (Barredo og Dudley (2008); Coffey og Fraher (2011); Hasebo og Sainio (2008); Heliker og Saunders (2008)). Pasientene beskriver at avgjørelsen om å flytte er basert på forhold de selv ikke kan kontrollere (Barredo og Dudley (2008); Hansebo og Sainio (2008)). Pasientene forteller at de ikke lengre klarer å ta vare på seg selv og er mer avhengige av andre i dagliglivet. Flere har også hjemmetjeneste fra før, men føler at de får minimal hjelp fordi sykepleierne bare er innom en liten tidsperiode i døgnet. Dette skaper frykt og utrygghet hos pasientene, noe jeg ser går igjen i studien til Barredo og Dudley (2008), Brandburg mfl., (2012) og Coffey og Fraher (2011). Det psykiske og sosiale begrensinger handler om familie, venner, død av ektefelle, og begrensninger i nettverk som ofte fører til ensomhet og isolasjon (Barredo og Dudley (2008); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008)). Samtidig kommer det frem hvor viktig støtte fra familien er i beslutningsprosessen. Pasientene forteller hvor bekymret familiemedlemmene er for sine egne. Flere pasienter forteller derfor at de ikke ønsker å være en byrde eller til bry for familien sin, på bakgrunn av dette blir valget enklere. Pasienter never også at det er en stor avgjørelse å ta, det handler mye om å akseptere situasjonen og forstå forholdene som ligger til grunn for at en sykehjemsplass er det tryggeste alternative (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008); Heliker og Sauders (2008); Melin-Johansson mfl. (2013)). Samtidig kommer det frem i flere studier at noen pasienter opplever tap av kontroll og er lite involvert i selve avgjørelsen om å flytte, fordi lege, sykepleiere og familie tar over kontrollen. Pasientene gir uttrykk for at mangel på informasjon, gir en opplevelse av å ikke være involvert i planen for egen fremtid (Barredo og Dudley (2008); Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008)).

## **4.2 Ny og forandret livssituasjon på sykehjemmet**

Et av hovedfunna er en ny og forandret livssituasjon. Det er en ny fase i livet som starter, som omhandler tilpasning av livet på sykehjem med ny kultur, nye normer, regler og nye livsvaner (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008)). I flere artikler gir pasientene uttrykk for at de prøver å være positive til den nye livssituasjonen, ha en positiv innstilling og se fordelene ved å bo her. Ofte veier de fordeler og ulemper. Pasientene nevner trygghet, sosialt samvær, møte med personale, nye vennskap og små gleder som gjør livet bedre på et sykehjem (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Danielson, og Westin (2007); Hansebo og Sainio (2008); Helliker og Saunders (2008); Melin-Johansson mfl. (2013)). Samtidig kommer det frem at enkelte syns det er vanskeligere å akseptere situasjonen og tilpasse seg. Kommunikasjon med andre kan være utfordrende når pasientene har sterkt nedsatt syn og hørsel og problemer med hukommelsen (Brandburg mfl. (2012); Hansebo og Sanio (2008)). Det kommer også frem at det er lettere å akseptere sitasjonen og tilpasse seg den nye hverdagen, når flyttingen er planlagt (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008)).

### **4.2.1 Sosialt samvær og personlige relasjoner har betydning for trivsel**

For mange var det en lettelse å flytte på sykehjem, det var et trygt og sikkert sted med mindre bekymringer for livet. Her kommer det også frem at materialistiske ting blir mindre viktig, det handler nå om å ha nok ressurser til å leve et behagelig liv. Pasientene legger til at det er lett å bryte sosiale normer på et sykehjem, det bli mindre viktig hva andre tenker om deg og de har at mer avslappet forhold til å akseptere seg selv (Coffey og Fraher, 2011, Hansebo og Sainio, 2008, og Melin-Johansson mfl., 2013).

Å flytte på et sykehjem ga følelse av tilhørighet til et sted og til noen. Pasientene fikk noen å dele livet med, de fikk være i ett godt og trygt felleskap med god atmosfære (Danielson og Westin (2007); Hansebo og Sainio (2008)). Det fikk bruke tiden sin på å være sosiale, delta i ulike aktiviteter som sykehjemmet tilbydde og hadde mulighet til å trekke seg tilbake for å mimre om sitt tidligere liv. Felleskapet gjør det mulig å leve på en meningsfull måte (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007); Danielson og Westin (2007); Hansebo og Sainio (2008); Heliker og Saunders (2008)). Pasientene gir uttrykk for hvor viktig både venner, familie og personalet er for

trivselen på sykehjemmet (Brandburg mfl. (2012); Coughlan og Ward (2007); Hansebo og Sainio (2008); Heiliker og Sauders (2008)).

#### **4.2.2 Personalet har en sentral og viktig rolle for trygghet og trivsel**

Personale har en sentral rolle og er viktig for beboerne. Personale kan hjelpe å bearbeide sorgprosessen, gjøre overgangen lettere og påvirke hverdagen til pasientene på en positiv måte (Brandburg mfl. (2012); Coughlan og Ward (2007); Danielsen og Westin (2007); Hansebo og Sainio (2008)). Det er viktig for pasientene å bli sett, respektert og ivaretatt. Dette omhandler at personale viser interesse for pasientens liv, spør hvordan de har det og tar seg tid til dem. Pasientene gir uttrykk for at de setter stor pris på at personale legger opp dagen utfra deres ønsker og behov. Dette gir en følelse av å bli sett, tatt vare på og deres individuelle behov blir prioritert. Det reduserer også følelsen av å være anonym og glemte. Pasientene beskriver dette som god omsorg. Samtidig ser pasientene at personale er underbemannet, noe som skaper stort arbeidspress hos sykepleierne. Mangel på personale gir også mindre tid ansatte kan bruke på pasientene. For pasientene oppleves det ofte vanskeligere å etablere gode forhold til dem. Her nevner pasientene også mangel på kontinuitet i omsorgen som gir konsekvenser for relasjonene pasienten får til ansatte. Pasientene forteller at personale i travle perioder glemmer at sykehjemmet ikke bare er en arbeidsplass, men deres hjem. Dette fører ofte til at pasientene ikke blir respektert, sett, ivaretatt og blir ofte satt til side (Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007)). Pasientene opplever dette som tap av verdi som person, der de føler seg isolert, ignorert, og trist. De opplever en slags sorg der mange gråter på natten og i enkelte tilfeller har ønsket å ikke leve lengre (Coughlan og Ward (2007); Danielson og Westin, (2007)).

#### **4.2.3 Viktig med gode aktivitetstilbud for eldre**

Sosialt samvær henger sammen med aktivitet, noe som pasientene også synes er viktig. Hverdagen på et sykehjem kan ofte bli ensformig i følge pasientene, derfor setter de stor pris på aktivitetene som blir iverksatt, som skaper underholdning og glede i hverdagen (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007); Hansebo og Sainio (2008)). I studien til Coffey og Fraher (2011) forteller pasientene at aktiviteter tilbys hverdag i form av trim, bingo, musikk, lesestunder og ulike hobbyer. Dette er med på å fylle dagene og skape generell tilfredshet, noe vi også finner igjen i studien til



Coughlan og Ward (2007). Men likevel forteller pasientene at de hadde verdsatt mer fokus på fysiske behov under aktivitetene. I studien til Coughlan og Ward (2007) forteller pasientene at mangel på personale hindret flere i å kunne delta på de ulike aktivitetene. Dette førte til at pasientene brukte store deler av dagen på å gjøre ingen ting, noe de ikke var tilfreds med, som igjen førte til at pasientene ble triste og oppgitt.

### **4.3 Opplevelsen av tap ved overgang til sykehjem**

Betydningen av hjemmet går igjen i flere studier, dette er knyttet opp til følelser mot tap av identitet, privatliv og selvstendighet, som igjen gir en slags sorg. Flere lengter tilbake til sitt tidligere hjem, sine personlige eiendeler og hjemmefølelsen (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008); Helliker og Saunders (2008)). På sykehjemmet er det begrenset mulighet til å gjøre rommet sitt personlig, mange deler også rom med andre beboere. Dobbeltrom har både positive og negative sider. For noen kan det være en trygghet og mindre ensomt, mens for andre kan dette skape mistriivsel, grunnet begrenset privatliv og lite hjemmekoselig. I studiene kommer det også frem hvordan de opplever det å dele rom og trekker frem hvor vanskelig det kan være med besøkstid, toalettbesøk og følelsen av at sensitive helseopplysninger blir delt med side mannen, og legger til at ved private rom er ikke dette noe problem (Brandburg mfl. (2012); Hansebo og Sainio (2008)). Flere pasienter merker også at de har fått redusert kontakt med familien, som gir en følelse av tap av verdi som person. Pasientene føler at både lege og familie har gitt de bort til sykehjemmet og er ikke lengre deres ansvar. Dette får frem følelser som ensomhet, det å ikke være verdsatt som person og tap av verdi generelt (Coughlan og Ward (2007); Helliker og Saunders (2008)).

Pasientene forteller også om tapet av fysisk funksjon, noe som førte til at de ble mer avhengig av andre. For noen var dette veldig frustrerende og skapte følelser som flauhet, sinne og hjelpeløshet, det å miste sin uavhengighet påvirker selvbildet og identiteten. På grunn av dette lengter de tilbake til en tid uten avhengighet, til selvstendig liv, med frie valg og har et håp om å få komme hjem. På samme tid forstår pasientene at de har behov for hjelpen, og føler de blir mer avhengige enn forventet på et sykehjem (Brandburg mfl. (2012); Helliker og Saunders (2008)). Pasientene gir uttrykk for at her er det mindre selvbestemmelse, andre avgjør hva man skal ha på seg, når man skal stelles, når man skal

spise og hvordan dagen skal være (Barredo og Dudley (2008); Melin-Johansson mfl. (2013)).

Mange opplever tapene på sykehjem som å miste mål i livet, det blir en sorgprosess de må bearbeide som er trist, men samtidig støttende på mange måter når pasientene klarer å akseptere situasjonen (Brandburg mfl. (2012); Hansebo og Sainio (2008); Helliker og Saunders (2008)). Det kommer frem at tap av ektefelle fører til tap av mening med livet. Sykdom, smerte og lidelse er også en avgjørende faktor, da dette gjør livet vanskelig å leve og oppleves som en trussel mot livet (Daniel og Westin (2007); Melin-Johansson mfl. (2013)). Følelsen av å ikke kunne påvirke egen helse, kunne framkalle følelser som nedstemthet, håpløshet og dødsønske. De psykososiale tapet gjorde livet vanskelig å leve (Hansebo og Sainio, 2008).

## 5.0 Diskusjon

I diskusjonsdelen blir en metodediskusjon presentert, samt drøfting av resultatet i lys med teoribakgrunn. Konsekvens for sykepleie blir også beskrevet her.

### 5.1 Metodediskusjon

Gjennom arbeidet med Bacheloroppgaven har jeg tatt utgangspunkt i boken til Forsberg og Wengström (2016) og kompensert dette med annen pensumlitteratur. Ved å bruke PICO-skjema blir det lettere å finne relevante søkeord for problemstillingen (Forsberg og Wengström, 2016). Under søket ble det brukt flere databaser, for ifølge Bjørk og Solhaug (2015) er dette en fordel, fordi det bidrar til å sikre størst mulig bredde i litteraturtilfanget. Det var også mange artikler som måtte ekskluderes, fordi de ikke nådde opp til inklusjons- og eksklusjonskriteriene. Noen artikler hadde deltagere under 80år, jeg valgte likevel å bruke disse, fordi de var svært relevant for oppgaven min. Jeg stoppet søket når jeg hadde funnet åtte forskningsartikler som var relevante. Problemstilling fokuserer på pasientens perspektiv derfor har jeg ”experience” og ”patient” i søkeordene, fordi jeg ute etter deres erfaring. På bakgrunn av dette valgte jeg kvalitative artikler, som føles mest riktig i forhold til problemstillingen. Likevel kan det være en svakhet i oppgaven, da jeg kunne fått en større bredde ved å ta med kvantitativforskning basert på observasjoner og statistikk i overgangsfasen. Det som også kan være en svekkelse er om intervjuene har foregått for tidlig i forløpet, noe som kan påvirke resultatet. Noe som også kan svekke arbeidet er at jeg kan ha tolket noe feil, med tanke på at fleste artiklene er skrevet på engelsk. Men for å kvalitetssikre meg selv har jeg brukt engelsk ordbok for å slå opp ord jeg var utrygg på. Tillegg kan det å skrive en slik oppgave individuelt være en svakhet, fordi jeg ikke får diskutert arbeidet grundig med en annen medstudent.

Artiklene måtte i tillegg kvalitetssikres, de ble vurdert ut i fra sjekklistene til Forsberg og Wengström (2016). Slik jeg oppfatter det er etiske hensyn ivaretatt i alle studiene. For å analysere artiklene brukte jeg artikkelen til Evans (2002) som hjelpemiddel. Jeg satte meg grundig inni resultatet i hver artikkel, skrev nøkkelord i sidemargen og brukte fargekoding for å samle sentrale funn og sammenlignet dette i eget Word dokument. Der delte jeg det inni tre hovedkategorier, samt tre underkategorier. Videre la jeg bort alle artiklene, tok det opp igjen etter noen dager og gjentok analyseprosessen. Etter en ny runde med analysen bidro dette til mer innsikt i temaet og kategoriene ble endret. I tillegg tok jeg opp igjen

litteratormatrisene for å se om de funnene samstemte, noe det gjorde. Dette ser jeg på en måte å kvalitetssikre meg selv. Teorigrunnlaget ble utført etter selve analysen, fordi jeg ville ha pensumlitteratur som kunne belyse mine funn i studien på en god måte.

## **5.2 Resultatdiskusjon**

### **5.3 Å bo hjemme er ikke lengre forsvarlig**

Fysiske, psykiske og sosiale begrensinger er forhold som er avgjørende for om pasientene flytter på sykehjem. De beskriver situasjonen som forhold det selv ikke kan kontrollere (Barredo og Dudley (2008); Coffey og Fraher (2011); Hasebo og Sainio (2008); Heliker og Saunders (2008)). I teorien kan vi se at dette stemmer, da valget ofte er fremskyndet av en forverring av helsen (Hauge, 2014). Flere pasienter hadde også bistand av hjemmesykepleie, men så at hjelpen ikke var tilstrekkelig, noe som skapte frykt og utrygghet hos flere (Barredo og Dudley (2008); Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011)). Grunnet mangel på egen kapasitet og muligheten til å få hjelp, er det flere som opplever utrygghet i eget hjem (Segesten, 2010). Psykiske og sosiale begrensinger førte ofte til ensomhet og isolasjon. Mange hadde også en støttende, men bekymret familie. Likevel føler pasientene seg til bry for dem (Barredo og Dudley (2008); Coffey og Fraher (2011); Hasebo og Sainio (2008)). Pårørende velger ofte å søke om sykehjemsplass på vegne av den eldre, fordi de er bekymret og vurderer situasjonen ofte verre enn pasienten selv (Hauge, 2014).

I denne prosessen kan pårørende, lege og sykepleier ta over kontrollen, som gjør at pasienten ikke blir informert, involvert og har ikke kontroll over egen fremtid (Barredo, og Dudley (2008); Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hasebo og Sainio (2008)). I følge pasient-og brukerrettighetsloven (1999) har pasienten rett på både informasjon og medvirkning ved gjennomføring av helse-og omsorgstjenester. Overgangsfasen er en sårbar periode for pasienten, de har behov for kyndig, omtenksum og omsorgsfull sykepleie (Hauge, 2014). Som sykepleier bør man her stoppe opp litt, ta seg tid til pasienten. Gjerne forklare og gi den informasjon pasienten har behov for. Det er viktig å skape trygghet, samtidig sørge for at pasienten blir involvert og ivaretatt gjennom prosessen. Sykepleierne kan bidra til å gjøre overgangen til et sykehjem lettere, ved å

forberede dem på selve flyttingen. Invitere de til sykehjemmet i forkant, slik at pasientene blir kjent med sykehjemmet, beboerne og personale.

Videre kan sykepleierne sette opp en primærpleier som har hovedansvaret, gir ekstra omsorg og gir rom for samtale. I følge Cullberg (2010) kan det å måtte flytte fra sitt eget hjem oppleves som en traumatisk situasjon, som gir en smertefull opplevelse med sorg og tomhet. Her kan sykepleier hjelpe pasienten til å uttrykke følelsene og bidra til at krisesyntomene blir mer forståelig i overgangsfasen, slik at pasienten kan bli mer fremtidsrettet og bearbeidingsfasen kan begynne. I denne perioden godtar pasienten situasjonen og lærer seg nye sosiale roller som følge av flyttingen (Cullberg, 2010). På denne måten får pasienten en mykere, tryggere og bedre overgang til sykehjemmet.

#### **5.4 Ny og forandret livssituasjon på sykehjemmet**

Det å måtte flytte på sykehjem fører til store forandringer i livet til pasienten (Bergland, 2010). Det bærer preg av at en ny fase i livet har startet, der en må tilpasse seg livet på sykehjemmet (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008)). Dette kan ofte ses i sammenheng med krise som er en plutselig forandring i pasientens liv, som igjen kan føre til integritetskrenking og oppgivelse av autonomi (Cullberg, 2010). For noen er det vanskeligere akseptere og tilpasse seg, og det er ofte kommunikasjonen som kan skape utfordring (Brandburg mfl. (2012); Hansebo og Sanio (2008)). Dette kan oppleves som en trussel for pasientens sosiale integritet (Hauge, 2014). Når man flytter til et sykehjem, flytter man også fra ett kjent nettverk, mens på sykehjemmet møter man andre syke og skrøpelige (Hauge, 2014). For å bedre situasjonen her kan for eksempel sykepleierne prøve å sette pasientene sammen med andre på sitt eget nivå. De mest oppegående og klare kan bli plassert sammen under fellesaktiviteter og måltider. Kommunikasjonen kan da oppleves enklere.

Pasientens innstilling, samt god kvalitet på pleien og personale er kjerneaspekter ved trivsel på et sykehjem. Trivsel er resultatet av et optimalt samspill mellom personens, det menneskelige, og fysiske miljøet (Bergland, 2010). Pasientene prøver å ha en positiv innstilling, se fordelene og fokuserer på det som gir glede og gjør livet bedre på sykehjemmet (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Danielson og Westin (2007); Hansebo og Sainio (2008); Helliker og Saunders (2008); Melin-Johansson mfl.

(2013)). Dette kan knyttes opp til Lazarus tre nivåer for mestring. Pasientene ser mulighetene man har for å mestre den nye situasjonen, hvilke konsekvenser kan oppstå og hvilke ressurser man har for å møte disse utfordringene (Reitan, 2011). Ved at pasientene veier fordeler og ulemper, knytter man opp til følelser til det å mestre utfordringene. Følelser og mestring henger sammen. Det ser vi igjen i Lazarus og Folkmanns mestringsstrategier, der pasientene har fokus på det positive fremfor det negative, som er følelsesorientert mestring. Ved å ta i bruk mestringsstrategier bidrar dette til at pasienten får kontroll over seg selv, situasjonen og følelsene (Reiten, 2011). Sykepleierne kan for eksempel bli flinkere til å ta bort fokuset på kropp og sykdom og heller snakke om andre ting som gir glede til pasientene.

#### **5.4.1 Sosialt samvær og personlige relasjoner har betydning for trivsel**

Flere gir uttrykk for at det var en lettelse å flytte på et sykehjem på grunn av tryggheten, og fellesskapet. Tilhørigheten til sykehjemmet og personene gjorde livet meningsfylt (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007); Danielson og Westin (2007); Hansebo og Sainio (2008); Heliker og Saunders (2008); Melin-Johansson mfl. (2013)). Et sykehjem skal i tillegg til å gi medisinsk behandling, være helsefremmende og et hyggelig miljø, samtidig som det skal gi rom for privatliv og et dagligliv som ivaretar pasientens vaner (Hauge, 2014).

Ifølge Cullberg (2010) mister pasientene mye av de tingene som bidrar til å skape en følelse av personlig sosial identitet når man flytter på et sykehjem. Det er nå personalets velvilje og interesse som avgjør den personlige tryggheten til pasientene (Cullberg, 2010). Det at sykehjemmet er pasientens bolig, ansattes arbeidssted og familiens besøkssted kan skape utfordring (Hauge, 2014). For pasienten har hjemmet et symbol. Det er her pasientene kan trekke seg tilbake, slappe av og samle krefter (Lillestø, 2010). Pasientene har også rett til et skjermet privatliv, rett til medbestemmelse og kontroll over egen livssituasjon (Haug, 2014). Sykepleierne glemmer fort dette og tar seg til rette uten å spørre om det er greit eller ikke. Pasientens rom er viktig for identiteten, er betydningsfullt og et trygt miljø (Hauge, 2014). Likevel ser man at personale glemmer skille mellom private og offentlige soner (Lillestø, 2010). For å endre på dette kan sykepleierne for eksempel være flinkere til å banke på døren før de går inn på pasientens rom. Spørre om

lov til å gå inn i skap og skuffer for å finne utstyr. Det å få en bekreftelse på at det er greit for pasienten, viser igjen at sykepleier har respekt for dem og deres personlige saker.

#### **5.4.2 Personalet har en sentral og viktig rolle for trygghet og trivsel**

I studiene kommer det frem at personale har en sentral rolle og er viktig for beboerne på mange måter (Brandburg mfl. (2012); Coughlan og Ward (2007); Danielsen og Westin (2007); Hansebo og Sainio (2008)). For trivselen på sykehjemmet er relasjoner en avgjørende faktor. I trivselteorien ser man at sykepleierne og helsepersonell er viktige i det menneskelige miljøet for de eldre på sykehjemmet (Bergland, 2010). Cullberg (2010) får også frem at den personlige tryggheten er avhengig av personalet. Pasientene setter stor pris på god omsorg, der personale tar hand om deres ønsker og ivaretar individuelle behov (Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007)). I følge kvalitetsforskriften for pleie- og omsorgstjeneste (2003) har pasientene rett til å bestemme hvordan de ønsker å legge opp dagen, uavhengig av avdelingens rutiner. Likevel ser vi at rutineene på sykehjemmet ofte kan overskygge pasientenes rett til å bestemme over sitt eget liv (Hauge, 2014). Cullberg (2010) forklarer at institusjonens regler kan føre til at pasientene får en følelse av å miste kontroll. Sykepleierne bør for eksempel prøve å la pasientene få delta mer aktivt i hverdagen sin. Medbestemmelse kan handle om at personale er fleksible, spør om pasientens ønsker og vet hva den enkelte liker (Hauge, 2014). På den måten blir pasientenes ønsker, individuelle behov også ivare tatt av personalet. Samtidig som pasienten får kontroll og medbestemmelse i hverdagen.

Noen pasienter kan også føle seg utrygge på et sykehjem. Dette kan ses i sammenheng med at personale er underbemannet og har stort arbeidspress (Segesten, 2010). Dette skaper konsekvenser som mangel på kontinuitet i omsorgen, utfordrende å etablere gode relasjoner mellom pleier og pasient. I tillegg gir det mindre tid sammen med pasientene. Dette kan oppleves som ignorering, isolasjon og det å bli tilsidesatt som pasient, som igjen kan føre til nedstemthet og en slags sorg (Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007); Danielsen og Westin (2007)). For at pasientene skal trives er det viktig at de opplever god pleie som er tilpasset deres behov, og at personale behandler dem med respekt og vennlighet (Bergland, 2010). Væremåten til personale og samhandlingen med pasientene har stor betydning for å oppleve håp og mening på et sykehjem (Hauge, 2014).

Dette ser vi igjen i studien til Coughlan og Ward (2007), Daniel og Westin (2008), Hansebo og Sainio (2008).

### **5.4.3 Viktig med gode aktivitetstilbud for eldre**

Alderdommen innebærer ofte tap, for å kompensere dette er det viktig at pasientene holder seg i aktivitet (Bergland, 2010). Aktivitet bryter en ensformig hverdag ved å skape underholdning og glede. Samtidig kan vi knytte aktivitet opp mot mestring, fordi selvbilde blir styrket gjennom å mestre ulike aktiviteter. Det å mestre ting selv, gir en god opplevelse for pasienten (Hopen, 2011). Men likevel forteller pasientene at de ønsker mer fokus på fysiske behov under aktivitetene (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007); Hansebo og Sainio (2008)). I aktivitetene som tilbys er pasienten ofte bare mottakere og passive (Hauge, 2014). Også her blir mangelen på personale nevnt, noe som hindret mange i å kunne delta på aktivitetene. Dette førte til at pasientene ble utilfreds og triste (Coffey og Fraher (2011); Coughlan og Ward (2007)). Når personale føler de ikke strekker til kan de sammen med ledelsen, for eksempel søke om beboerne kan få besøksvenn. Der de får muligheten til å dra utenfor sykehjemmet og bli aktivisert.

Pasientene på norske sykehjem er blant de skrøpeligste eldre i samfunnet, og klarer ikke å dekke sitt eget behov for bevegelse. Som sykepleier vet vi konsekvensene av inaktivitet. Dette kan føre til blant annet smerte, nedsatt tarmperistaltikk, obstipasjon, osteoporose, kontrakturer, trykksår og hevelser, som ofte behandles medikamentelt (Helbodstad, 2014). Kanskje noe av den medikamentelle behandlingen kunne vært redusert, om personale faktisk var flinkere til å tilrettelegge for at pasientene var mer delaktige i aktivitetene. På bakgrunn av dette bør sykepleierne sette aktivitet og bevegelse på sykehjemmet som et grunnleggende behov og følge opp dette. Det trenger ikke være aktivitet i den forstand, men at pasientene får gjøre ting selv. Eksempler på tiltak som kan gjøres er at personale kan bli flinkere til å tilrettelegge for at pasienten kan få kle på seg selv, delta mer i morgenstellet, smøre sin egen mat, brette sitt eget tøy, ta del i oppvasken på kjøkkenet eller holde orden på sine egne rom. Å bli aktivisert ut fra sin personlighet, integritet og helsetilstand er grunnlaget for å forbedre egen helse. Helse for eldre kan være følelsen av velværet, være fysisk aktiv og leve selvstendig (Berg, 2014). Det at pasientene får være mer delaktige i egen hverdagen, kan fremme både motivasjon, helsen og livskvaliteten.



Helse og velværet i denne sammenheng er avhengig av at pasienten føler seg i stand til være den man er og kunne gjøre de aktivitetene som de selv mener er viktig (Berg, 2014). Utfra et sykepleierfokus er det nemlig vår oppgave å sørge for å tilrettelegge forholdene slik at pasienten skal få det bedre (Berg, 2014).

### **5.5 Opplevelsen av tap ved overgang til sykehjem**

I første periode av overgangen til sykehjemmet er alt nytt og ukjent. Pasientene kan ofte oppleve sterke følelser knyttet til tap (Hauge, 2014). Tapene som oppstår i overgangen kan gi en slags sorgreaksjon som kan være vanskelig å bearbeide (Brandburg mfl. (2012); Coffey og Fraher (2011); Hansebo og Sainio (2008); Helliker og Saunders (2008)). Rommene er små, og ved dobbeltrom er det enda vanskeligere å gjøre rommene personlige, da du må ta hensyn til sidemannen. Som vi vet har dobbeltrom både positive og negative sider. For noen er det mindre ensomt og en trygghet, mens for andre skaper det mistrivsel grunnet mindre hjemligatmosfære og privatliv (Brandburg mfl. (2012); Hansebo og Sainio (2008)). Cullberg (2010) får også frem dette når en pasient flytter på en institusjon og hvordan miljøet kan påvirke pasientens sosiale identitet. Han forteller samtidig at det å miste sitt eget hjem kan skape en følelse av sorg og tomhet, derav oppstår en sorgreaksjon. Dette kan ses i sammenheng med kriseteorien, der sjokk- og reaksjonsfasen binger frem følelser som er knytt til tapene, hjemmet og pasientens autonomi (Cullberg, 2010).

Redusert kontakt med familie er og et tap mange pasienter kjenner på. Flere forbinder dette med tap av verdi som person, fordi man blir tilsidesatt av familien og det offentlige tar over ansvaret (Coughlan og Ward (2007); Heliker og Saunders (2008)). Generelt sett kan det være utfordrende med besøk når pasientene deler rom. Det vil derfor være viktig at sykepleierne tilrettelegger for nettopp dette. Enkle tiltak som kan gjøres er å skjerme den andre pasienten, tilby å gå en tur, eller andre aktiviteter, mens sidemannen har besøk. Alternativt at de kan bruke et ledig fellesrom. Det viktigste er at man tar hensyn til begge pasientene og prøver å tilrettelegge slik at familien kan besøke sine kjære.

Tapet av fysisk funksjon kan oppleves frustrerende og pasientene føler seg mer hjelpeløs uten andres hjelp (Brandburg mfl. (2012); Heliker og Saunders (2008)). Tapet av selvbestemmelse, hindrer pasientene til å medvirke i egen hverdag (Barredo og Dudley

(2008); Melin-Johansson mfl. (2013)). Det å måtte gi slipp på sitt eget hjem, orientere seg ut fra de begrensingene et stort hjelpebehov og livet på sykehjem setter, kan for mange utfordre pasientens mål og verdier (Bergland, 2010). På bakgrunn av dette lengter flere tilbake til sitt tidligere selvstendige liv (Brandburg mfl. (2012); Helliker og Saunders (2008)). For å prøve å opprettholde selvbestemmelsen for pasientene, bør sykepleier involvere pasientene mer, ved å spørre de oftere hva de har lyst til å gjøre, hva de vil spise, eller hva de vil få utav dagen. Det er viktig at pasientene får medvirke både i små og store beslutningsprosesser i hverdagen. Det er så lite som skal til for at pasientene føler seg inkludert og ivaretatt.

På mange måter forstår også pasientene situasjonen og aksepterer ett økt hjelpebehov (Brandburg mfl. (2012); Hansebo og Sainio (2008); Helliker og Saunders (2008)). Dette kan vi se igjen ved problemorientert mestring når pasienten står direkte i den problemgitte situasjonen og prøver å finne strategier for å løse problemet, eller hvordan man skal hanskles med utfordringene (Reitan, 2011). Flere tar også ett aktivt valg om å trives (Hauge, 2014). Det handler om å ta en beslutning om at livet på sykehjemmet er det tryggeste alternativet med tanke på funksjonssvikt og helseproblemene, derav akseptere situasjonene (Bergland, 2010). I bearbeidings- og nyorienteringsfasen klarer pasienten å se fremover, akseptere situasjonen og godta at sykehjemmet nå er en del av livet (Cullberg, 2010). Trivsel vises å være påvirkelig av tre faktorer, pasienten selv, mellommenneskelige relasjoner og det fysiske miljøet (Hauge, 2014). Så hva kan sykepleier gjøre for å øke trivselen, de bør skape et trygt og godt miljø. Lage pasientrommet personlig og hjemlig som mulig. Relasjonene mellom sykepleier og pasient bør være god fordi den er så viktig. Samtidig skape et godt fellesskap mellom beboerne på hjemmet og sørge for at de får deltatt på aktiviteter som de selv liker. Tillegg tilrettelegge for at pasientene kan opprettholde kontakten med både familie og venner, gi rom for at disse menneskene kan komme på besøk og ikke minst ta med seg pasientene ut.

## **6.0 Konklusjon**

Gjennom oppgaven har jeg satte meg nærmere inni hvilke erfaringer eldre pasienter har ved å flytte på et sykehjem, hvilke tanker og følelser de sitter igjen med. Oppgaven viser hvordan denne overgangen oppleves og hvordan den påvirket pasientene både i positiv og negativ grad. Alle pasienter er forskjellige og reagerer ulikt, likevel ser man fellestrekk gjennom erfaringene som blir delt. Det er en ny fase i livet som starter når pasientene må bo på et sykehjem. Det å komme til en ny og ukjent arena kan på mange måter være utfordrende, men også være betryggende og fint. Å bli kjent med sykehjemmet, personale, beboerne og få sosialisere seg og delta på ulike aktiviteter har stor betydning for trivselen. Overgangen til sykehjemmet blir også lettere med god støtte fra familie, venner og ansatte. Det er en sårbar periode pasientene står ovenfor, der de har behov for ekstra god omsorg. Ofte oppleves det som ett nederlag og tap å måtte flytte fra sitt eget hjem. Tapene kan assosieres med pasientenes autonomi, selvbestemmelse, identitet og privatliv.

## **6.1 Forslag til videre forskning**

Som tidligere beskrevet i oppgaven finnes det lite forskning på dette området. Jeg vil derfor anbefale videre forskning rundt temaet. Fordi det er viktig at helsepersonell har kunnskap og forståelse for hvordan eldre pasienter opplever overgangen, møte med sykehjemmet og personalet. Vi har behov for økt kunnskap slik at vi kan lære og kartlegge bedre hvordan vi kan gjøre den nye livssituasjonen så god som mulig.

## Litteraturliste

- Barredo, R.V.D, Dudley, T.J. (2008). A Descriptive Study of Losses Associated with Permanent Long-term Care Placement. *Journal of Geriatric Physical Therapy*, 31, 3, pp: 87-92. CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 6 april 2017.
- Brandburg, G, Symes, L, Mastel-Smith, B, Hersch, G, & Walsh, T (2013). Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study. *Journal Of Advanced Nursin.*, 69, 4, pp. 862-874. CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 5 April 2017. [Online]: Doi: 10.1111/j.1365- 2648.2012.06075.x.
- Berg, G.V. (2014). Eldre sykehuspasienter – Helsefremmende tenkning i sykehuset en utfordring for sykepleien. I: Grammersvik, Å. og Larsen, T. (red). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Utg. 3. Bergen: Fagbokforlaget. S. 121-135.
- Bergland, Å. (2010). Trivsel og mistrivsel hos elder mennesker. I: Knutstad, U. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe, s. 56-73.
- Bjørk, I. T. og Solhaug, M. (2015) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie*. Oslo: Akribe AS
- Christoffersen, L., Johannessen, A., Tufte, PA., Utne, I. (2015). Forskningsmetode for sykepleierutdanningene. Oslo: Abstrakt forlag. S. 233-245
- Coughlan, R. Ward, L. (2007). Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: Assessing quality qualitatively. *International Journal of Nursing Studies*, 44, 1, pp. 47-57. CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 6 april 2017. [Online]: DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.022
- Cullberg, J. (2010). *Mennesker i krise og utvikling*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dalland, O. (2013). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Danielson, E, Westin, L. (2007). Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents' experiences. *Journal Of Advanced Nursing*. 60, 2, pp. 172-180, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 4 April 2017. [Online]: DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04396.x
- Evans, D (2002). Systematic reviews of interpretive research: interpretive data of processed data. *Australian Journal of Advanced Nursing*. Vol 20 no 2, pp. 22-26.

- Fraher, A, & Coffey, A (2011). Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nursing Older People*, 23, 10, pp. 23-27, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 5 April 2017.
- Forsberg, C. Wengström, Y. (2016). *Att göra systematiska litteraturstudier – Värdering, analys och presentation av omvårdningsforskning*. 4. Utgave. Stockholm: Bokförlaget Natur & Kultur.
- Hauge, S. (2014). Sykepleie i sykehjem. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K, og Randhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal akademiske, s. 265-283.
- Helbostad, J.L. (2014). Bevegelse og aktivitet. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K, og Randhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal akademiske, s. 340-359.
- Heliker, D., Saunders, J. (2008). Lessons Learned From 5 Women as They Transition Into Assisted Living. *Geriatric Nursing*, 29, 6, pp. 369-375. PubMed. View 5. April. [Online]: Doi: 10.1016 / j.gerinurse.2007.10.018
- Lillestø, B. (2010). Krenkende omsorg. I: Knudstad, U. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe, s. 451-480.
- Melin-Johansson, C, Eriksson, U, Segerbäck, I, & Boström, S (2014). Reflections of older people living in nursing homes. *Nursing Older People*. 26, 1, pp. 33-39, CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 4 April 2017.
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekklistor for vurdering av forskningsartikler*. [Online] lastet ned 20.april 2017 fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklistor-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Norsk senter for forskningsdata (2017) *Publiseringskanaler*. [Online] Lastet ned 04. April 2017 fra: <https://dbh.nsd.uib.no/publiseringskanaler/Forside>.
- Nortvedt, M.W, Jamtvedt, G, Graverholt, B, Norheim, L.V, Reinart, L.M. (2012). *Jobb kunnskapsbasert – en arbeidsbok*. 2. utgave Oslo: Akribe

- Pasient- og brukerrettighetsloven. Lov av 2.juli 1999 nr 63 om pasient- og brukerrettigheter.
- Reitan, A.M. (2010). Mestring. I: Knudstad, U. (red). *Sentrale begrep i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe. S. 74-107.
- Randhoff, A.H. (2014). Den akutt syke gamle. I: Kirkevold, M, Brodtkorb, K, og Randhoff, A.H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasient*. Oslo: Gyldendal akademiske, s. 225-236.
- Sainio, J, Hansebo, G. (2008). Att flytta till sjukhem – en ny fas i livet. En intervjustudie. *Nursing science*. 28, 2, pp. 27-31. CINAHL Complete, EBSCOhost, viewed 5 April 2017
- Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved uklar og/eller alvorlig sykdom. I: Knudstad, U. *Sentrale begreper i klinisk sykepleie – sykepleieboken 2*. Oslo: Akribe, s. 125- 135.
- Slettebø, Å. (2012). Forskningsetikk. I: Brinchmann, B.S. *Etikk I sykepleien*. 3. Utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS, s.209-226.
- St.meld. nr. 29. (2012-2013). Helse- og omsorgsdepartementet. *Morgendagens omsorg*.
- Willour, M. *Sitater og ordtak*. [Online] lastet ned 20.april 2017 fra:  
<http://www.ordtak.com/fritekstsok.php?page=1&t=1&w=reng&la=O>

## Vedlegg 1: Søkehistorikk

Artikkel / Vedlegg	Søkeord	Dato	Database	Ant. treff	Leste abstrakt	Leste artikler	Inkluderende artikler
<p>”Att flytta til sykehjem – en ny fas i livet” av Hansebo og Sainio (2008).</p> <p>”Residents strategies for making a life in nursing home: a qualitative study” av Brandenburg mfl., (2013).</p> <p>”Older people’s experiences of relocation to long-term care” av Coffey og Fraher (2011).</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	05.04.17	Cinahl Complete	300	300 - overskrifter 11 - abstrakter	5	3
<p>”Reflections of older people living in nursing homes” av Melin-Johansson mfl., (2014).</p> <p>”Encounters in Swedish nursing home: a hermeneutic study of residents’ experiences” av Westin og Danielson (2007).</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	04.04.17	Cinahl Complete	47	47- overskrifter 8 - abstrakter	3	2
<p>”Lessons Learnd From 5 Women as They Transtion Into Assisted Living” av Heliker og Saunders (2008).</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	03.04.17	PubMed	40	40 – overskrifter 7 - abstrakter	2	1
<p>”A descriptiv Study of Losses Associatied with Permanent Long-term Care Placement” av Barredo og Duldy (2008).</p> <p>”Experiences of recently relocated residents of a long-term care, facility in</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	06.04.17	Cinahl Complete	150	150 – overskrifter 14 - abstrakter	4	2

Ontario: Assessing quality qualitatively” av Courghlan og Ward (2007).							
--	--	--	--	--	--	--	--

**Tabell 3. Oversikt over prøvesøk.**

<b>Database</b>	<b>Søkeord</b>	<b>Antall treff</b>	<b>Antall inkluderte artikler</b>
Svemed+	”nursing home” ”experiences”	<b>55</b>	<b>0</b>
Forskningsdelen på sykepleie	”pasient” ”flytte” ”sykehjem” ”erfaring”		<b>0</b>



## Vedlegg 2: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode Utvalg Datainnsamling Analyse	Resultat/funn	Relevans:
<p>Hansebo, G. Sainio, J.  2008</p> <p>”Att flytta til sjukhem – en ny mote i livet. En intervjustudie.”</p> <p>Nursing science</p> <p>Vol nr. 28 Utgave: 2 Sidetall: 27-31</p>	<p>Hensikten med denne studien var å finne ut hvordan det oppleves å måtte flytte på et sykehjem og tolke konsekvensene av dette.</p> <p>Studien skulle bidra til ny kunnskap om hvordan de eldre oppfatter det å flytte på et sykehjem, basert på egne erfaringer og se det fra pasientens perspektiv.</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju med åpne spørsmål som ble tatt opp på band og skrevet ut ordrett. De fikk informasjon skriftlig og muntlig før intervjuet startet. Studien ble gjennomført i fire enheter i et tradisjonelt sykehjem i en storby i Sverige. Deltakeren i studien ble rekruttert av sykepleierne på hver enhet. Kriteriene for å delta var at personene hadde bodd minst tre mnd. på en slik enhet, orienter for tid og sted. Fire kvinner i alderen 88-95år og fire menn i alderen 72-90år deltok. Analyse: Fenomenologisk – hermeneutisk tilnærming. Analysen består av tre faser, en naiv forståelse, ett eller flere strukturanalyser som fører til konstruksjoner av temaer og den tredje fase er kritisk tolkning.</p>	<p><b>Beslutningen:</b> Begrensinger i dagliglivet begrenser friheten. Opplevelsen av å ikke ha vært involvert i beslutninger gjorde det vanskelig å akseptere en endret livssituasjon. Familie og helsepersonell har stor betydning for overgangen blir vellykket. Flyttingen kan fremkalle en slags sorg.</p> <p><b>Ny livssituasjon:</b> De må tilpasse seg en ny kultur med egne tradisjoner, normer og verdier. Overgangen er en stor endring i livssituasjonen og er forbundet med usikkerhet, kan gi følelse av tomhet, svekket identitet og ensomhet. Selvbilde påvirket hvordan den nye situasjonen oppleves. Viktig å ha et positivt syn på dagens situasjon og eksistens av de som ble tilbudt i fellesskap med andre på enheten. Noen tilpasset seg og var fornøgd selv om det måtte dele rom med andre. Dobbelrom kunne oppleves både som positivt og negativt. Restriksjoner på en personlig atmosfære, ikke kunne ha egne eiendeler i rommet når plassen er begrenset.</p> <p><b>Sosialt samvær, personale og aktivitet:</b> Å kunne ha sosial omgang med folk etter egne ønsker og behov var viktig. Sosialt samvær kunne også være begrenset pga. kommunikasjonsvansker som nedsatt syn, hørsel og hukommelse. Tillitt til andre mennesker var viktig for tryggheten, spesielt om du var avhengig av andre. Men følte ofte å være til bry for ansatte. Besøk fra familie og venner hadde også innspilling for trivsel og tryggheten. Gledene i livet består av små ting, god mat, underholdning, besøk brøt den ensformige hverdagen.</p> <p><b>Tap:</b> Flere lengter hjem og har et håp om å få flytte tilbake. Føler de er til bry for ansatte. Lengsel om å ha kontakt med omverdenen, kommunisere, begrensinger for å delta i ulike medier og sosialt nettverk. Følelse av å ikke kunne påvirke egen helse, kunne gi en følelse av nedstemthet, fremkalle håpløshet og dødsønske. De psykososiale tapet kan gjøre livet vanskelig å leve.</p>	<p>Denne studien er svært relevant for min bachelor oppgave da den viser sentrale funn om hvordan overgangen til et sykehjem egentlig er. Studien viser også hvordan pasientene selv opplever dette og snakker ut om egen erfaring og gir oss kunnskap og forståelse om dette.</p>

### Vedlegg 3: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode Utvalg Datainnsamling Analyse	Resultat/funn	Relevans:
<p>Brandburg, G.L. Hercesh, G. Mastel-Smith, B. Symes, L. Walsh, T.</p> <p>2012</p> <p>”Resident strategies for making a life in a nursing home: a qualitative study”.</p> <p>Journal of advanced nursing</p> <p>Vol nr: 69 Utgave: 4 Sidetall: 862-874 Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.06075.x.</p>	<p>Målet med studien er å undersøke ulike strategier eldre bruker for å tilpasse seg til å leve på et sykehjem eller i en langsiktig omsorgsbolig.</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	<p>Kvalitativ metode. Dybdeintervjuer av 21 deltagere. 17kvinner og 4menn i alderen 65-93år. Rekruttert fra tre sykehjem ved hjelp av sykepleierne i et stort byområde. <b>Inklusjonskriterier</b> beboer 65+år, bor på sykehjem/langtidsbolig, engelsktalende, bestått kognitivtest. <b>Datainnsamling:</b> Skriftlig informert samtykke ble innhentet, intervjuene varte i 18mnd. Intervjuene ble tatt opp og transkribert ordrett. 9 oppfølgingsintervju ble gjennomført. <b>Analyse:</b> Dataen ble samlet og analysert i 3faser, åpne/initial koding som fokuserte på forhold som knyttet til å være en sykehjemspasient. Fokuseret koding for å videreutvikle og validere nye kategorier og teoretisk koding for forholdet mellom kategoriene.</p>	<p><b>Hvordan det oppleves å bli og være en sykehjemspasient:</b> Akseptere og tilpasse seg livet på sykehjemmet. De stod ovenfor utfordrende situasjoner som var stressende, negative opplevelser forhold til selve beslutningen, uenighet, tempoet og støtten i prosessen. Avgjørelsen og tempoet for å flytte på et sykehjem har betydning. De fleste synes de å flytte på et sykehjem var en nedgang for deres psykiske helse, men de bekymret seg for å være en plage for familien. Det var viktig å tro at sykehjem var et bedre sted å bo. Flere opplevde å bli presset til å være der og gi sykehjemmet en sjanse. Erkjennelsen av hjelpebehovet og håpet om at flyttingen vil gjøre en positiv forskjell på livet var en viktig faktor for flyttingen. Likevel var det mange som hadde håp om å få flytte hjem. Lege og familie har spilt en viktig rolle ved å foreslå at sykehjem skulle være et tryggere miljø. Flere hadde begrenset eller ingen deltagelse i selve beslutningsprosessen. Nesten alle rapporterte at de burde ha planlagt bedre selve flyttingen. Støtte i beslutningsprosessen, bli kjent med fasilitetene som vil tilfredsstillende behovene, ha en plan for å en dag flytte til et sykehjem, så de på som viktig. Andre har aldri tenkt behovet og synes det var vanskelig å ta avgjørelsen selv. Mange deltagere klaget på reglene og styringen på sykehjemmet, som ofte gjorde de mer hjelpeløse og avhengige enn de var. Hverdagen på sykehjemmet blir beskrevet som fylt med regler, forskrifter og rutiner. Flere uttrykte tilslutt at sykehjemmet var godt likevel, fordi de tok vare på de på alle måter, med kosthold, aktiviteter, personlige ting, medisiner og de lever opp til hva de sier de gjør. Flere nevner tap, det var et allment tap over privatliv, uavhengighet, hobby, eiendeler. De valgte da å fokusere på nåtiden, og ikke dvele med fortiden og prøve å gjøre de beste ut av det. Relasjoner og familie var støttende for deltagerne og familiebesøk var ønsket av de fleste. Strategier for å takle situasjoner var å være tålmodig og fleksibel i å deres behov oppfylt, oppsøke folk til å hjelpe med problemer som forårsaker utilfreds, lær sykehjemmets systemer og hvordan du får det du trenger.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for mitt arbeid, fordi den belyser godt hvordan enkelte opplever det å måtte flytte fra sitt eget hjem til å bo permanent på et sykehjem. Studien for også frem hvordan pasientene taklet den nye situasjonen, og hvordan helsepersonell og pårørende kan være en støttespiller i en slik prosess. Den viser også at u-planlagte avgjørelser om å flytte til et sykehjem oppleves tyngende. Helsepersonell står i en nøkkelposisjon til å støtte pasientene i en slik prosess og har en stor påvirkningskraft til å hjelpe de å tilpasse seg livet på et sykehjem.</p>

## Vedlegg 4: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode	Resultat/funn	Relevans:
<p>Coffey, A. Fraher, A. 2011 "Older people's experiences of relocation to long-term care" Nursing older people Vol nr. 23 Utgave: 10 Sidetall: 23-27</p>	<p>Målet med denne studien var å undersøke eldre pasienters opplevelse av beslutning/innstilling til det å flytte på et sykehjem, og deres tidlige erfaringer etter selve flyttingen.</p>	<p>"moving to" "nursing home" "experience" "patient"</p>	<p>Utvalg Datainnsamling Analyse</p> <p>Kvalitativ metode. Intervjuene ble holdt med 8eldre mennesker som nylig hadde flyttet til langsiktig omsorg i sør-Irland. Det var 2 mannlige og 6 kvinnelige deltagere i alderen 78-92år.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> 65+, engelsktalende, ingen kommunikasjons vansker, kognitiv score på mer enn 23 og bodd på sykehjem mindre en 3mnd.</p> <p>Intervjuene ble transkribert ordrett og analysert ved hjelp av fenomenologiske metoden.</p>	<p>Sosial isolasjon knyttet til det å leve alene var en viktig faktor i beslutningen om å flytte. Frykt, særlig om natten var også en utløsende faktor. Pasientene så ofte en forverring av egen helse, som skapte frykt om å klare seg alene uten hjelp fra andre. Flere hadde bistand fra hjemmesykepleie, men så selv at hjelpen ikke var tilstrekkelig og savnet tilsyn på natt. De fremhevet manglende informasjon om flyttingen, en forklaring om hvordan situasjonen var, en følelse av hastverk, noe som ga følelse av hjelpeløshet og forræderi. Få hadde gjort en beslutning selv om å flytte til et sykehjem. Mens fleste samarbeidet med familien, der familien har stått ansvarlig for flytting. Deltagernes engasjement ble derfor minimal. Andre har motvillig gått med på å flytte av hensyn til familien, for å unngå å være en byrde for dem. Enkelte legger til betydningen av helsepersonells involvering i situasjonen, tar ansvar og ser deres behov. Akseptere situasjonen var viktig. For noen var flyttingen helt nødvendig, det skjedde på riktig måte, var en gradvis prosess, derav lettere å akseptere. For andre var det bekymringer, klarte ikke akseptere situasjonen, hadde negativ innstilling til å være på sykehjem. Mange uttrykk håp om å flytte hjem. Å forlate hjemmet fremkalte følelser av sorg og tap. Og var en stor avgjørelse å ta. Det fleste deltagerne var fornøede med sitt nye liv, omtalte sykehjemmet som en trygg plass, men det var fremdeles ikke et hjem, flere deler også rom. Tilgangen på privatliv er liten. Besøktid ble et problem på dobbeltrom. Noen hadde nytte av å dele rom, da de skapte trygghet og sosialkontakt. Deltagerne var fornøede med aktivitetstilbudet, men arbeidshastigheten til personale blir nemt, de ser at det har det travelt.</p>	<p>Denne studien er veldig relevant for meg, da den viser hvor viktig kommunikasjon har å si for pasientens opplevelse av å flytte. Ved kommunikasjon i alle ledd blir pasientene involverte i beslutningen. Å flytte til et sykehjem er en stor begivenhet i en persons liv, ofte et resultat av en helsekrise. Ved å gjøre det mulig å delta i beslutninger om deres fremtid, respektere individuelle behov og preferanser, viser studien at det blir lettere å akseptere den nye situasjonen. Studien viser også hvor viktig sykepleierne er i en slik situasjon, der de tar ansvar, skaper trygghet, kan redusere eventuelle negative effekter av flyttingen. Dette er relevant med tanke på konsekvens for sykepleie.</p>

## Vedlegg 5: Litteraturmatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode Utvalg Datainnsamling Analyse	Resultat/funn	Relevans:
<p>Helliker, D. Saunders, J.</p> <p>2008</p> <p>”Lessons Learned From 5 Women as They Transition Into Assisted Living”</p> <p>Geriatric Nursing</p> <p>Vol nr. 29 Utgave: 6 Sidetall: 369- 375 Doi: 10.1016 / j.gerinurse.2007.10.018</p>	<p>Hensikten med studien var å utforske forventingene og opplevelsene til fem kvinner som nylig hadde flyttet til et sykehjem.</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	<p>Kvalitativ metode. Intervju av 5 kvinner i alderen 63-91år. Studien foregikk på ett langtidssykehjem i sørvestlige USA. Bemannet bolig 24t i døgn.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> engelsktalende, bestått kognitiv-test, var i stand til å kommunisere og dele erfaringer. Kaukasisk.</p> <p><b>Datainnsamling og analyse:</b> Gjennomgang av studien og informert samtykke ble gjennomgått før intervjuene startet. Intervjuene ble tatt opp på band, transkribert ordrett, tolket ved hjelp av innholdsanalyse. Deretter ble funna delt inn i ulike kategorier.</p>	<p><b>Bestemme seg for å flytte:</b> Alle kvinnene flyttet direkte inn på sykehjemmet fra selvstendig liv, og sier avgjørelsen vart tatt etter ett fall. Dette var hovedgrunnen til bestemmelsen om å flytte, fordi de ikke lengre klarte å ta vare på seg selv og ville ikke være en byrde for familien.</p> <p><b>Bli avhengig:</b> miste kontroll, måtte stole på andre for å møte deres behov. Følelse av frustrasjon, sinne og hjelpeløshet. Miste sin uavhengighet, påvirket selvtilliten og identitet.</p> <p><b>Huske det som var og lengsel etter tidligere liv:</b> Var ikke forberedt på å bli mer avhengig av andre på et sykehjem. Lengsel tilbake til hjemmet, selvstendig liv. Håp om å flytte hjem. Følelsen av å miste mål i livet, sorgprosess, både trist og støttende.</p> <p><b>Skape ett nytt samfunn:</b> Viktig med familie og venner rundt seg. Flere var takknemlige for de nye vennskapene de hadde skapt på sykehjemmet. Både negative og positiv sider ved dette. Ny sorg, tap, ensomhet ved død, eller byttet av sykehjemmet. Flere nevner redusert kontakt med familien. Kvinne i studien viste takknemlighet for å bli hørt og håpet at andre kunne dra nytte av deres erfaring og håpet at helsepersonell kunne lære hvordan man kan hjelpe andre i samme situasjon.</p>	<p>Denne studien er relevant for min oppgave da den beskriver viktigheten av felleskap og sosialt samspill for eldre. Og får frem behovet for individuellpleie på et sykehjem. Studien viser også at det å flytte til et sykehjem kan være en kritisk livsendring for eldre. Sykepleierne har en sterk posisjon til å lytte til beboernes historie, ønsker og individuelle behov. Og sette av tid til de kan ses på som første skritte til å hjelpe de eldre til å føle seg hjemme og gjør overgangen til sykehjemmet bedre. Dette er også viktig i forhold til konsekvens for sykepleie.</p>

## Vedlegg 6: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode Utvalg Datainnsamling Analyse	Resultat/funn	Relevans:
<p>Melin-Johansson, C. Boström, S Eriksson, U. Segerbäck, I.</p> <p>2013</p> <p>”Reflections of older people living in nursing home”</p> <p>Nursing older people</p> <p>Vol. Nr 26 Utgave nr. 1 33-29</p>	<p>Hensikten med studien var å undersøke erfaringene med aldring hos eldre pasienter på et sykehjem.</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	<p>Kvalitativ metode basert på intervju, 7kvinner og 7menn deltok i studien, alder fra 80-96år.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> 65år +, snakke og forstå svensk, ingen diagnose av demens eller andre kognitive problemer, villig til å snakke om aldringsprosessen.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Intervju basert på åpnespørsmål rundt opplevelsen og erfaringer med å bli eldre, basert på oppfølgingsspørsmål rundt aktuelt tema.</p> <p><b>Analyse:</b> datainnsamlingen ble analysert ved hjelp av innholdsanalyse, funna ble kodet og kategorisert.</p>	<p><b>Aksept av kroppen:</b> Totalt sett var pasientene mindre opptatt av kropp og utsende. Mennene i studien bryr seg mindre om personlig hygiene og utsende. Damene var mer opptatt av personlighgiene og utseende, men innrømmet behovet for hjelp fra helsepersonell til dette. Sosiale normer ble mindre viktig. Pasientene har et mer avslappet forhold til seg selv. Fysiske endringer var noen ganger symptomatisk av sykdommer, dette kunne oppfattes som en trussel mot livet.</p> <p><b>Flytte til et sykehjem:</b> ble beskrevet som en stor lettelse, fordi det var på ett trygt og sikkert sted, med mindre bekymringer. Dette gjorde dem i stand til å vie sin tid til aktiviteter som lesing, broderi, lytte til radio, gå tur. Deltagerne ga uttrykk for at de nøt de små tingene i livet, som ga glede. Materialistiske ting ble mindre viktig, det å ha nok ressurser til å leve et behageligliv fikk betydning. Fleste var ikke redd for å dø, det var forberedt på at sykehjem var siste stoppested før døden. Var takknemlig for hver dag de fikk. Andre beskriver det å oppleve tap av meningen med livet når ektefelle dør, og sykdom, smerte og lidelse gjorde livet vanskelig for dem.</p> <p><b>Sosiale og personlig relasjoner:</b> Følelse av ensomhet og isolasjon. Isolasjon ble beskrevet som handikap, nedsatt syn, hørsel, utfordrende å kommunisere med andre demente. Andre ga uttrykk for at det var et personlig valg å sitte alene, da de reflekterte mye rundt barndommen som ga de glede. I artikkelen kommer det også frem at aktivitet, rehabilitering, og sosialt samvær med andre var viktige faktorer for velværet.</p>	<p>Denne artikkelen er relevant for min oppgave, fordi den får frem hvordan pasientene opplever det å bli gammel, hvordan det er å leve på et sykehjem og hvilke tanker de sitter igjen med. Studien får frem også frem hvilken konsekvens det har for sykepleie. Sykepleierne bør fokusere mindre på kropp og deres funksjon, men mer på velværet hos pasientene. Sykepleierne trenger også mer forståelse og kunnskap om eldre mennesker opplevelse av alderdom og hvordan de ønsker å bli behandlet.</p>

## Vedlegg 7: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode Utvalg Datainnsamling Analyse	Resultat/funn	Relevans:
<p>Danielson, E. Westin, L.</p> <p>2007</p> <p>”Encounters in Swedish nursing homes: a hermeneutic study of residents’ experiences”</p> <p>Journal of Advanced Nursing</p> <p>Vol.nr. 60 Utgave nr. 2 Sidetall: 172-180 DOI:10.1111/j.1365-2648.2007.04396.x</p>	<p>Hensikten med studien var å belyse og tolke betydningen av pasientenes opplevelse/ erfaringer av møte med sykehjemmet og sykepleierne.</p>	<p>”nursing home”</p> <p>”moving to”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	<p>Kvalitativ metode, basert på åpne intervju. Studien foregikk på 3 ulike sykehjem i Vest-Sverige. 5 menn og 7 kvinner i alderen 78-99år ble med i studien.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> beboerne hadde vert på sykehjem minst 6mnd, var i stand til å gjennomføre en normal samtale på svensk.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Intervjuene ble tatt opp på band og transkribert ordrett.</p> <p><b>Analyse:</b> Hermeneutisk tilnærming ble brukt for å belyse og tolke pasientens opplevelser og erfaringer.</p>	<p><b>Å være noen:</b> Viktig for pasientene å bli sett, ivaretatt, respektert av sykepleierne. Flere uttrykte at samtale ved sykepleierne påvirket de positivt på mange måter, flere nevner: godt humør, glede, ro og mulighet for en god natt søvn, positiv innvirkning på pasientens liv og verdier.</p> <p><b>Å være ingen:</b> handler om å ikke bli bekreftet, respekter, sett og blir stående utenfor. Pasienten føler her at de ikke får oppmerksomhet fra sykepleierne, avtaler blir ikke holdt, pasientene gir uttrykk for at sykepleierne hadde mye å gjøre, og manglet tid til pasientene, som ga en følelse av å bli glemt. Å bli utelatt av ting ga en følelse av å bli isolert og ignorert, noen hadde i slike tilfeller et ønske om å ikke leve lengre.</p> <p><b>Å være en del av ett fellesskap:</b> handler om å dele livet sammen med noen, og leve på en meningsfull måte. Følelse av tilhørighet til et sted eller til noen. Kommunikasjonen mellom sykepleier og pasient var åpen, vennlig og handler ikke bare om sykdom og omsorgsproblemer, men om helt vanlige ting, noe som betydde mye og skapte ett slags vennskap mellom de. Pasientene gir uttrykk for at sykepleierne ga livet mening, og var viktig for pasientene da de var flinke til å stimulere og inspirere pasientene til å ta en mer aktiv del i hverdagen.</p>	<p>Denne artikkelen er sentral for min oppgave, da den belyser pasientenes opplevelser med det å flytte til et sykehjem og hvilke inntrykk dette har gitt dem. Studien får frem hvilke erfaringer sykehjemspasientene har med å møte sykepleierne som jobber på et sykehjem og hvordan de kan påvirke deres hverdag på godt og vondt. Og hvor viktig de er for trivsel og livskvaliteten. Den for også frem hvilke følelser de sitter inne med, hva som er viktig for dem og hvordan de har opplevd dette selv. Artikkelen får frem sentrale funn som jeg kan bruke videre i mitt arbeid.</p>

## Vedlegg 8: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode Utvalg Datainnsamling Analyse	Resultat/funn	Relevans:
<p>Barredo, R.V.D. Dudley, T.J.</p> <p>2008</p> <p>“A Descriptive Study of Losses Associated with Permanent Long-term Care Placement”</p> <p>Journal of Geriatric Physical Therapy</p> <p>Vol.nr: 31 Utgave.nr: 3 Sidetall: 87-92</p>	<p>Målet med studien var å undersøke, beskrive prosessen og faktorer assosiert med tap knyttet til å flytte til et sykehjem blant eldre pasienter.</p>	<p>”nursing home”</p> <p>”moving to”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	<p>Kvalitativ metode basert på intervju av 2 menn og 3 kvinner fra alderen 84-94år.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> Pasientene måtte ha bodd på et sykehjem siste 12 månedene, fravær fra akutt sykdom, ha kognitiv evne til å svare og kommunisere under intervjuet.</p> <p><b>Datainnsamling:</b> Intervjuet ble tatt opp på band med pasientens samtykke, og transkribert, deretter kodet og kategorisert i ulike temaer.</p> <p><b>Analyse:</b> Datainnsamlingen ble analysert ved kvalitativ analyse.</p>	<p>Årsaken til overgangen til et sykehjem var ofte skade, fall, økt risiko for fall og betydelig nedgang i helsen og begrensninger i forhold til dagliglivet og gjøremål. Deltagerne var enige om at beslutningen skyldes forhold som de selv ikke kunne kontrollere. Ofte var det familien som tok selve beslutningen. Alle kom fra sine egne hjem, hadde levd et tidligere selvstendigliv før det flyttet på sykehjemmet. Pasientene uttrykte at å flytte til sykehjem var noe de måtte regne med i en slik alder. Pasientene som hadde planlagt flyttingen, hadde en positiv innstilling og taklet overgangen til sykehjemmet bedre. Det så mulighetene til å sosialisere seg mer en tidligere. De fleste pasientene aksepterte sin nåværende situasjon, men hadde fortsatt følelser knyttet til tap.</p> <p>Et fremtreende tema som dukket opp i resultatet var tap av fysisk funksjon, opplevelsen av tap av kontroll ved avgjørelsen om å flytte til et sykehjem. Tap av selvstendighet, relasjoner til familie og venner, aktivitetsnivå og privatliv var påfølgende tap på et sykehjem.</p>	<p>Denne studien her er veldig relevant for min oppgave, fordi den belyser de ”negative” sidene ved å flytte til et sykehjem. Et av det er opplevelsen av tap pasientene kjenner på når de må forlate sine tidligere liv og hjem til fordel for egen helse. Pasientene får frem hva som har vært betydningsfylt for dem og hvilke følelser de kjenner på nå i etter tid. Studien får også frem hvor viktig det er for pasientene å fremdeles få lov å bestemme over seg selv og være så selvstendig som mulig i hverdagen. Og fortsatt ha muligheten til å trekke seg tilbake for eget privatliv.</p>

## Vedlegg 9: Litteratormatrise

Referanse	Studiens hensikt/mål	Nøkkelbegrep/ Keywords	Metode Utvalg Datainnsamling, Analyse	Resultat/funn	Relevans:
<p>Coughlan, R. Ward, L.</p> <p>2007</p> <p>“Experiences of recently relocated residents of a long-term care facility in Ontario: Assessing quality qualitatively”</p> <p>International Journal of Nursing Studies</p> <p>Vol.nr: 44 Utgave.nr: 1 Sidetall: 47-57 DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2005.11.022</p>	<p>Hensikten med studien var å vurdere pasientens erfaringer på et sykehjem og deres forståelse av kvaliteten på god omsorg, kort tid etter flytting.</p>	<p>”moving to”</p> <p>”nursing home”</p> <p>”experience”</p> <p>”patient”</p>	<p>Kvalitativ metode, basert på observasjoner og intervju. 5 menn og 13 kvinner med gjennomsnittsalder på 84,35år deltok på intervjuene.</p> <p><b>Inklusjonskriterier:</b> alle beboerne som ikke anses å være alvorlig svekket kognitiv ble invitert til å delta i studien.</p> <p><b>Datainnsamling og analyse:</b> Intervjuene ble tatt opp med deltagerens samtykke og vart transkribert. Datainnsamlingen ble analysert, tolket og delt inni kategorier og temaer.</p>	<p><b>Relasjoner er grunnlaget for kvalitet i omsorg:</b> Relasjoner til familie, venner, de andre beboere og med ansatte. Pasientene gir uttrykk for at vennskap med andre beboere er svært viktig. Men relasjoner til ansatte ble sett på som mest sentrale i forhold til kvaliteten på omsorgen og livet på sykehjemmet. Pasientene får frem at personalet er lite bemannet, overarbeidet og mangler tid til å ta seg av de og vise interesse. Pasientene nevner også mangel på kontinuitet i pleien, da personale jobber på ulike avdelinger på sykehjemmet, dette gjør det vanskelig å etablere gode forhold og relasjoner til dem.</p> <p><b>Venting, aktivitet og sorg over tapet av personlighet:</b> For mange var ikke et sykehjem et sted hvor livet forsetter med mål og mening, men et sted å vente for de ansatte å vise dem oppmerksomhet, og et par pasienter sa at de venter på slutten. Det var et tap av personlighet og verdi, med tanke på deres tidligere selvstendige liv. Aktivitet var viktig, men mangelen på personale påvirket beboerens deltagelse. Dette førte til at flere ble sittende å gjøre ingen ting, de ble triste og oppgitt. Flere rapporterte at de bruker mye tid på å vente på ansatte når de trenger hjelp, kvaliteten på omsorg og livskvalitet avhenger mye på personalet. De har en sentral rolle i om beboerne føler seg verdsatt og respektert, flere pasienter uttrykker misnøye her.</p>	<p>Denne artikkelen er svært relevant for min oppgave, da den får frem hvilke erfaringer og opplevelser pasientene sitter igjen med etter møte med sykehjemmet og sykepleierne som arbeider der. Deltagerne forteller sine ærlige meninger om hvordan sykepleierne påvirker deres liv både positivt og negativt. Tillegg til dette ser de at personalet er lite bemannet, som skaper lite tid til pasientene. Pasientene uttrykker hvor viktig relasjoner er til andre beboere, men også familie og ansatte.</p>



### Vedlegg 10: Sjekkliste for kvalitetssikring - Kunnskapssenteret

Studie	Er formålet med studien klart formulert ?	Er kvalitativ metode hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Er designet hensiktsmessig for å få svar på problemstillingen?	Er utvalget hensiktsmessig for å besvare problemstillingen?	Ble dataene samlet inn på en slik måte at problemstillingen ble besvart?	Går det klart fram hvordan analysen ble gjennomført?	Ble det redegjort for bakgrunnsforhold som kan ha påvirket fortolkningen av data?	Er det gjort forsøk på å underbygge funnene?	Er etiske forhold vurdert?	Kommer det klart frem hva som er hovedfunnene i undersøkelsen?	Hvor nyttige er funnene fra denne studien?
Hansebo, G og Sainio, J (2008)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	JA	JA	RELEVANT
Brandburg mfl. (2012)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	JA	RELEVANT
Coffey, A og Fraher, A. (2011)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA	JA	RELEVANT
Helliker, D og Saunders, J. (2008)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA	JA	RELEVANT
Melin-Johansson mfl. (2013)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA	JA	RELEVANT
Danielson, E og Westin, L (2007)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA	JA	RELEVANT
Barredo, R.V.D og Dudley, T.J. (2008)	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA	JA	RELEVANT
Coughlan, R. og Ward, L. (2007).	JA	JA	JA	JA	JA	JA	NEI	NEI	JA	JA	RELEVANT

## Vedlegg 11: Sjekkliste for kvalitativ forskning av Forberg og Wengström (2016).

<b>Studie</b>	<b>A) Studiens hensikt:</b> 1) Hvilken metode er benyttet? 2) Er designet relevant for å besvare problemstillingen?	<b>B) Utvalg:</b> 1) Er kriteriene for utvalget tydelig beskrevet? 2) Hvor gjennomføres undersøkelsen? 3) Hva er utvalget? 4) Er utvalget feil?	<b>C) Metode for datasamling:</b> 1) Er feltarbeidet tydelig beskrevet? 2) Beskrives metoden tydelig? 3) er data systematisk samlet?	<b>D) Dataanalyse:</b> 1) Hvordan er begrep, temaer og kategorier utviklet og tolket? 2) Er analyse og tolkning av resultat diskutert? 3) Er resultatet troverdig og pålitelig? 4) Er det stabilitet og overenstemmelse? 5) Er resultatet diskutert med utvalget? 6) Fins det bevis på at resultatet er basert på det innsamlede data?	<b>E) Evaluering:</b> 1) Kan resultatet sammenlignes med forskningsspørsmålet? 2) Støtter innsamlede data forskerens resultater? 3) har resultatet klinisk relevans?
Hansebo, G og Sainio, J (2008)	1) Intervju 2) ja	1) ja 2) fire enheter på et sykehjem i Sverige 3) budd minst 3mnd. på sykehjem, orientert for tid og sted 4) nei	1,2,3: ja	1) Analyse, fenomenologisk-hermeneutisk tilnærming. 2,3,4: ja 5) nei 6) ja	1,2,3: ja
Brandburg mfl. (2012)	1) Dybdeintervju 2) ja	1) ja 2) tre sykehjem fra en storby 3) engelsk talende, bestått kognitiv test, bor på sykehjem 4) ja	1,2,3: ja	1) Analysert ved hjelp av Grouded theory, beskrevet av Charmaz 2,3,4: ja 5) ja 6) ja	1,2,3: ja
Coffey, A og Fraher, A. (2011)	1) Intervju 2) ja	1) ja 2) Sykehjem i Irland 3) Engelsktalende, ingen kommunikasjonsvansker, bestått kognitiv test, budd mindre enn 3mnd. på sykehjem. 4) nei	1,2,3: ja	1) Analyse ved hjelp av fenomenologiske metode. 2,3,4: ja 5) nei 6) ja	1,2,3: ja
Helliker, D og Saunders, J. (2008)	1) Intervju 2) ja	1) ja 2) Sykehjem i USA 3) Pasienter som var engelsk talende, var i stand til å kommunisere og dele erfaringer. 4) nei	1,2,3: ja	1) Innholdsanalyse 2,3,4: ja 5) nei 6) ja	1,2,3: ja
Melin-Johansson	1) Intervju 2) ja	1) ja 2) to ulike sykehjem i sør Sverige	1,2,3: ja	1) Innholdsanalyse 2,3,4: ja	1,2,3: ja

mfl. (2013)		3) Pasienter som snakket svensk, ingen diagnose av demens, villig til å delta 4) nei		5) nei 6) ja	
Danielson, E og Westin, L (2007)	1) åpne intervju 2) ja	1) ja 2) tre ulike sykehjem i Vest-Sverige 3) pasienter som hadde vært på sykehjem minst 6mnd., var i stand til å delta i studien 4) nei	1,2,3: ja	1) Analyse, hermeneutisk tilnærming 2,3,4: ja 5) nei 6) ja	1,2,3: ja
Barredo, R.V.D og Dudley, T.J. (2008)	1) Intervju 2) ja	1) ja 2) Sykehjem i nordøst Arkansas 3) pasienten som nylig har flyttet til sykehjem, fravær fra akutt sykdom, ha kognitiv evne til å delta. 4) nei	1,2,3: ja	1) Analyse ved hjelp av grounded theory tilnærming. 2,3,4: Ja 5) nei 6) ja	1,2,3: ja
Coughlan, R. og Ward, L. (2007).	1) Intervju og observasjon 2) Ja	1) Ja 2) på pasientens rom 3) Sykehjemspasienter som ikke var alvorlig svekket kognitivt 4) nei	1,2,3: ja	1) Tatt opp på band, transkribert, analysert gjennom grounded theory tilnærming 2,3,4: ja 5) nei 6) ja	1,2,3: ja

## Vedlegg 12:

**Tabell 4 - Oversikt over stikkord, nøkkelord, sentrale funn og utviklingen av kategorier.**

Stikkord i arbeidet med analysen	Nøkkelord i arbeid med analysen	Utviklingen av endelig kategorier → Resultat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Begrensinger: fysiske, psykiske og sosiale</li> <li>- Forverring av helsen, skade, fall, mindre selvhjulpen</li> <li>- Frykt, isolasjon og ensomhet</li> <li>- Belastning for familien</li> <li>- Stor avgjørelse</li> <li>- Mangel på informasjon og kontroll</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beslutningen av valget om å flytte</li> <li>- Avgjørende faktorer</li> </ul>	<p><b>→ Å bo hjemme er ikke lengre forsvarlig</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Trygghet, trivsel og glede i hverdagen</li> <li>- Støtte og håp</li> <li>- Relasjoner, familie, venner, personale</li> <li>- Tilpassing</li> <li>- Fellesskap, tilhørighet</li> <li>- Akseptere situasjonen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ny og forandret livssituasjon</li> <li>- Sosialt samvær, sosiale og personlige relasjoner</li> <li>- Møte med personalet</li> <li>- Aktivitet</li> </ul>	<p><b>→ Ny og forandret livssituasjon på sykehjemmet</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sosialt samvær og personlige relasjoner har betydning for trivsel</li> <li>• Personalet har en sentral og viktig rolle for trygghet og trivsel</li> <li>• Viktig med gode aktivitetstilbud for eldre</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Betydningen av hjemmet</li> <li>- Privatliv, personvern, identitet</li> <li>- Dobbeltrom vs. privatrom</li> <li>- Selvbestemmelse, selvstendighet,</li> <li>- Lengsel, sorg, håpløshet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tap</li> <li>- Betydningen av hjemmet</li> <li>- Selvbestemmelse</li> <li>- Privatliv</li> </ul>	<p><b>→ Opplevelsen av tap ved overgang til sykehjem</b></p>

### Vedlegg 13:

**Tabell 5 – Oversikt over hvilke fargekoder som er brukt i analysen av resultatet.**

<b>Analyse av resultat</b>	<b>Fargekoding</b>
Å bo hjemme er ikke lengre forsvarlig	= <b>ORANSJE</b>
Ny og forandret livssituasjon på sykehjemmet <ul style="list-style-type: none"><li>• Sosialt samvær og personlige relasjoner har betydning for trivsel</li><li>• Personalet har en sentral og viktig rolle for trygghet og trivsel</li><li>• Viktig med gode aktivitetstilbud for eldre</li></ul>	= <b>ROSA</b> = <b>GUL</b>  = <b>GRØNN</b> = <b>GUL</b>
Opplevelsen av tap ved overgang til sykehjem	= <b>BLÅ OG LILLA</b>