

Tine Andersen

Selvbestemmelse i hverdagen for sykehjemsbeboere

Masteroppgave i MGE4901

Veileder: Per Erik Solem

Mai 2019

Tine Andersen

Selvbestemmelse i hverdagen for sykehjemsbeboere

Masteroppgave i MGE4901
Veileder: Per Erik Solem
Mai 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for helsevitenskap i Gjøvik

Sammendrag

Nøkkelord: hverdagsliv, selvbestemmelse, sykehjem, mestring

Bakgrunn

Alle mennesker har et grunnleggende behov for kontroll og selvbestemmelse i eget liv, men sykehjemsbeboere befinner seg i en situasjon hvor de kan ha liten mulighet til å påvirke. Eget funksjonsnivå og sykehjemmets organisering og kultur, er faktorer som påvirker hverdagen deres. Funksjonstap har gjort dem avhengig av hjelp, og dette kan ha stor betydning for mulighetene til å bestemme over eget liv. Tryggheten ved å vite at man får den hjelpen man trenger blir viktig, men dette kan innebære at man må gi slipp på en del egne ønsker og behov.

Hensikt

Studien har som formål å undersøke hvordan sykehjemsbeboere opplever at de har muligheten til å påvirke eget hverdagsliv, og om det er spesielle områder hvor dette er ekstra viktig. Det er lagt vekt på å se på aktiviteter i dagliglivet fordi dette har stor betydning for beboernes trivsel.

Metode

Metoden er en kvalitativ studie hvor det er gjennomført semistrukturerte intervjuer. Utvalget besto av 10 sykehjemsbeboere på somatiske langtidsavdelinger ved fem sykehjem i Oslo kommune. Dataene ble analysert ved hjelp av Graneheim og Lundmanns (2004) beskrivelse av innholdsanalyse.

Resultater

Resultatene beskriver på hvilke områder sykehjemsbeboerne opplever påvirkningsmuligheter i hverdagen og på hvilke områder hvor dette mangler. Videre viser studien hvilke strategier beboerne tar i bruk for å mestre begrensede påvirkningsmuligheter, og på hvilke områder det kan være vanskelig å finne egnede strategier. Resultatene plasseres i tre kategorier: (i) å beherske hverdagen på sykehjem, (ii) å leve på sykehjem og (iii) å bruke tiden på sykehjem.

Oppsummering

Sykehjemsbeboere gir uttrykk for at de stort sett er fornøyd, men det viser seg at de på en del områder ønsker seg større påvirkningsmuligheter enn det som er tilfelle i dag. Ved å øke de ansattes bevissthet rundt beboernes ønsker og behov, kan mye oppfylles med relativt enkle midler. De fleste tiltakene er økonomisk sett lite ressurskrevende og vil antakelig føre til økt trivsel i det daglige.

Abstract

Keywords: everyday life, self-determination, nursing home, coping

Background

All humans have a basic need for control and self-determination in their own lives, however nursing home residents are in a situation where they may have limited opportunity to influence. Their own functional level, and the nursing home's organization and culture, are factors that affect their everyday lives. Functional loss has made them dependent on help, and this greatly affects their ability to make decisions regarding their own life. The security of knowing that you get the help you need becomes important, but this may mean that you have to let go some of your own needs and wishes.

Aim

The purpose of this study is to investigate how nursing home residents experience their influence in everyday life, and whether there are special areas where this is extra important. The emphasis is on looking at activities in daily life because this is crucial for the residents' well-being.

Method

The method is a qualitative study in which semi-structured interviews have been conducted. The selection consisted of 10 nursing home residents at somatic long-term wards in five nursing homes in the municipality of Oslo. The data was analyzed using Graneheim and Lundmann's (2004) description of content analysis.

Findings

The results describe the areas in which the nursing home residents experience they have an opportunity to impact their own life and in which areas this is lacking. Furthermore, the study shows which strategies the residents use to master limited opportunities of influence, and in which areas it might be difficult to find suitable strategies. The results are placed in three categories: (i) mastering everyday life in nursing homes, (ii) living in nursing homes and (iii) spending time in nursing homes.

Conclusion

Nursing home residents reports that they are mostly satisfied, but it turns out that in some areas they want greater influence opportunities than is the case today. By raising employee awareness of the residents' needs and wishes, a lot can be achieved with relatively simple means. Most of the measures are economically less resource-intensive and will probably lead to increased well-being in everyday life.

Forord

Jeg har lest mange masteroppgaver de siste to årene, og de fleste konkluderer med at det er mye jobb og mye frustrasjon. Og det er det! Men det er også utrolig interessant og moro, og jeg ville ikke vært det foruten. Nå kjenner jeg på behovet for å takke en del mennesker. Selv om det å skrive masteroppgave er en nokså ensom affære, har jeg hatt støttespillere rundt meg som har gitt meg pågangsmot, oppmuntring og gode innspill.

Tusen takk til veilederne mine Siv Magnussen, Meselu Taye Kebede og Per Erik Solem for gode innspill. Det er godt å ha noen til å peke ut retningen når man er i ferd med å gå seg vill.

Tusen takk til sykehjemmene og ergoterapeutene som tilrettela og bisto meg i intervjufasen.

Tusen takk til deltakerne mine for at dere ville snakke med meg og delte tankene deres med meg.

Tusen takk til familien min for korrekturlesing, IT-støtte, konsulentbistand og ikke minst raue porsjoner med tålmodighet!

Tusen takk til Stovnerskogen sykehjem for velvillig innstilling så jeg skulle komme i mål.

Tusen takk til gode kollegaer – det er ikke alle forunt å ha en heiagjeng som dere!

Tusen takk til tante Vesla for gode diskusjoner, konstruktive tilbakemeldinger, korrekturlesing og stort engasjement.

Og tusen takk til alle dere andre som har vist interesse for det jeg har holdt på med!

Innhold

1	Innledning	1
2	Bakgrunn	2
2.1	Valg av tema	2
2.2	Hvorfor er temaet viktig?	2
2.3	Problemstilling	3
2.4	Bakgrunn, hensikt og mål	3
2.5	Avgrensning og ordforklaringer	4
2.6	Oppgavens oppbygging	5
2.7	Offentlige føringer og forankring i lovverket	5
2.8	Om brukermedvirkning	6
2.9	Beboer- og pårørendeundersøkelsen 2018	7
3	Teori	8
3.1	Teoretiske perspektiver	8
3.2	Menneskelige egenskaper og behov	9
3.2.1	Engasjement og mestring	9
3.2.2	Verdighet	10
3.2.3	Trygghet	11
3.2.4	Opplevelse av kontroll	12
3.3	Samhandling og selvstendighet	13
3.4	Aktiviteter og trivsel	14
3.4.1	Hverdagsaktiviteter	14
3.4.2	Fysisk aktivitet	16
3.4.3	Sosial kontakt	16
3.4.4	Trivsel	17
4	Metode	18
4.1	Begrunnelse for metodevalg	18
4.2	Kvalitative intervjuer	18
4.3	Min forforståelse	19
4.4	Rekruttering og utvalg	19
4.5	Rekrutteringsprosessen	20
4.6	Antall intervjuer og varighet	21
4.7	Datainnsamling	21

4.8	Intervjuguide.....	22
4.9	Gjennomføring av intervjuene	22
4.10	Transkribering	22
4.11	Risikomomenter og mulige feilkilder	23
4.12	Analyseprosessen	23
4.13	Studiens styrker og svakheter	27
4.14	Validitet	27
4.15	Reliabilitet.....	28
4.15.1	Bekreftbarhet	28
4.16	Etikk og personvern.....	29
4.16.1	Godkjenning	29
4.16.2	Informert samtykke	29
4.16.3	Konfidensialitet.....	29
4.16.4	Forskningsetikk.....	29
5	Resultater	30
5.1	Å beherske hverdagen på sykehjem.....	30
5.1.1	Engasjement.....	30
5.1.2	Mestring.....	31
5.1.3	Selvbestemmelse	32
5.2	Å leve på sykehjem.....	33
5.2.1	Kultur og ressurser.....	34
5.3	Å bruke tiden på sykehjem	36
5.3.1	Aktivitet.....	36
5.3.2	Sosialt	36
5.3.3	Trivsel.....	37
6	Diskusjon	39
6.1	Å beherske hverdagen på sykehjem.....	39
6.2	Å leve på sykehjem.....	43
6.3	Å ta i bruk tiden på sykehjem.....	44
6.4	Når er det ikke behov for å kunne påvirke?.....	47
7	Oppsummering	49
8	Evaluerings.....	52
9	Referanseliste.....	55

1 Innledning

Denne masteroppgaven er gjort i forbindelse med masterstudiet i gerontologi ved NTNU Gjøvik. Gerontologi kan beskrives som vitenskapelige studier av aldring og av aldersrelaterte forandringer i livsløpet fra moden alder og til død. Slik forskning tar for seg det aldrende menneskes totale situasjon med både medisinske, sosiale, sosialpsykologiske og psykologiske aspekter (Tornstam, 2011, s. 9). Gerontologi er et tverrfaglig fagområde hvor mange yrkesgrupper er representert. Selv er jeg er utdannet ergoterapeut og har jobbet mange år på sykehjem i Oslo.

2 Bakgrunn

2.1 Valg av tema

Som student på ergoterapiutdanningen i 1994, hadde jeg min første praksisperiode på sykehjem. I praksisdagboken skrev jeg følgende:

«Sykehjemslivet virker stusselig. Beboerne sitter sammensunket og ser ut i lufta. Småsover. Venter. På døden? Neste måltid? Kvelden? Jeg vet ikke, men det ser trist ut. Hvorfor skjer det så lite? Blir man tiltaksløs når man kommer på sykehjem? Eller er det vanskelig å gjøre noe fordi man trenger mye hjelp? De ansatte viser respekt for beboerne, men selvrespekten og verdigheten får seg kanskje en knekk når de trenger hjelp til nesten alt som er?»

Selv om dette er mange år siden, er det mye av det samme som opptar meg i dag. Det å ha et meningsfylt liv trass i utfordringene knyttet til å bli sykehjemsbeboer. Det å bevare verdigheten når man er helt avhengig av andre. Konflikten som oppstår når man vil bevare egen personlighet og samtidig skal tilpasse seg et system som kan gi lite rom for selvbestemmelse.

Det er lett å tenke «gamle, syke mennesker» når det snakkes om sykehjem. Men selv om sykehjemsbeboere ofte er preget av sykdom og skrøpelig, finnes det også en normal aldring hos dem. De er både friske og syke. For å ivareta hele mennesket, er det behov for også å ha fokus på det normale og friske. De fleste ønsker å bli sett som et menneske, ikke en sykdom.

I 2014 startet Sykehjemsetaten i Oslo kommune en satsing kalt «Bedre hverdagsliv», hvor målet er å gi beboerne mulighet til i størst mulig grad å fortsette og leve som tidligere. Dette innebærer å kunne videreføre vaner og verdier, å kunne styre hverdagen mest mulig selv, og å få mulighet til å bevare egen personlighet og verdighet. Sykehjemmene skal være tilrettelagt for beboerne både fysisk og sosialt og gi rom for et mest mulig normalt hverdagsliv (Utviklingscenteret, 2018). Kort oppsummert blir dette formulert i spørsmålet «Hva er viktig for deg?».

Temaet «Hva er viktig for deg?» har også nasjonal relevans, og er en del av Helse- og omsorgsdepartementets satsing «Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke». Målet er å sørge for et velfungerende samarbeid mellom de forskjellige aktørene i helsevesenet, slik at brukere møter helhetlige og koordinerte tjenester. Dette har etter hvert også blitt en internasjonal bevegelse der stadig flere land er representert under tittelen «What matters to you?» (KS, 2017).

Etter min mening, er intensjonene i Bedre hverdagsliv-satsingen svært gode, og det er positivt hvis man kan gjøre hverdagen bedre for beboerne. Med tanke på brukergruppen og sykehjem som institusjon, kan det likevel være mange utfordringer knyttet til målet om et godt hverdagsliv på sykehjem.

2.2 Hvorfor er temaet viktig?

Ifølge lovverket (*Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene*, 2003) skal sykehjemmene ivareta beboernes grunnleggende behov for stell og pleie, og samtidig

respektere den enkeltes behov for selvbestemmelse, egenverd og livsførsel. I forbindelse med utarbeidelsen av Stortingsmeldingen *Leve hele livet*, ble det gjennomført dialogmøter hvor både eldre, pårørende, ansatte og forskere deltok. Her kom det fram at aktivitet og fellesskap ikke oppfattes som oppgaver som er likestilt med stell og helsehjelp. Hverdagsliv, måltider og sosialt fellesskap var blant områdene med potensiale for videreutvikling (St.mld.15, 2017-2018, s. 83). Selv om mange sykehjemsbeboere sier at de trives, er det likevel forhold de ikke er fornøyd med. Spørsmålet er hva som skal til for å skape en god og meningsfylt hverdag på tross av utfordringer, sykdommer og plager. Vanligvis er sykehjemsbeboere en gruppe som gjør lite ut av seg i den offentlige debatten. Derimot er det er mange som snakker på deres vegne, bl.a. pårørende og helsepersonell. Det viser seg at disse ofte har en annen oppfatning av situasjonen enn det beboeren selv har (Walker og Paliadelis, 2016). Sykehjemsbeboere har individuelle ønsker og behov. Ved å undersøke på hvilke områder beboerne ønsker endring, er det likevel mulig man kan gjøre funn som kan generaliseres.

2.3 Problemstilling

Med bakgrunn i sykehjemmenes oppgaver og min kjennskap til beboernes behov har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan opplever beboere på langtidssykehjem at de har påvirkningsmuligheter på eget hverdagsliv, og på hvilke områder er det viktig for dem å ha slike muligheter?»

2.4 Bakgrunn, hensikt og mål

Alle mennesker har et grunnleggende behov for selvbestemmelse. Med dette menes ikke bare å bestemme selv, men også at man blir lyttet til, blir sett, hørt og forstått. I tillegg skal man få gi uttrykk for hva som er viktig for en, og dette skal også bli hørt og tatt hensyn til (Eide og Eide, 2017, s. 56-57). For å bevare egen identitet, må man ha mulighet til å bestemme over livet sitt.

Første del av problemstillingen handler om muligheten til å bruke egne fysiske og mentale ressurser til å styre hvordan hverdagen skal være utfra egne preferanser. Som beboer møtes man gjerne med en forventning om å skulle tilpasse seg sykehjemmets rutiner. Dette er nødvendig for den daglige driften, men samtidig er det grunn til å spørre om det kan bli en hvilepute for å unngå endringer. Uansett vil det kunne komme i konflikt med beboernes muligheter til å styre egen hverdag. Når beboeren innretter seg sykehjemmets rutiner, må han også ofte gi slipp på egne ønsker og behov. Sykehjemmet er personalets arena, og det er personalets tidspres og ikke beboernes behov som får innvirkning på døgnrytmen. Slik kan muligheten for selvbestemmelse bli vesentlig mindre, og interessen for selvbestemmelse kan også svekkes. Sykehjemssystemet kan være tungt å påvirke, og resultatet blir resignasjon og passivitet. For personalet skal det ikke mye til for å overse beboerens signaler når de framstår som kraftløse ønsker eller innsigelser. Dette skjer ikke nødvendigvis av vond vilje, men oppstår hvis man ikke er lydhør for de signalene beboeren gir. Å overse slike signaler blir fort en vane, og dette kan gjøre de passive beboerne enda mer passive. Å være sykehjemsbeboer kan påvirke selvbestemmelsen fordi man er avhengig av andres hjelp til mye. Sammenhengen

mellom det sykehjemmet tilbyr og de mulighetene beboerne opplever at de har til å påvirke, er dermed interessant å belyse nærmere.

Del 2 av problemstillingen har sin bakgrunn i forskning om kvalitet i sykehjem (Romøren, 2005). Det viser seg at beboere på sykehjem ofte er tilfredse med kvaliteten på tjenesten, og de er stort sett fornøyd med egen autonomi til tross for at denne kan være begrenset. Årsaken til dette er noe usikkert, men det er viktig å huske at dagens eldre er vokst opp i en annen tid. De har med seg erfaringer og forventninger andre kan ha vanskeligheter med å sette seg inn i. Funksjonstap gjør at man blir avhengig av hjelp, og dermed kan behovet for selvbestemmelse få mindre betydning. Tryggheten ved å vite at man får den hjelpen man trenger blir kanskje det viktigste. Det er naturlig å anta at det er enkelte områder hvor det er vesentlig å ha påvirkningsmulighet, men det kan også være områder hvor påvirkningsmulighet ikke betyr så mye. Spørsmålet er om vi ivaretar beboerne godt nok med tanke på det som er viktig for dem.

Med denne undersøkelsen håper jeg å få innsikt i beboernes egne opplevelser, og hvordan den enkelte ønsker og har mulighet til å påvirke tilbudet som gis. Å endre små ting kan ha stor betydning, og bidra til at livskvaliteten øker. Målet er mer kunnskap slik at vi blir bedre i stand til å ivareta beboernes behov.

2.5 Avgrensning og ordforklaringer

Denne oppgaven tar for seg påvirkningsmuligheter på individnivå, og omhandler ikke organisatoriske, systematiske eller medisinske forhold. Den ser på områder der den enkelte kan ha mulighet til å påvirke, og hva som eventuelt begrenser disse mulighetene. Det fokuseres ikke på det som har med pårørende og besøk utenfra å gjøre. Dette er viktige sider i beboernes hverdag, men av mange grunner kan påvirkningsmuligheten her være liten.

I langtidssykehjem finner vi plasser for somatikk, psykiatri, demens og rus, men i praksis er det ikke klare skiller mellom de ulike typene fordi en beboer kan ha flere diagnoser. Det finnes både kommunale, kommersielle og ideelle sykehjem, og det kan være forskjeller når det gjelder f.eks. bemanning. Jeg har deltakere fra fire kommunale og et ideelt drevet sykehjem, men det er ikke skilt mellom de ulike driftsformene i oppgaven. Ca. 32.000 mennesker i Norge bor i sykehjem (*Statistisk sentralbyrå*, 2018). Gruppen er mangfoldig, og har mange ulike hjelpebehov.

Aktuelle definisjoner følger fortløpende i teksten, men noen begrepsavklaringer er viktige her i starten. I mange tilfeller finnes flere definisjoner av et begrep. Jeg presenterer ikke ulike definisjoner, men velger å bruke konkrete og forholdsvis enkle varianter. Disse definisjonene vil ikke alltid være dekkende for begrepet, men i denne sammenhengen representerer de likevel det jeg ønsker å få fram.

Jeg velger å bruke begrepet *langtidssykehjem* for å poengtere både at det er et sykehjem og at det er langtidsplasser. I denne sammenhengen kan begreper som sykehjem og langtids hjem bli for diffust. *Beboere* er mennesker med langtids plass på sykehjem.

Begrepene pleiere, ansatte og personale brukes om hverandre for å skape variasjon i språket.

Jeg bruker selvbestemmelse som begrep i oppgaven. Selvbestemmelse, medbestemmelse, autonomi og brukermedvirkning er begreper med til dels overlappende definisjon og innhold. Brukermedvirkning innebærer at brukeren er en likeverdig partner i beslutninger som angår vedkommende (Helsedirektoratet, 2017). Aktuelt lovverk benytter brukermedvirkning og medbestemmelses-begrepet, men jeg tolker det her til å kunne likestilles med selvbestemmelse. I forbindelse med litteratursøk har jeg benyttet ordet autonomi for å øke antall treff. Autonomi er et begrep som brukes om selvbestemmelsesrett (Slettebø, 2013, s. 88-89). Jeg likestiller på denne måten også autonomi og selvbestemmelsesbegrepet. Videre i oppgaven vil jeg ikke gå videre inn i en diskusjon om hva som skiller disse begrepene.

Selv om dette ikke er en kvantitativ studie, bruker jeg begreper som «noen», «få» og «mange». Dette er ikke for å tallfeste utsagnene, men for å signalisere i hvilken grad en mening var utbredt blant deltakerne.

2.6 Oppgavens oppbygging

Etter innledning og bakgrunn, starter oppgaven med en teoridel hvor jeg først presenterer to teoretiske perspektiver, for så å ta for meg relevant litteratur på området. Deretter følger metodekapitlet hvor jeg gjør rede for framgangsmåten min, samt analyseprosessen. I den påfølgende delen følger resultater og diskusjon – organisert i hvert sitt kapittel. Avslutningsvis blir funnene oppsummert i en konklusjon, før jeg til slutt reflekterer over prosessen med masteroppgaven.

2.7 Offentlige føringer og forankring i lovverket

I 2018 kom stortingsmeldingen *Leve hele livet*. Med denne kvalitetsreformen ønsker man å bidra til at eldre skal mestre livet sitt lengst mulig, og samtidig være trygge på at de får hjelp når behovet oppstår. Det innebærer respekt for den enkeltes ønsker og behov slik at man tar vare på og ser hele mennesket, og ikke bare funksjonssvikten. Eldre skal ha anledning til å være i aktivitet, og bruke egne ressurser så langt som mulig (St.mld.15, 2017-2018)

Sykehjem er omfattet av flere lover. Under lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (*Helse- og omsorgstjenesteloven, 2011*) finnes tre aktuelle forskrifter:

- Forskrift om sykehjem m.v. (*Forskrift for sykehjem m.v., 1989*) §4-4
 - ... ha adgang til å dyrke egne interesser og forme sin tilværelse som de ønsker.
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenesten (*Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene, 2003*) §3
 - ... medvirke ved utforming eller endring av tjenestetilbudet. Den enkelte bruker gis medbestemmelse i forbindelse med den daglige utførelsen av tjenesten.
 - Oppleve respekt, forutsigbar og trygghet
 - Selvstendighet og styring av eget liv
 - Sosiale behov ...
 - Mulighet til selv og ivareta egenomsorg

- Tilbud om varierte og tilpassede aktiviteter
- Forskrift om en verdig eldreomsorg (*Forskrift om verdig eldreomsorg, 2011*) §2
 - ... skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett ...
 - ... bidrar til en verdig, trygg og meningsfull alderdom
 - ... et mest mulig normalt liv, ...
 - Å bevare eller øke sin mulighet til å fungere i hverdagen

I 2011 kom Verdighetsgarantien inn som ny forskrift inn i Helse -og omsorgstjenesteloven. Dette er en forskrift om verdighet for eldre mennesker, og sier at «*tjenestetilbudet skal innrettes i respekt for den enkeltes selvbestemmelsesrett, egenverd og livsførsel og sikre at medisinske behov blir ivaretatt*»
Kommunehelsetjenesten skal legge til rette for at den enkelte så langt som mulig får et verdig og meningsfullt liv i tråd med sine individuelle ønsker og behov (*Forskrift om verdig eldreomsorg, 2011*).

2.8 Om brukermedvirkning

Brukermedvirkning er en lovfestet rett til å medvirke i utformingen av tjenestetilbudet, og begrepet har positive aspekter jeg mener har betydning for selvbestemmelsen og påvirkningsmulighetene.

Brukermedvirkning tydeliggjør beboernes rett til å påvirke og fremhever de ansattes plikt til å inkludere beboeren. Det skal tas hensyn til brukerens kapasitet og interesse for å medvirke (*Pasient- og brukerrettighetsloven, 2001*). Brukermedvirkning vil framstå som svært forskjellig avhengig av konteksten, og det er stor forskjell på brukermedvirkning i et samfunnsmessig perspektiv og brukermedvirkning på sykehjem. Implisitt i begrepet ligger også muligheten til å takke nei til medvirkning. Dermed bør begrepet kunne benyttes på alle brukergrupper, selv om vi ofte tenker en mer aktiv deltakelse enn det beboerne har ressurser til.

Brukermedvirkning er viktig for å kunne aktivisere brukerens egne ressurser. Avgjørelser som tas uten at personen selv har mulighet til å påvirke beslutningene kan oppleves som svært ydmykende (Rønning og Solheim, 1998, s. 79). Likevel kan det være faktorer som taler mot brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan være krevende for den enkelte, og det kan kanskje være tryggere å overlate ansvaret til andre (Rønning og Solheim, 1998, s. 170).

Bedre hverdagsliv-satsingen i Oslo kommune henter sitt teoretiske grunnlag fra en tilnæringsmåte som heter Personsentrert omsorg, introdusert av sosialpsykologen Tom Kitwood rundt 1980-90. Den representerer et skifte fra «Hva er i veien med deg?» til «Hva er viktig for deg?». I dette ligger at man går fra å fokusere på den medisinske diagnosen og over til hva den medisinske tilstanden betyr for den enkelte. Tanken er at det ikke er diagnosen i seg selv som skaper utfordringer, men hvordan diagnosen påvirker aktivitetsnivået og mulighetene til å gjøre det som er viktig for den enkelte i hverdagen.

Kitwoods personsentrerte omsorg er utviklet for personer med demens, men har etter min vurdering stor overføringsverdi til kognitivt friske. Det er likevel mulig man mister noe hvis man begrenser seg til kun en slik tilnærming. Personsentrert omsorg baserer seg på at vi i stor grad overtar ansvaret for beboere som ikke er i stand til å uttrykke egne ønsker. Vi tolker deres behov utfra det vi vet om vedkommende. For en kognitiv frisk kan dette oppfattes som en paternalistisk holdning – «jeg vet best hva du trenger».

Andelen personer med demens på sykehjem er høy, ca. 80% (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det er imidlertid viktig å huske at demens er en progredierende sykdom med mange grader, og mange demensrammede kan være relativt velfungerende. I denne sammenhengen er det derfor lite ønskelig å skille mellom de med og uten demens – det er individperspektivet som skal være i fokus.

2.9 Beboer- og pårørendeundersøkelsen 2018

Annen hvert år gjennomfører Helseetaten en beboerundersøkelse på sykehjemmene i Oslo (Helseetaten, 2018). Sommeren 2018 ble undersøkelsen gjennomført med 20 dybdeintervjuer blant beboere på 15 forskjellige sykehjem. Temaene som ble tatt opp var bl.a. trygghet og trivsel, respektfull og verdig behandling, kommunikasjon og samarbeid og aktivitetstilbud. Undersøkelsen munner ut i en rapport som kan brukes med tanke på kvalitetsforbedringer i sykehjemmene. Beboerundersøkelsen har noen overlappende temaer med mitt prosjekt, og jeg vil kommentere resultatene fra beboerundersøkelsen underveis der det er relevant. Undersøkelsen er ikke direkte sammenlignbar med min forskning, men sier noe om de samme temaene. Rapporten påpeker selv problematikk rundt validiteten fordi det er de friskeste beboerne som er spurt. Dette vil ha innvirkning på bl.a. aktivitetsnivået, og dermed på trivsel, mulighet til selvbestemmelse og påvirkningsmulighet. Beboerundersøkelsen er heller ikke anonym når det gjelder hvilket sykehjem de bor på. Dette kan ha innvirkning på hvor åpne og ærlige de er i svarene sine.

3 Teori

I dette kapitlet presenteres litteratur som er relevant for problemstillingen og resultatene jeg har kommet fram til. Både i oppgaven som helhet og i litteraturgjennomgangen har jeg valgt å ikke skille mellom beboere med og uten demens, men anvende relevant litteratur uavhengig av dette. Etter mitt syn er det god overføringsverdi i kunnskapen mellom disse gruppene.

Litteratursøkene er gjort i AgeLine og Google Scholar. I tillegg er referanselister i aktuell litteratur lest med tanke på å finne andre relevante artikler. Anvendte søkeord er «nursing home and long care facility», og «autonomy and independence and self-determination». Disse ble kombinert med søkeordene «safety», «dignity» og «well-being». Utfra resultatet valgte jeg de artiklene jeg anså som mest relevante for oppgaven. Jeg har også gjort søk i Helsebiblioteket og Oria når det har dukket opp aktuelle søkeord.

Kapitlet starter med to teoretiske perspektiver. Deretter følger litteraturen – denne har jeg valgt å sortere i samme rekkefølge som funnene jeg presenterer senere.

3.1 Teoretiske perspektiver

Jeg har valgt ut to teoretiske perspektiver som ligger til grunn for mine refleksjoner omkring temaet. Det ene perspektivet er hentet fra sosialantropologien og temaet er *gaven*, utformet av Marcel Mauss på 1950-tallet. Det andre perspektivet er hentet fra Martin Buber og hans forståelse av samspillet mellom mennesker som ble utformet rundt 1920.

Innen sosialantropologien finner vi fenomenet *gaven*, lansert av den franske sosiologen Marcel Mauss i 1950 (Mauss og Eriksen, 1995). Han beskrev betydningen og verdien av gaveutveksling som en sosial kontrakt mellom to parter. Gaver er i utgangspunktet frivillige, men likevel skaper gaver en forventning om, og en sosial forpliktelse om at mottakeren skal ta imot gaven og på et senere tidspunkt gi noe tilbake (ibid.) I utvekslingen av gaver ligger også at gjenytelsen skal ha en annen form enn det man mottok, og at gjenytelsen skal skje på et senere tidspunkt. Den symboliserer en relasjon og en gjensidig sosial avhengighet mellom giver og mottaker (Wæhle, 2014). Å gi en gave handler om å skape identitet og selvfølelse hos begge parter – man ser den andre som en verdig mottaker. Fenomenet har nytteverdi som mål og er ikke knyttet til vennskap eller følelsesmessige forbindelser. Gaveutvekslingen oppstår ikke nødvendigvis mellom likeverdige parter og det er gjerne snakk om en allianse mellom to parter der begge har glede av forpliktelsen (ibid.). Som vi skal se senere, kan gaven brukes til å forstå samspillet mellom beboeren og personalet.

Målet med gaver er å skape balanse mellom beboer og personalet. Dette henger sammen med et av Martin Bubers hovedverker «I and Thou» (Buber, 1992, s. 5-7). Her beskriver Buber to måter å forholde seg til et annet menneske på, enten et «Jeg-Det»-forhold eller et «Jeg-Du»-forhold. I en Jeg-Det relasjon ser man den andre som et objekt eller en gjenstand. Man tar ikke hele mennesket i betraktning, og utelater aspekter som følelser, meninger og personlig verdighet. Et Jeg-Du forhold innebærer et «ekte» møte med den andre der dialog er avgjørende for å skape et samspill. Hvis beboerne blir sett i et Jeg-Det-forhold, blir de tingliggjort og er enkle å håndtere. Oppmerksomheten rettes mot det som skal gjøres framfor personen man skal gjøre det med. De er en gjenstand,

og på den måten blir de også fratatt sin menneskestatus. Dette utelukker imidlertid en gjensidighet og en felles forståelse mellom partene. Det kan også føre til at beboeren objektiverer seg selv og etter hvert kommer til å bekrefte seg selv som et objekt overfor personalet (Aamodt, 2014, s. 57)

3.2 Menneskelige egenskaper og behov

Aldring innebærer både vekst og forfall. Utvikling og nedbryting skjer gjennom hele livet, men jo eldre vi blir, jo mer vil nedbrytingen gjøre seg gjeldende. Vi kan beskrive aldring som de endringene vi gjennomgår fysisk, psykisk og sosialt fra voksen alder og til vi dør. Mens den biologiske aldringen innebærer svekkelse, kan den psykologiske aldringen også innebære utvikling og vekst livet ut (Daatland og Solem, 2011, s. 20-27).

Sykehjemsbeboere er i siste fase av livet sitt, og den biologiske nedbrytingen er åpenbar. Det er derfor en viss fare for at vi antar nedbrytingen har kommet like langt når det gjelder psykisk og sosial aldring, og dette vil påvirke samhandlingen mellom beboere og de ansatte. Med kunnskap om mekanismer som kan ha betydning og hvilke behov beboerne har, kan vi skape muligheter for bedre samhandling og økt trivsel for beboerne.

3.2.1 Engasjement og mestring

Engasjement kan oppstå på mange områder, men det handler om å være sterkt følelsesmessig tilknyttet en sak som betyr mye for en. Engasjement er drevet av en indre motivasjon, ikke en ytre. I tillegg handler det om at man får anerkjennelse og gode tilbakemeldinger på det man gjør, og det virker positivt inn på både fysisk og mental helse. Engasjerte ansatte gjør en bedre jobb, og dermed trives også beboerne bedre. Når det gjelder beboerne er det særlig et aspekt som er interessant, nemlig deres engasjement for å gi en gave, slik Mauss beskriver det, tilbake til sykehjemmet. Det er også dette aspektet jeg har valgt å vektlegge videre.

I litteratursøk har det vært vanskelig å finne teori om forholdet og balansen mellom beboerne og ansatte. Hvis man tar utgangspunkt i at det ikke er så stor forskjell på «vanlige» mennesker og sykehjemsbeboere, kan man imidlertid se på hva engasjement betyr f.eks. i arbeidslivet. Det viser seg at det er en klar sammenheng mellom engasjement, og selvbestemmelse og sosial støtte. I arbeidslivet fant man at arbeidstakere som møter høye krav, er mer engasjert enn de det ikke stilles krav til. Forutsetningen er at de kan bestemme mye selv og at de møter støtte fra andre. Det viste seg også at slikt engasjement kunne forebygge depresjon. Engasjement kan også gi økt selvtillit og mer tilfredshet med livet (Torp *et al.*, 2013). Arbeidslivet er selvfølgelig ikke direkte sammenlignbart med sykehjemslivet, men som mennesker blir vi i stor grad drevet av de samme tingene. Å ta i bruk beboernes engasjement kan derfor ha mange positive ringvirkninger for begge parter så lenge man tar hensyn til deres funksjonsnivå.

Det er flere, delvis overlappende, teorier som omhandler mestring, og jeg har tatt for meg noen av disse. Mestring kan beskrives som en persons mentale og atferdsmessige innsats for å takle ytre eller indre stress (Lazarus og Folkman, 1984, s. 150-153). Mestringsstrategier er noe en gjør aktivt og bevisst for å håndtere en utfordrende situasjon som oppleves som stressende og negativ. Mestringsbegrepet sier lite om mestringen er god eller dårlig, selv om mestring i dagligtale er et positivt ord. Mestring

kan vanskeliggjøres av f.eks. forhold i omgivelsene, og for eldre kan det være vanskelig å etablere nye mestringsstrategier. Mestring er likevel ikke bare et personlig karaktertrekk, det har også sammenheng med omgivelsenes krav (Daatland og Solem, 2011, s. 99). Mestringsfølelse oppstår når vi deltar i noe og opplever at vi mestrer det. Dermed kan det også gi økt motivasjon for å delta videre.

Lazarus og Folkman (1984) beskriver to metoder for å mestre stress. En problemfokusert tilnærming innebærer å gjøre tiltak for å fjerne problemet, f.eks. å lukke vinduet når man fryser. For et gammelt menneske kan det være utfordrende å komme seg til vinduet. Hvis man bruker en emosjonsfokusert mestringstilnærming, kan man tenke at «det er ikke så viktig, frisk luft er jo sunt». For å unngå ubehagelige følelser som angst eller fortvilelse, endrer man altså tilnærmingen til situasjonen man ikke er i stand til å gjøre noe med. Etter hvert som man blir eldre vil en emosjonsfokusert mestring anvendes mer fordi det blir stadig flere situasjoner som er krevende (Lazarus og Folkman, 1984, s. 150-153).

3.2.2 Verdighet

Verdighetsbegrepet er tett knyttet til selvbestemmelse og mestring. Selv om verdighet ikke er et begrep i problemformuleringen min, var det et tema i intervjuguiden. Vi har behov for å oppleve at vi lever et verdig liv også når vi er på vårt mest sårbare og verdigheten lett kan krenkes og ydmykes. Dette handler om å ikke bli sett når man trenger det, og ikke bli møtt med respekt og forståelse (Nåden og Lohne, 2015). Verdigheten ivaretas når man får mulighet til å være aktiv i eget liv, og når man mestrer situasjonene man står i (Brandt, Madsen og Peoples, 2013, s. 67). Mestring og verdighet på ett område kan også føre til verdighet på andre områder, og dette gjør igjen noe med identitetsfølelsen. Når jeg mestrer noe, er jeg noe. Å motta hjelp er for mange et tap av verdighet fordi det henger sammen med å ikke kunne ta vare på seg selv – og dermed være en byrde for andre (Skærbæk og Lillemoen, 2013, s. 13). Vi lever mesteparten av våre liv som selvstendige individer hvor vi tar egne avgjørelser og lever livet slik vi ønsker. Verdigheten er sårbar for sykehjemsbeboere fordi det er andres interesser og rutiner som er styrende.

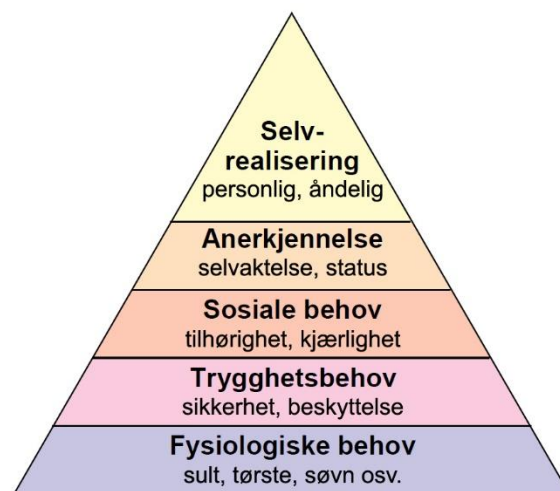
Når verdigheten krenkes, gir dette en følelse av at man blir urettferdig behandlet og nedvurdert på en måte det er vanskelig å forsvare seg mot. En slik krenkelse kan være både fysisk, psykisk og sosial, og inkluderer en maktubalanse der den ene parten har mer makt enn den andre. Det handler om å ikke bli sett når man trenger det, ikke bli møtt med respekt og forståelse, og å bli behandlet på en uverdigg måte (Nåden og Lohne, 2015). Krenkelse er også knyttet til vår identitet. Vår rolle i samfunnet sier mye om hvem vi er, og når disse rollene ikke lenger betyr noe for andre, går det ut over identiteten. Det kan f.eks. være krenkende når kommunen bestemmer at ektefeller på sykehjem ikke får bo sammen, fordi identiteten som ektefelle da blir borte. Å ha identitet betyr å vite hvem man er, dvs. vår oppfatning av oss selv (Rokstad, 2014, s. 60-61). Med god og stabil identitetsfølelse opplever man at «grunnmuren» i tilværelsen er relativt trygg og stabil selv om det skjer endringer i livssituasjonen. Å flytte på sykehjem innebærer en stor omveltning i livet, men ved å beholde noe av kontrollen i eget liv, kan identitetsfølelsen ivaretas og det blir lettere å tilpasse seg nye forhold. Når en person erfarer å bli involvert i det som skjer, skapes det identitets- og selvfølelse, og en opplevelse av tilhørighet (Mæland, 2017, s. 347). I tillegg til involvering, kan aktiviteter

også frambringe identitet og mestringsfølelse. Den betydningen aktivitetene har for oss sier noe om hva vi står for og hvem vi er som person (Brandt, Madsen og Peoples, 2013, s. 337).

Verdigheten kan krenkes dersom man ikke respekterer beboerens ønske om å slippe å bruke påvirkningsmulighetene sine. Dette kan skje hvis det stilles for store krav til «valgferdigheter». Alle mennesker har behov for balanse mellom krav og ressurser, og dersom egne premisser samsvarer med omgivelsens krav vil det gi mestringsfølelse og dermed verdighet (Brandt, Madsen og Peoples, 2013, s. 67). Mestring og verdighet på et område vil også kunne føre til verdighet på andre områder. Sykehjemsbeboere både kan og ønsker å delta mer i det som gjelder deres egen tilværelse. De har kunnskaper om seg selv som er like verdifulle som personalets faglige kunnskaper, og målet deres er å bevare «seg selv» i eget liv (Wikström og Emilsson, 2014, s. 57).

3.2.3 Trygghet

Den amerikanske psykologen Abraham Maslow beskrev på slutten av 60-tallet sin *Behovspyramide*, hvor han tar utgangspunkt i et hierarki av behov og drivkrefter som motiverer menneskets atferd. Behovene på hvert trinn må, hvert fall til en viss grad, tilfredsstilles før man går opp til neste nivå (Maslow, 1968, s. 48-49). Det er omstridt hvorvidt behovene må tilfredsstilles i samme rekkefølge som hierarkiet, men pyramiden viser uansett hvilke grunnleggende behov mennesket har (Eide og Eide, 2017, s. 18-19).



Figur 1 Maslows behovspyramide (Norheim)

Maslow forklarer at det er omgivelsene som dekker de fire nederste behovene. Vi er avhengig av omgivelsene våre, og vår tilstedeværelse er egentlig utenfor vår kontroll. Siden det er omgivelsene som dekker behovene våre, er det omgivelsenes ønsker, humør og regler som styrer om, og hvordan behovene skal dekkes. Slik utenfra-styring

betyr at man må tilpasse seg den ytre situasjonen. Denne avhengigheten skaper frykt for omgivelsene fordi det alltid vil være en viss fare for at omgivelsene svikter (ibid.).

Alderdom og sykdom kan skape stor utrygghet for beboerne, samtidig som trygghet er viktig for oss mennesker. Det er mange måter å oppleve trygghet på. I denne sammenhengen menes å være trygg i sin daglige livssituasjon. Det er en subjektiv følelse av beskyttelse og sikkerhet med fravær av faktorer som kan virke truende. Som tidligere nevnt, påpeker Romøren (2005) at trygghet kan være viktigere enn selvstendighet og påvirkningsmuligheter når man er alvorlig syk og avhengig av andres hjelp. En av personalets viktigste oppgaver bør derfor være å sørge for den enkeltes trygghet og velvære.

Siden vi er så avhengig av omgivelsene for å føle oss trygge, blir vi også sårbare. Sårbarhet handler om vår evne til å takle påvirkninger og stress i hverdagen. Med støtte i filosofene Lévinas og Løgstrup hevder den norske teologen Sturla Stålsett at sårbarhet ikke er en feil ved oss mennesker. Den er en del av det å være menneske og en forutsetning for vår samhandling med andre. Vår menneskelige sårbarhet kan også ses som en evne og en ressurs. Den gjør oss i stand til å vise medfølelse og gir oss innlevelsesevne overfor andre mennesker. Gjennom erfaringen med egen sårbarhet blir vi også i stand til å gjenkjenne andres sårbarhet, og vi må ta ansvaret for å respektere dennes sårbarhet (Stålsett, 2007). Alle mennesker står i et forhold til andre mennesker. Vi lever sammen med andre og blir påvirket av andre. Likevel er ikke den andre som en selv, og vi må ta høyde for at andre reagerer annerledes enn vi selv ville gjort. Dette kommer særlig tydelig fram i møter der partene ikke er likeverdige, som f.eks. en relasjon mellom en pleier og en beboer. Beboeren er sårbar og befinner seg i en situasjon han ikke har kontroll over eller ikke mestrer (Bjørk, Helseth og Nortvedt, 2002, s. 157). Filosofen Knud E. Løgstrup skriver at vår selvstendighet er avhengig av samspillet med andre, og vi går inn i et slikt samspill med tillit. Denne tilliten er grunnlaget for all relasjonsbygging og det skal skje noe spesielt hvis denne tilliten skal bli brutt. Tilliten gjør oss imidlertid sårbare fordi vi gir andre mennesker mulighet til å utøve makt over oss (Løgstrup, 1956, s. 17).

3.2.4 Opplevelse av kontroll

Ut fra sosial læringsteori formulerte Julian Rotter på 1950-tallet begrepet «Locus of control». Dette kan knyttes til begrepene om internal og eksternal kontroll. Internal kontroll innebærer en forventning om at man kan bestemme over egen situasjon og påvirke omgivelsene. Når det gjelder eksternal kontroll er det en forventning om at ting oppstår på grunn av ytre faktorer man ikke har kontroll over. Disse forventninger påvirkes av to forhold. Det ene er om man opplever å lykkes eller mislykkes i å påvirke omgivelsene, det andre er hvor viktig det er for en å lykkes med slik påvirkning (Rotter 1966, referert i Daatland og Solem, 2011, s. 102). Hos eldre finner man en høyere grad av eksternal kontroll enn blant yngre. Dette skyldes at eldre har mindre ressurser, og oftere opplever å mislykkes med det man ønsker. Følelsen av kontroll kan i så fall bli bevart ved at man kun deltar i aktiviteter man vet mestrer (ibid. s.103), men dette vil naturlig nok sette mange begrensninger i livsutfoldelsen. Etter hvert som man blir eldre vil man miste ressurser som har betydning som f.eks. at redusert syn gjør det vanskeligere å lese.

Per Erik Solem (Solem, 1974; Daatland og Solem, 2011) har utviklet ressursmodellen som viser sammenhengen mellom individuelle, sosiale og materielle ressurser, og hvordan disse påvirker individets situasjon. Dette igjen resulterer i hva slags aktiviteter man velger å bruke tiden sin på. Ifølge ressursmodellen kan man sørge for ekstra ressurser slik at den enkelte opplever en følelse av kontroll og dermed blir bedre i stand til å takle situasjonen. En «ressurstilførsel» eller tilrettelegging i form av briller, bedre lys, lydbøker etc., vil føre til at aktiviteten beherskes også videre framover og dermed gir mestringsfølelse. Denne opplevelsen av å ha kontroll vil igjen kunne gi bedre livskvalitet og trivsel (Daatland og Solem, 2011, s. 102-104; Verme, 2009). For å slippe følelsen av å mislykkes unngår man situasjoner man opplever som for krevende, og heller prioriterer det som gir følelse av kontroll og mestring (Solem og Trældal, referert i Daatland og Solem, 2011, s. 102).

Ved å tilpasse forventningene til det som er realistisk kan man oppnå god mestringsfølelse – særlig hvis omgivelsene bidrar til mestringsfølelse. Dette tenker jeg kan være en av de store utfordringene på sykehjem fordi det der blir konflikt mellom beboernes ønske om å være mest mulig selvstendig og kravet om å innrette seg etter institusjonens rammer. Det kan f.eks. skje hvis man får mer hjelp enn nødvendig fordi det går fortere på den måten. Det går fortere å komme til spisesalen når man sitter i rullestol enn når man går selv, men denne tilnærmingen kan føre til opplevelse av manglende kontroll og påvirkningsmuligheter og dermed mismot og passivitet. Aktivitet gir stor grad av tilfredshet når man selv har kontroll over det man gjør. Det holder ikke bare å være aktiv, man skal også være herre over det man gjør. De som opplever å styre livet sitt selv, er mer fornøyd med tilværelsen enn de som ikke føler de har kontroll over eget liv. I ytterste konsekvens kan manglende kontroll påvirke livslengden (Swane, Amstrup og Blaakilde, 2007, s. 251).

Hvilke forventninger man har til påvirkningsmuligheter er imidlertid individuelt. Har man store forventninger til påvirkningsmuligheten og opplever å mislykkes, kan man fort bli skuffet. Har man små forventninger blir man lett passiv. Realistiske forventninger er dermed viktig. Den amerikanske psykologen M.P. Lawton (1980) har utarbeidet en modell om tilpasning mellom menneske og miljø. Om man er uavhengig av andres hjelp handler både om egen funksjonsevne og omgivelsens krav. For å oppleve god tilpasning og høy trivsel kreves det en balanse mellom de kravene miljøet stiller og den funksjonsevnen den enkelte har (kompetansen). Et miljø med små krav kan gjøre at selv en dårlig fungerende person klarer seg bra. Det er imidlertid også slik at dersom kravene blir for små, kan dette føre til passivitet fordi man mangler utfordringer. På sykehjem kan dette oppstå når personalet gjør så mye for beboerne at de ikke blir utfordret til å bruke egne ressurser. En god balanse mellom å bli utfordret og samtidig få hjelp til det som ligger utenfor mestringssevnen er en optimal situasjon. Dette betyr at selv små endringer i miljøkravene eller kompetansen kan ha stor innvirkning på funksjonsevnen, og jo lavere kompetanse man har desto mer sårbar er man for endringer (Daatland og Solem, 2011, s. 210-211).

3.3 Samhandling og selvstendighet

Fysisk eller psykisk svekkelse kan redusere muligheten til autonomi eller selvbestemmelse (Solvoll og Granum, 2016). Som sykehjemsbeboer mister man noe av

sin selvbestemmelse når man blir avhengig av andre menneskers omsorg og ivaretagelse, og det krever en bevisst holdning fra personalets side for å ivareta dette. I praksis handler det om å kunne bevare egen personlighet, ta egne valg og selv bestemme hva som gir god livskvalitet. Det er vanskelig å ivareta seg selv som person når man ikke lenger har identiteten og verdigheten i behold, men man slutter ikke å være seg selv idet man flytter på sykehjem (Ånstad, Schmidt og Ranhoff, 2007, s. 15). Selvbestemmelse er ikke en selvfølge på sykehjem til tross for tankegangen om at beboerne skal ha et mest mulig selvstendig liv. Det viser seg at det er særlig tre områder hvor muligheten for selvbestemmelse er dårlig: man har en ambivalent holdning til sykehjemmet som et sted å leve eller et sted å bli pleiet, selvbestemmelse vanskeliggjøres av personalets makt fordi denne er forankret i organisasjonen, og personalets holdninger om at det dreier seg om gamle mennesker som ikke vil eller er i stand til å anstrenge seg for å oppnå selvbestemmelse (Wikström og Emilsson, 2014).

Personalet har i utgangspunktet stor makt over beboerne fordi beboerne er svake og sårbare. Denne makten er imidlertid også strukturelt forankret i organisasjonen som et rådende element (Wikström og Emilsson, 2014). Enkelte ganger er det behov for å ta i bruk denne makten, f.eks. hvis beboeren er på vei ut med for lite klær. Det viser seg imidlertid at personalet bruker denne makten i stor grad, og det kan være vanskelig å vite hvor grensen mellom ivaretagelse og innskrenket selvbestemmelse går. Dermed gir makten seg utslag i at personalet overtar ansvaret i situasjoner hvor det ikke er nødvendig. En slik overbeskyttelse kan være forankret i personalets rutiner og i en paternalistisk holdning om hva som er best for beboeren. Beboerne har både vilje og evne til å ta større ansvar hvis de får muligheten. Personalet ser likevel på beboerne som skrøpelige og sårbare, og de tar derfor over ansvaret for beboernes liv (ibid.). Sykehjemsbeboere står i fare for å miste medbestemmelse og kontroll når personalet overtar ansvaret. De har fra før helt eller delvis, mistet kontrollen over kroppen. Så mister de kontrollen over når, av hvem og hvordan de skal få hjelp. Når de i tillegg opplever å bli fratatt kontroll der det ikke er behov for det, kan dette gå utover livskvaliteten (Rowe og Kahn, 1998, referert i Vik, 2015, s. 42-43)

3.4 Aktiviteter og trivsel

3.4.1 Hverdagsaktiviteter

Hverdagsliv handler om det ordinære livet vårt. Det gir oss identitet, og setter preg på hvem vi er som personer. Hverdagsaktivitet innebærer alle små og store ting vi gjør i hverdagslivet – både det vi må og det vi har lyst til (Vik, 2015, s. 18). Det er de hverdagslige aktivitetene som skaper rammen i livet vårt, og som vi organiserer livet vårt rundt. Slike rammer gjør det også enklere å takle utfordringer på andre områder (Hasselkus, 2006, s. 627). Hverdagsaktiviteter er viktige for sykehjemsbeboere fordi den svekkede helsetilstanden gjør mer avanserte aktiviteter vanskelig.

Meningsfulle gjøremål i hverdagen kan være en alternativ beskrivelse til hverdagsaktivitet, men kan henlede oppmerksomheten på den konkrete gjennomføringen. Aktivitetsbegrepet henspiller etter min oppfatning på hele prosessen

rundt det man gjør, og vil bl.a. inkludere personens interesse, engasjement og mestringsopplevelse. Dette samsvarer med det engelske begrepet *occupation*, som kan oversettes til menneskelig aktivitet. Mennesker kan beskrives som «*occupational beings*» fordi alle mennesker har et iboende behov for å være i aktivitet (Swane, Amstrup og Blaakilde, 2007, s. 248). I oppgaven bruker jeg dermed aktivitetsbegrepet om alt vi gjør, inkludert prosessen rundt aktiviteten. Helsevesenet forholder seg som oftest til diagnoser og funksjonsnedsettelse for å beskrive følgende av en sykdom eller skade. For personen selv handler det om at hverdagslivet blir ødelagt, men det er også i hverdagslivet de finner mulighetene og aktivitetene som får dem inn i daglige rutiner igjen (Vik, 2015, s. 18)v

Til tross for fokus og vilje fra politisk hold, viser det seg at sykehjemsbeboere har begrensede muligheter for å være i aktivitet, og dermed mindre anledning til å påvirke hverdagslivet sitt. Likevel ser det ut til at beboerne lar seg engasjere når de får muligheten til å være aktivt deltakende og ha innflytelse på aktivitetene (Mondaca *et al.*, 2018). Ved å invitere beboerne med på et samarbeid, kan engasjementet dermed økes. Slik deltakelse kommer imidlertid ikke av seg selv. Det krever tilrettelegging og aktiv opprettholdelse fra personalets side for å bygge opp praksis i tråd med disse politiske målene (*ibid.*). Antakelsen om at deltakelse i aktiviteter bidrar til livskvalitet i eldre år, ble først nevnt i en teori om aktiv aldring (Oerlemans, Bakker og Veenhoven, 2011). Dette er en av de tidligste og viktige gerontologiske teoriene om vellykket aldring. I tråd med en slik holdning viser forskning at jo mer eldre engasjerer seg i ulike aktiviteter, jo mer fornøyde er de. Det å være aktiv som eldre er relatert til livskvalitet fordi det kan regulere humøret og tilfredsstillende ulike personlige behov (*ibid.*).

Mulighetene for meningsfulle aktiviteter er begrenset for sykehjemsbeboere, og de tilbringer mye av tiden sin i passivitet. I tillegg ser personalet dem også som passive mottakere og med begrensede muligheter og engasjement til påvirke hverdagen sin. På denne måten blir muligheten til meningsfulle aktiviteter skadelidende på grunn av personalets holdninger (Mondaca *et al.*, 2018). Å være sykehjemsbeboer har stor innvirkning på de daglige aktivitetene fordi man er avhengig av hjelp til å utføre dem. Når beboerne har problemer med å utføre aktiviteter på egen hånd, blir det derfor viktig med bistand fra de ansatte. Å gjøre noe meningsfylt oppleves som betydningsfylt enten det er individuelle aktiviteter eller å delta i et sosialt fellesskap (Gustavsson, Liedberg og Larsson Ranada, 2015). Aktivitet gjør at man blir sliten på en god måte og dermed sover bedre. Dagen oppleves som mer meningsfylt og det er godt å kunne hvile etterpå.

Meningsfulle aktiviteter er et grunnleggende menneskelig behov som er avgjørende for vår overlevelse, for å utvikle vår kapasitet, tilpasse oss miljøendringer og å trives (Wilcock, 1993). Disse behovene handler bl.a. om å utvikle ferdigheter og å bruke våre personlige evner (Clark, 1997). Dersom vi ikke har meningsfulle aktiviteter å holde på med, kan dette bl.a. føre til kjedsomhet og passivitet. Hva den enkelte velger å bruke tiden på varierer, og det som er viktig for en kan være bortkastet tid for en annen.

Helt fra begynnelsen av 1900-tallet har man visst at mennesker på institusjon var utsatt for helseproblemer eller sykdomsforverring hvis de ikke har anledning til å være aktive (Swane, Amstrup og Blaakilde, 2007, s. 252). De eldres ressurser vil påvirke aktivitetsnivået, og det er derfor viktig å finne et aktivitetsnivå som passer den enkeltes

forutsetninger og ønsker (ibid. s.126-127). Hvis man spør et gammelt menneske om hvordan vedkommende har det, vil dette svært ofte bli besvart med at han sier noe om hvilke aktiviteter han gjør i hverdagen. For mange gamle mennesker er det en tett sammenheng mellom trivsel, velvære og aktivitet (ibid. s.249-250). Sykehjemsbeboere har ikke nødvendigvis vilkår i omgivelsene som fremmer aktivitet og deltakelse, og dette kan føre til det vi kaller aktivitetsdeprivasjon (occupational deprivation). I dette begrepet ligger at hvis man blir hindret i å være aktiv fordi omgivelsene ikke legger til rette for det, gir dette økt risiko for sykdom og dårlig livskvalitet (Whiteford, 2000; Wilcock og Hocking, 2015). Dette ser vi f.eks. når sykehjemmets organisatoriske rammer og rutiner hindrer beboerne i å være aktive. Mennesket er et aktivt vesen og har behov for å *gjøre*, og selv om eldre mennesker har begrenset med ressurser og energi til å være aktive, ønsker de likevel å være aktive på sitt nivå. Det å holde på tidligere interesser også i alderdommen virker å ha størst effekt på helse og livsglede (Briseno, 2011). Fordi det er en sammenheng mellom aktivitet og helse, er det også mulig å fremme helse gjennom aktivitet. I en undersøkelse kom det fram at mennesker på sykehjem heller vil ha aktiviteter der de er aktive selv, framfor å bli underholdt gjennom f.eks. en konsert (Haugland, 2012). Begrepet «occupational justice» innebærer at ethvert menneske har rett til aktivitet og deltakelse på egne premisser og utfra egne behov. Menneskets potensial og behov for å være aktiv, påvirker helse og livskvalitet (Stadnyk, Townsend og Wilcock, 2010).

3.4.2 Fysisk aktivitet

«Mennesket er skapt for fysisk aktivitet» skriver Roald Bahr i innledningen til Aktivitetshåndboken (2008). Det kan forebygge og kurere sykdommer og gir færre sykdomsplager. Sykehjemsbeboere har ofte stor fysisk funksjonssvikt, men det er en rekke fordeler hvis de kan opprettholde funksjonsnivået i størst mulig grad (Bahr *et al.*, 2008). Med fysisk aktivitet mener jeg her all kroppslig aktivitet, og det finnes mengder av forskning som bekrefter viktigheten av dette. Fysisk inaktivitet er utbredt på sykehjem, og er en stor trussel mot helsen. I 2015 kom det en norsk undersøkelse som har sett på fysisk trening på sykehjem for personer med demens. Helseeffektene er spesielt gode for denne gruppen, men alle grupper vil ha stor nytte av slik trening (Telenius, Engedal og Bergland, 2015). Det er også forsket på effekten av fysisk effekt når det gjelder psykiske plager som f.eks. depresjon, og også her viser det seg å være gode muligheter for helsegevinst ved å være fysisk aktiv (Diegelmann *et al.*, 2018). Fysisk aktivitet vil også ha innvirkning på kognitive ferdigheter, og kan særlig ha innvirkning på hukommelsen (Daatland og Solem, 2011, s. 82). I tillegg vil fysisk trening ha effekt på humør og energinivå, og kan påvirke døgnrytmen positivt. Vanligvis skiller det mellom fysisk aktivitet og fysisk trening, men dette er utenfor denne oppgavens målsetting. Generelt kan det sies at fysisk trening er mer intenst, mens fysisk aktivitet er mer preget av aktivitet i hverdagen.

3.4.3 Sosial kontakt

Sosialt fellesskap med andre mennesker er viktig for oss, og vi trenger gode og stabile relasjoner der vi både kan gi og få oppmerksomhet. En slik gjensidighet er viktig for å oppleve at man betyr noe for andre (Barstad, 2014, s. 303). I alderdommen skjer det gjerne tap av kommunikasjonsferdigheter. Ulike faktorer som f.eks. redusert energinivå,

hukommelse, konsentrasjonsevne, hørsel og syn kan påvirke evnen til god kommunikasjon (Heap, 2012, s. 87-97). Likevel er det slik at vi mennesker er sosiale vesener, og vi utvikler oss i et dynamisk samspill med omgivelsene gjennom aktivitet og deltakelse. Et sosialt forhold til andre mennesker er viktig for alle, uavhengig av diagnose og funksjonsnivå. Funksjonsnivået hos sykehjemsbeboere varierer veldig, og både de med og uten demens kan føle seg ensomme (Eriksen *et al.*, 2016).

En av sykehjemsbeboernes utfordringer er nettopp mangel på sosial kontakt. Samhandlingen med personalet er preget av en instrumentell omsorg, og kan resultere i «gjøre for» istedenfor «være med». Dermed skapes det avhengighet og lite muligheter for påvirkning (Walker og Paliadelis, 2016). Personalets atferd og relasjon til beboerne har stor betydning fordi de gjerne er beboernes nærmeste kontakt i det daglige (Socialministeriet 2002, referert i Swane, Amstrup og Blaakilde, 2007, s. 124-125). Dansk forskning viser at selv om sosiale relasjoner i utgangspunktet er viktige, kan det være vanskelig å få til på sykehjem. Beboerne etablerer sjelden nære vennskap med hverandre selv om de setter pris på å ha mennesker rundt seg. Beboerne bor sammen med mennesker de ikke har valgt selv, og de bor relativt tett. I tillegg er det ressurskrevende å inngå nye relasjoner og terskelen for å tolerere hverandre kan være lav (Mortensen 2007, referert i Swane, Amstrup og Blaakilde, 2007, s. 126).

3.4.4 Trivsel

Trivselsbegrepet kan beskrives på flere måter. Å ha det bra sammenlignet med andre, at egen personlighet avgjør om man trives eller om man har evne til å tilpasse seg endrede vilkår (Daatland og Solem, 2011, s. 272-273). Andre beskriver trivsel som den oppfatningen hver enkelt av oss har av forholdet mellom seg selv og omgivelsene. I dette ligger en vurdering av egne behov og forventninger, atferd og personlighet sett opp mot omverdenen med dens muligheter og begrensninger (Swane, Amstrup og Blaakilde, 2007, s. 121). Bergland (2007) har forsket på temaet «trivsel på sykehjem». Hun fant at de som trivdes gjerne hadde endret egen forståelse for hva trivsel innebar, og dermed fikk de også andre forventninger til trivselen. Forventningene samsvarte med det de antok var mulig å få til innen institusjonens rammer. For å lykkes med dette, er det avgjørende at man er innstilt på å trives og gjøre det beste ut av situasjonen. Bergland fant i tillegg to andre holdninger når det gjaldt trivsel. Det ene var en ambivalent holdning til at løsningen ikke var ønsket, men likevel akseptabel. For den siste gruppen betydde det at de var innstilt på ikke å trives og ønsket seg vekk. Beboernes egen innstilling er med andre ord viktig.

4 Metode

Metode kan defineres som «å følge en bestemt vei mot et mål (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 25) I dette kapitlet presenteres metodevalg og forskningsdesign, og det redegjøres for utvalgsstrategi, datainnsamling og analyseprosessen.

4.1 Begrunnelse for metodevalg

Studien har som formål å undersøke sykehjemsbeboeres erfaringer og finne ut om de opplever at de har mulighet til å påvirke sitt eget hverdagsliv. Jeg har valgt å gjennomføre en kvalitativ studie. Kvalitativ metode kan defineres som «forskningsstrategi for beskrivelse, analyse og fortolkning av karaktertrekk og egenskaper eller kvaliteter ved de fenomenene som skal studeres» (Malterud, 2017, s. 30). Metoden ble valgt fordi jeg ønsket å få fram beboernes egne opplevelser, og jeg vurderte en kvalitativ tilnærming som egnet metode på grunn av sin fleksible og utforskende karakter. Kvalitative undersøkelser er også en interaktiv metode, der dialogen og samspillet med deltakerne har stor betydning. Jeg har brukt en induktiv tilnærming (fra empiri til teori), hvilket vil si å trekke slutninger fra det spesielle til det mer generelle (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 47).

4.2 Kvalitative intervjuer

Gjennom kvalitative forskningsintervjuer forsøker man å få kjennskap til betydningen av deltakernes erfaringer og opplevelser, før man går videre og vurderer vitenskapelige forklaringer på dette (Kvale *et al.*, 2009, s. 21). Hensikten med studien er å finne ut om sykehjemsbeboerne opplever at de har mulighet til å påvirke sitt eget hverdagsliv, og om det er spesielle områder der det er viktig å ha slike muligheter. Jeg vurderte at individuelle intervjuer ville være en mer egnet metode for datainnsamling enn gruppeintervjuer. Siden jeg var ute etter personlige opplevelser og erfaring, kunne det være vanskelig for deltakerne å formidle dette når det er flere tilstede (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 146). Gruppedynamikken ville sannsynligvis gjøre at noen snakket mye, mens andre var tause. Å være alene med den som intervjuer, kan føles tryggere og gjør at deltakerne åpner seg mer. I tillegg ville hørselsproblematikk kunne være en kompliserende faktor i gruppeintervjuer.

Det kan være vanskelig å vite hvor strukturert et intervju bør være. Med en åpen tilnærming kan man få mye informasjon som ikke er relevant for studien. Fordelen er at man kan få overraskende informasjon man ikke hadde tenkt på. Det kan være en fordel å starte intervjuet med åpne spørsmål, for deretter å strukturere mer etter hvert for å sikre at man får svar på det man ønsker. På denne måten får man fram de temaene som engasjerer deltakeren mest. (Ingebretsen og Solem, 2002, s. 26). Er intervjueren for opptatt av strukturen i intervjuet, kan dette gjøre kontakten med deltakeren dårligere. I et intervju er det viktig å unngå abstrakte spørsmål og spørsmål med ja/nei-svar. Det er også viktig å unngå ladede spørsmål som er preget av min forforståelse. Jeg valgte å bruke semistrukturerte intervjuer. Dette er en intervjuform hvor man utarbeider en overordnet guide med temaer, men hvor man ikke bruker en konkret ordlyd eller en

spesiell rekkefølge (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 148). På denne måten får intervjuet mer preg av en vanlig samtale. Kunnskap om hvordan sykehjemsbeboerne opplever sin situasjon, kan gi oss mulighet til kvalitetsforbedring.

4.3 Min forforståelse

Forforståelse er den forståelsen vi tar med oss inn i en forskningsprosess, og som vil påvirke prosessen hele veien. Ofte er det sånn at denne forforståelsen er årsaken til at man ønsker å finne ut mer, men den kan også være et hinder for å være objektiv (Malterud, 2017, s. 44). Det er dermed et poeng å ha et bevisst forhold til egen forforståelse.

Min erfaring er at sykehjemsbeboere har lett for å tilpasse seg sykehjemmets rutiner, og jeg tenker at sykehjemmene iblant kan ha behov for «krevende» beboere slik at de blir tvunget til å sette spørsmålsteget ved måten ting løses på. Det kan virke som beboerne raskt blir preget av institusjonaliseringseffekten og i liten grad forventer påvirkningsmuligheter. Beboerne gir uttrykk for at de stort sett trives, men at enkelte ting også kunne vært bedre. Dermed er det grunn til å spørre om sykehjemmet løser oppgavene sine på en tilfredsstillende måte og om andre forhold kan ha innvirkning.

4.4 Rekruttering og utvalg

Ved valg av informanter forsøker man hovedsakelig å finne personer man antar vil kunne gi god informasjon om temaet. Dette kalles et strategisk utvalg (Tjora, 2017, s. 130). I den strategiske utvelgelsen av deltakere vurderte jeg at det var mest hensiktsmessig å finne den typiske sykehjemsbeboer (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 119). Jeg satte opp inklusjons- og eksklusjonskriterier, men selve utvelgelsen ble overlatt til det aktuelle sykehjemmet. Jeg ønsket å ha en kartlegging av kognitive ferdigheter i forkant av intervjuet, og resultatet av testen (MMSE-NR3, vedlegg 7) ville være avgjørende for videre deltakelse. I den kognitive testen jeg benyttet, er grensen for kognitiv svikt satt til 24/30 poeng (Strobel og Engedal, 2018). Jeg valgte å sette en cut-off, altså en grense for deltakelse, på 20/30 poeng. Det vil si at beboere med score på 20 eller mer, var aktuelle for intervju. Dette innebærer at deltakerne kunne ha en kognitiv svikt, men likevel kunne svare adekvat. Tanken er å skape overføringsverdi til beboere med en større kognitiv svikt. MMSE-NR3 er ikke nødvendigvis et godt mål på kognitiv funksjonsevne fordi den sier mest om hva de ikke kan – ikke så mye om hva de kan. I dette ligger at man vet lite om hvordan deltakerne klarer seg i hverdagen. Jeg har likevel valgt denne testen som et kriterium fordi den er standardisert, lite ressurskrevende og kjent for terapeutene som skulle gjøre testingen.

For å utelukke deltakere som ikke bør delta, er samtykkekompetanse et krav. Vurdering av slik kompetanse gjøres av lege og dokumenteres i dokumentasjonssystemet. Samtykkekompetansen kan endres avhengig av situasjonen hvis f.eks. deltakeren står i et avhengighetsforhold til den andre i en sak. Siden jeg ikke skulle ha kontakt med deltakerne videre og de dermed ikke hadde et avhengighetsforhold til meg, anså jeg det som sannsynlig at samtykkekompetansen ikke var endret i sammenheng med studien (NSD, 2018). I tillegg ville de definerte eksklusjonskriteriene eliminere dem som av andre grunner var uegnet.

Jeg ønsket deltakere som hadde lyst til å snakke med meg. Siden jeg ikke skulle ha kontakt med beboerne videre, hadde de ikke et avhengighetsforhold til meg. Dette gjorde at de sannsynligvis deltok fordi de hadde lyst, ikke fordi de følte seg forpliktet til å si ja. Ergoterapeuten på de aktuelle sykehjemmene fungerte som bindeledd mellom deltakerne og meg før intervjuet. Til ergoterapeuten formidlet jeg et ønske om informasjonssterke deltakere, det vil si beboere som ikke var redde for å si sin mening, men dette var ikke et krav.

Et godt hverdagsliv er viktig for alle mennesker, uavhengig av diagnose, funksjonsnivå og livssituasjon. Jeg har derfor valgt ikke å skille mellom ulike grupper av beboere. Jeg har kalt de jeg intervjuet for deltakere framfor informanter. Dette er for å få fram samspillet mellom oss i intervjusituasjonen (Kvale *et al.*, 2009, s. 200).

For å rekruttere egnede deltakere, brukte jeg følgende inklusjon- og eksklusjonskriterier:

Inklusjonskriterier

- MMSE-NR3 score på minst 20/30
- Samtykkekompetanse.
- Bodd minst tre måneder på det aktuelle sykehjemmet slik at de kjenner institusjonen. De kan gjerne ha bodd på andre sykehjem tidligere.
- Interesse for å delta i forskningsprosjektet.

Eksklusjonskriterier

- Dårlige norsk-kunnskaper
- Afasi
- Store rusproblemer
- Tung medisiner
- Store psykiske utfordringer som f.eks. depresjon
- Store kommunikasjonsproblemer, f.eks. døvhet
- Andre forhold man tenker kan ha stor negativ påvirkning på intervjusituasjonen

4.5 Rekrutteringsprosessen

Studien er forankret hos Sykehjemsetaten sentralt, hos Senter for fagutvikling og forskning i Oslo kommune og på det enkelte sykehjem.

Studien ble gjennomført på fem sykehjem som var interessert i å delta. Jeg tok skriftlig kontakt med institusjonssjefen på sykehjemmene (vedlegg 4) og fikk godkjennelse til å gjennomføre intervjuer. Deretter fikk jeg hjelp av ergoterapeuten på det enkelte sykehjem til å finne aktuelle kandidater, gjøre en kognitiv kartlegging av disse, sørge for samtykke samt bistå praktisk med informasjon til deltakerne, personalet og eventuelt pårørende (vedlegg 5). Jeg valgte ikke å be om samtykke fra pårørende, men oppfordret ergoterapeutene til å informere pårørende hvis det var naturlig. Jeg hadde god kontakt med ergoterapeutene gjennom hele prosessen, men det var utfordrende å få tilbakemelding fra en del institusjonssjefer. Utvalget besto til slutt av seks kvinner og fire menn, alle med plass på somatisk avdeling. Deltakerne i undersøkelsen har vært i alderen 74-98 år. MMSE-NR-scoren har ligget på 20-28 av 30 mulige poeng. Deltakernes

fysiske funksjonsnivå kan påvirke deres mulighet til aktivitet og selvstendighet, og dermed kunne ha betydning for undersøkelsen. I mitt utvalg hadde alle deltakerne redusert gangfunksjon og var avhengig av rullestol eller rullator for å være mobile. Tre av rullestolbrukerne hadde i tillegg elektrisk rullestol, slik at de hadde mulighet til å være mobile over lengre avstander. Kun en av deltakerne var stort sett selvstendig i stell, seks hadde middels stort behov for hjelp, mens tre hadde store hjelpebehov.

4.6 Antall intervjuer og varighet

Det kan være vanskelig å vite på forhånd hvor stort utvalg man bør ha i en kvalitativt studie, og det er vel så viktig å få deltakere som gir relevant informasjon, som å ha riktig antall deltakere (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 114). Jeg har gjennomført 10 intervjuer. Det er vanskelig å si om utvalget burde vært større, men jeg opplevde at de to siste intervjuene frambrakte lite ny informasjon. Om dette skyldtes at størrelsen på utvalget var riktig, eller om det hadde med deltakernes personlighet eller informasjonsstyrke å gjøre, er usikkert. Jeg valgte å prioritere dybdeintervju med 10 beboere framfor kortere intervjuer med flere deltakere. Denne prioriteringen vurderte jeg som gunstig for å få mest mulig informasjon om temaet.

4.7 Datainnsamling

Som nevnt har jeg foretatt semistrukturerte intervjuer med 10 deltakere på somatiske langtidsavdelinger på fem sykehjem i Oslo. Denne fleksible intervjuformen med åpne spørsmål gjør det mulig å få gode og utfyllende beskrivelser. Med en slik intervjuform kan man også repetere spørsmål, utdype spørsmål som er uklare og få nærmere presisering på svar (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 148). Det var et poeng at intervjusituasjonen skulle være en hyggelig opplevelse for deltakeren, og jeg anså derfor en semistrukturert samtale som velegnet. Som i andre samtaler, vil forskeren og deltakeren påvirke hverandre i en intervjusituasjon. I intervjuer vil det også være en ubalanse mellom de to, fordi forskeren er den som styrer samtalen (Kvale *et al.*, 2009, s. 93). Det er dermed viktig å være åpen og lydhør i samtalen, og legge egne oppfatninger til side.

Jeg gjorde to pilotintervjuer på egen arbeidsplass i forkant. Disse ble tatt opp med diktafon, men ikke transkribert, og er heller ikke en del av studien. Pilotintervjuene gjorde at jeg fikk vurdert størrelsen på intervjuguiden og spørsmålene i temaene. I tillegg til lydopptaket vurderte jeg å ta notater under intervjuet. Jeg oppdaget imidlertid raskt at dette ga dårligere kontakt med deltakeren, og valgte derfor å fokusere på å skape en god samtale. Jeg satte imidlertid av tid rett i etterkant av intervjuene til å notere umiddelbare tanker, inntrykk og refleksjoner.

Det er forskjell på å intervju kjente og ukjente deltakere. I pilotintervjuene kjente jeg deltakerne, og samtalen bar i stor grad preg av det. Som uerfaren forsker i kontakt med fremmede deltakere, fulgte jeg intervjuguiden relativt systematisk da jeg startet med intervjuer. Etter hvert som jeg ble mer komfortabel med å gjennomføre intervjuer, ble det lettere å frigjøre seg fra intervjuguiden, sette søkelys på noen temaer og bruke mer åpne spørsmål. Underveis i intervjuet stilte jeg oppfølgingsspørsmål, slik at jeg fikk svar

på det jeg ønsket. Selv om jeg hadde konkrete spørsmål fra intervjuguiden i bakhodet, opplevde jeg at jeg med denne framgangsmåte fikk mer relevant informasjon.

Av respekt for beboerne er det viktig å gi dem mulighet til å snakke fritt om hverdagen sin og de erfaringene de gjør seg (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 145). En strukturert intervjuguide kan oppleves som meningsløst i den forstand at man ikke får fram sine synspunkter (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 263). Spørsmålene stemmer ikke med deres virkelighet, og resultatet er at de opplever undersøkelsen som irrelevant. Generelt kan det være nyttig for deltakerne å sette ord på tanker og opplevelser, og deltakerne kan føle de har utbytte av intervjuet (Ingebretsen og Solem, 2002, s. 25). Temaene jeg har diskutert med deltakerne er til dels kompliserte og krever refleksjon. En svakhet ved denne måten å samle inn data på, er at svarene antakelig blir mindre gjennomtenkte, nettopp fordi man ikke har hatt anledning til å reflektere over dem.

4.8 Intervjuguide

Intervjuguiden (vedlegg 8) ble utarbeidet med bakgrunn i prinsippene for strukturert intervjuguide, med innledningsfase, åpningsfase, introduksjonsfase, overgangsfase, hovedfase og avrundingsfase. Hensikten med å bruke en slik oppbygging, er at deltakeren blir kjent med og får tillit til den som intervjuer. Ved å starte med enkle spørsmål, bygger man tillit slik at det etter hvert er naturlig å fokusere på vanskeligere temaer (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 149-154).

4.9 Gjennomføring av intervjuene

Alle deltakerne hadde fått utlevert et informasjonsskriv på forhånd (vedlegg 6), og hadde skrevet under på samtykke. I starten av intervjuet ble de informert om at de selv valgte hva de ville fortelle, og at det var greit dersom det var noe de ikke ønsket å snakke om.

Jeg gjorde fortløpende avtaler om intervjuer, men var opptatt av at tidspunktet skulle være mest mulig etter deltakerens ønske. Det ble også lagt til rette for at intervjuet skulle gjøres på et tidspunkt der deltakerne var opplagte. De fleste intervjuene ble gjennomført på deltakerens rom, men jeg lot i stor grad deltakerne styre intervjusituasjonen. Dette resulterte i at et intervju foregikk utendørs, et intervju foregikk mens deltakeren spiste lunsj på rommet, og et intervju foregikk med en besøkende tilstede. Det kan diskuteres hvorvidt dette var gode løsninger, men jeg vurderte at så lenge det var deltakeren selv som tok initiativet, så var dette beste løsningen. Det var ikke frafall av deltakere underveis. Alle intervjuene ble avsluttet med spørsmål om det var noe annet de hadde lyst til å fortelle, og her kom det i flere tilfeller fram mer materiale.

4.10 Transkribering

Alle intervjuene ble tatt opp med diktafon og transkribert. Alle former for datainnsamling har svakheter, og for lydopptak gjelder at man hører selve samtalen og tilliggende faktorer som avbrytelser, pauser og latter. All annen nonverbal kommunikasjon

forsvinner med slik form for datainnsamling (Malterud, 2017, s. 73). I dette tilfellet anså jeg likevel lydopptak som et riktig valg, da jeg vurderte selve samtalen som det essensielle. Transkriberingen ble gjort raskt etter intervjuet, slik at jeg husket omstendigheter som ikke kom fram i opptaket, men var viktig å få med. Nærspåklige faktorer som pauser og latter er markert i transkriberingen, og mine umiddelbare tanker og reaksjoner ble notert i etterkant av intervjuet. Datamaterialet utgjorde til sammen 153 sider med transkriberte intervjuer.

4.11 Risikomomenter og mulige feilkilder

Alle metoder har sine utfordringer. Når det gjelder kvalitativ tilnærming og semistrukturerte intervjuer, kan det være vanskelig å systematisere og sammenfatte informasjonen i etterkant og å tolke resultatene. Metoden er tidkrevende fordi alle intervjuene skal transkriberes (Johannessen, Christoffersen og Tuft, 2016, s. 161).

Det er normalt å få en større nærhet til noen av deltakerne, men dette er en mulig feilkilde uavhengig av intervjumetode. Mennesker er forskjellige og noen er mer åpne enn andre. Intervjuet etterspør ikke opplysninger som kan oppfattes som grenseoverskridende, men det er en sårbar gruppe som intervjues. Beboere kan si ja til intervju selv om de egentlig ikke vil, og det er alltid en fare for å skape emosjonelle følelser ved f.eks. å rippe opp i tidligere opplevelser. Det er også en fare for at intervjuet kan skape forventninger hos beboerne, og føre til misnøye med dagens situasjon.

Jeg er avhengig av samarbeid med de respektive institusjonssjefene, ergoterapeutene og andre ansatte, og gjennomføringen kan kompliseres dersom oppfølgingen fra mine samarbeidspartnere er dårlig. Dette er et stort og tidkrevende prosjekt hvor det kan være vanskelig å holde oversikten, og fordi prosjektet er mitt, har jeg et stort ansvar. Selv om jeg bruker deltakere med samtykkekompetanse, kan pårørende være uenige i deltakelse. Min kontaktinformasjon ble oppgitt i informasjonsskrivet til deltakerne slik at det var mulig for pårørende å ta kontakt.

Andre faktorer som kan påvirke resultatet, er bl.a. at denne aldersgruppen er oppdratt til ikke å klage, har stor respekt for autoriteter i helsevesenet, ikke snakker om psykisk helse, eller ikke er vant til å sette ord på sine ønsker og behov. Intervjuet kan imidlertid også bli en kanal for frustrasjon og misnøye, slik at innholdet ikke er balansert. Min erfaring fra lignende intervjusituasjoner, er at beboerne kan være redde for å svare «feil». Det har derfor vært viktig for meg å presisere at jeg gjerne vil høre deres mening. Mitt krav til kognitiv funksjon kan være en risiko fordi kriteriene gjorde at det var få aktuelle deltakere på det enkelte sykehjem (Malterud, 2017, s. 68).

4.12 Analyseprosessen

Kvalitativ innholdsanalyse som jeg har valgt å bruke, kan foregå på flere måter og begrepsbruken i analysen varierer avhengig av framgangsmåten. Jeg har tatt utgangspunkt i artikkelen «*Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness*» (Graneheim og Lundman, 2004) i min analyse. Artikkelen tar bl.a. for seg intervju som metode, og kan således være et godt utgangspunkt for min analyse. Dersom ikke annet er nevnt, er Graneheim og Lundman (2004) referansekilde i hele avsnittet om dataanalyse. Artikkelen beskriver

analyse av det konkrete (manifeste) og det latente innholdet i deltakernes utsagn. Manifest innhold er en ordrett gjengivelse av utsagn, mens latent innhold innebærer en tolkning av den underliggende meningen. Det manifeste innholdet vil til en viss grad også være gjenstand for tolkning fordi den tidvis kan forstås på flere måter. I intervjusituasjonen og den første delen av analysen må forskeren f.eks. vurdere om deltakeren snakker bokstavelig eller er ironisk. En annen mulighet er at deltakeren kvier seg for å være ærlig, og det kan iblant være vanskelig å vite om man gjør en korrekt tolkning. En tekst kan derfor alltid leses på flere måter og dette er det viktig å ta hensyn til for å sikre troverdigheten i forskningen.

For å ha oversikt over sammenhengen mellom de meningsbærende enhetene, er det viktig å definere en analyseenhet av egnet størrelse. Graneheim og Lundman (2004) mener et intervju er en passe stor analyseenhet, og dette har jeg valgt å følge.

Første skritt i selve analyseprosessen er å identifisere meningsbærende enheter i det transkriberte intervjuet (råmaterialet) som samsvarer med studiens hensikt. Det brukes direkte sitat i denne fasen. Her leste jeg gjennom intervjuene flere ganger, og identifiserte utsagn (meningsbærende enheter) som hadde sammenheng med problemstillingen min. For å strukturere arbeidet, ble alle de meningsbærende elementene satt inn i en tabell. Deretter kondenseres (fortettes) de meningsbærende enhetene. Ordlyden er fremdeles deltakerens egen, men utsagnene er komprimert ved å fjerne unødvendige småord. Intervjuene ble analysert hver for seg i denne fasen. Neste trinn er å kondensere de meningsbærende enhetene ytterligere. Her slås intervjuene sammen. Jeg fant ut at de meningsbærende enhetene kunne sorteres i fire grupper utfra innholdet, kalt innholdsområder. I disse innholdsområdene identifiserte jeg så en rekke undergrupper, kalt koder. Et kodeord kan ses som en «overskrift» på hvilken type meningsbærende enheter som befinner seg der. Kodeordet beskriver altså innholdet i undergruppen og må ses i den aktuelle konteksten. Etter hvert endte jeg opp med 18 ulike koder der de meningsbærende enhetene kunne sorteres etter et felles innhold. Noen meningsbærende elementer var vanskelig å plassere i koder. Ved ny gjennomlesing viste det seg at en del av elementene egentlig besto av flere utsagn med forskjellig innhold. Disse ble da delt opp og plassert under hver sin kode. Det finnes imidlertid også meningsbærende elementer som har vært vanskelig å plassere.

Innholdsområde 1 Trygghet	Innholdsområde 2 Verdighet / respekt	Innholdsområde 3 Autonomi	Innholdsområde 4 Trivsel
Fortvilelse Oppmerksomhet / ivaretagelse	Engasjement / stolthet Personalets væremåte Mestringsstrategi Holdninger	Selvbestemmelse Få tillit Omsorg for andre Greit ikke å bestemme selv	Savn Har det bra, men.. Meningsfulle aktiviteter Lite givende aktiviteter Lange dager Trivsel Aksept Sosialt

Tab. 1: Oversikt over innholdsområder og koder

Kodene ble sammenlignet basert på forskjeller og likheter, og deretter sortert i 7 subkategorier. Her har det vært viktig å være tro mot deltakernes utsagn selv om det er brukt andre begreper og ord. Jeg gikk i mange tilfeller tilbake til intervjuene for å forsikre meg om at de meningsbærende enhetene var plassert i riktig subkategori. I denne prosessen ble noen av utsagnene flyttet til andre koder og dermed andre subkategorier.

Koder	Subkategori
Meningsfulle aktiviteter Lite givende aktiviteter Lange dager Savn av aktiviteter	Aktivitet
Sosialt	Sosialt
Trivsel	Trivsel
Engasjement / stolthet Omsorg for andre	Engasjement
Mestringsstrategi Har det bra, men... Aksept Fortvilelse	Mestring
Selvbestemmelse Greit å ikke bestemme selv	Selvbestemmelse
Personalets væremåte Oppmerksomhet / ivaretagelse Få tillit Holdninger	Kultur ¹ og ressurser

Tab 2: Oversikt over kodene i hver subkategori.

Subkategoriene ble så slått sammen til tre kategorier, og dannet til slutt et felles tema for hele oppgaven. Slike kategorier kjennetegnes av utsagn som har noe til felles. Ifølge Graneheim og Lundman (2004) er målet at ingen data skal falle mellom to kategorier eller passe inn i mer enn en kategori. De innser likevel at dette ikke er så lett når det gjelder menneskelige opplevelser. Temaet man ender opp med, kan ses som et uttrykk for det latente innholdet i teksten.

¹ Dvs. den kulturen som kjennetegner sykehjemmet

Subkategorier	Kategorier	Tema
Engasjement	Å beherske hverdagen på sykehjem	Påvirkningsmuligheter
Mestring		
Selvbestemmelse		
Kultur og ressurser	Å leve på sykehjem	
Aktivitet	Å bruke tiden på sykehjem	
Sosialt		
Trivsel		

Tab. 3: subkategorier, kategorier og tema

Gjennom hele prosessen beholdt jeg en individuell kode på hver deltaker slik at jeg hadde mulighet til å gå tilbake og sjekke utsagn. Det manifeste innholdet ble bevart helt til de tre kategoriene var opprettet.

Kategorien «Å beherske hverdagen på sykehjem» er momentene som svarer på min problemstilling - hvordan beboere på sykehjem opplever at de har påvirkningsmuligheter på sitt hverdagsliv. Den andre kategorien «Å leve på sykehjem» handler om hva som begrenser påvirkningsmulighetene. Den tredje kategorien «Å bruke tiden på sykehjem» beskriver hvordan påvirkningsmulighetene setter sitt preg på aktivitetsnivået.

4.13 Studiens styrker og svakheter

Min forforståelse i denne studien kan være både en styrke og en svakhet. Jeg kan være forutinntatt når det gjelder hva resultatene vil vise, men erfaringen min gjør også at jeg kjenner utfordringene og kan bruke dette som utgangspunkt for problemstillingen. Som masterstudent har jeg lite erfaring med intervju situasjoner, og dette kan være en svakhet. Jeg har imidlertid mye erfaring når det gjelder samtaler med eldre generelt, og dette vil antakelig være en styrke.

Graneheim og Lundman (2004) anbefaler å bruke begrepene credibility, dependability og transferability for å vurdere styrker og svakheter ved studien. Jeg har likevel valgt å bruke validitets- og reliabilitetsbegrepet da jeg oppfatter disse som mer konkrete og hensiktsmessige.

4.14 Validitet

Validitet handler om gyldighet, altså hvor godt de innsamlede dataene representerer det jeg ønsker å undersøke (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 66). Kvalitative data vil ha usikkerhetsmomenter fordi de kan tolkes på flere måter. Dataene kan være tvetydige, selvmotsigende eller gå over i hverandre (Malterud, 2017, s. 206).

Validitet kan deles inn i intern og ekstern validitet. Den interne validiteten – troverdigheten – sier noe om metoden undersøker det den er ment å undersøke. Er det sammenheng mellom det vi sier vi vil undersøke og de innsamlede dataene? Når det gjelder framgangsmåte, vurderte jeg skriftlige spørreskjemaer som uaktuelt med tanke på deltakergruppen. Et skriftlig skjema ville ikke gir rom for fortellingene (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 263), og beboernes alder tilsier begrensninger når det gjelder lese- og skriveferdigheter. Det sosiale aspektet i intervjusituasjonen er ikke er i fokus, men antakelig ville deltakerne sette pris på samtalen og oppmerksomheten.

Den eksterne validiteten – overførbarheten – sier noe om overføringsverdien til lignende sammenhenger (Malterud, 2017, s. 23). En analyse innebærer å ta opplysninger ut av sin kontekst, kode dem, for så å bygge opp ny kunnskap om et fenomen. Man forsøker å lage et forenklet, men typisk bilde av virkeligheten. Et slikt typisk bilde vil kunne overføres til andre sammenhenger (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 233). Overføringsverdien kan stige som følge av at jeg har benyttet direkte sitater enkelte steder i teksten. På denne måten kan man få en forståelse for deltakernes utsagn (Graneheim og Lundman, 2004). Studien er gjort på sykehjem i Oslo kommune, og forhold som organisering, bemanning, økonomi og fagkompetanse kan variere. Det er likevel grunn til å tro at resultatene kan ha overføringsverdi til sykehjem andre steder.

4.15 Reliabilitet

Reliabilitet handler om pålitelighet. Hvordan datainnsamlingen har foregått, hvilke data jeg velger ut under analysen, og hvordan dataene er bearbeidet er blant faktorer som kan påvirke reliabiliteten (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 36). Høy reliabilitet tilsier at andre forskere kan gjennomføre tilsvarende undersøkelser og få de samme svarene. I kvalitativ forskning kan reliabilitetskravet være vanskelig fordi det er dialogen mellom forskeren og deltakeren som skaper datainnsamlingen. Siden forskeren, som alle andre, har sin egen personlighet, vil denne kommunikasjon aldri kunne gjentas av andre på akkurat samme vis. Forskeren vil også gjøre observasjoner og vurderinger underveis som vil påvirke datainnsamlingen, og med forskerens erfaring som utgangspunkt vil en tolkning alltid være individuell. Reliabiliteten kan likevel økes ved at forskeren er tydelig på å beskrive sammenhenger og framgangsmåte (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 231-232).

4.15.1 Bekreftbarhet

Bekreftbarhet sier noe om at funnene er et resultat av forskningen og ikke forskerens egne synspunkter (Johannessen, Christoffersen og Tufte, 2016, s. 234). Det innebærer at forskerens konklusjoner til en viss grad kan bekreftes av andre forskere hvis de gjør tilsvarende undersøkelser. Samtidig vil forskning som ikke kan bekreftes, kunne være begynnelsen på ny kunnskap. Tilsvarende forskning må derfor ses utfra de samme forutsetningene som lå til grunn for den aktuelle studien. Forskerens bakgrunn og erfaring vil alltid kunne virke inn på forskningsprosessen og resultatet. Det er derfor viktig å gjøre rede for de forutsetningene som ligger til grunn og de beslutninger som er tatt under forskningsprosessen.

4.16 Etikk og personvern

4.16.1 Godkjenning

Det ble brukt diktafon under intervjuet, og studien inneholder personopplysninger som kan spores tilbake til person. Studien er derfor søkt og godkjent av Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS (vedlegg 2 og 3). Den er også meldt til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK) som en framleggingsvurdering (vedlegg 1), og vurdert som ikke søknadspliktig.

4.16.2 Informert samtykke

Som tidligere nevnt, fikk de aktuelle deltakerne utdelt et informasjonsskriv noen uker i forkant av intervjuet. I skrivet ble de informert om studiens tema og formål, at det var frivillig å delta, at det ville bli brukt diktafon og at de kunne trekke seg når som helst. På grunn av deltakernes funksjonsnivå åpnet jeg for at samtykket kunne gis muntlig i påhør av ansatte, men alle deltakerne brukte skriftlig samtykke. Ingen av deltakerne trakk seg underveis.

4.16.3 Konfidensialitet

Alt sensitivt materiale vil bli slettet / makulert når masteroppgaven er godkjent, senest 31.12.19. Underveis i studien er de transkriberte intervjuene lagret på PC med passordbeskyttelse, og papirnotater er oppbevart innlåst.

4.16.4 Forskningsetikk

Forskning er viktig for å utvikle ny kunnskap, men er også et område med mange utfordringer. Hensynet til informantene skal alltid veie tyngre enn den forskningsmessige gevinsten. Forskning reguleres derfor av lovverket (*Helsinkideklarasjonen*, 2014).

5 Resultater

I dette kapitlet presenteres resultatene fra studien. Målet har vært å identifisere hvilke muligheter sykehjemsbeboere har for å påvirke eget hverdagsliv. Jeg endte opp med syv subkategorier, fordelt på tre kategorier – som samlet dannet et tema. Resultatene i studien presenteres ved bruk av subkategoriene. Under hver subkategori har jeg med sitater fra intervjuene som illustrerer subkategorien.

5.1 Å beherske hverdagen på sykehjem

Denne kategorien består av subkategoriene engasjement, mestring og selvbestemmelse, og sier noe om hvilke muligheter deltakerne opplever at de har til å påvirke.

5.1.1 Engasjement

Denne subkategorien omhandler måter å engasjere seg på, og om ting som gjør dagene spesielt meningsfulle. Jeg har valgt å skille mellom engasjement og aktiviteter, fordi jeg opplever at enkelte ting engasjerte spesielt mye. Det var en lidenskap for disse gjøremålene som jeg ikke fant i andre, mer vanlige aktiviteter. Noen fortalte om spesielle opplevelser som f.eks. en operaforestilling eller en 75-årsdag som hadde betydd mye. Nesten samtlige fortalte om prosjekter de hadde gående eller planer om slike prosjekter. Mange var opptatt av å bidra med noe – gi noe tilbake til sykehjemmet. Dette gjorde seg gjeldende på mange måter. En engasjerte seg i sykehjemmets basar og bidro med gevinster. En brettet kluter, og en arrangerte lutefiskmiddag i samarbeid med kjøkkenet. Flere var opptatt av å skape bedre samhandling med ansatte med fremmedkulturell bakgrunn, både når det gjaldt språkopplæring og kulturutveksling, og noen var opptatt av å gi omsorg og oppmerksomhet både til medbeboere og ansatte.

«Noe annet jeg driver med ... jeg har litt norsk for våre nye landsmenn.»

Mann (74)

«... jeg har tenkt... Det neste prosjektet er å få tak i... litteratur ... Deichman² har ikke skikkelig utvalg. Men jeg skal få tak i... noe litteratur... norsk litteratur om landene de kommer fra... og så kan de fortelle litt fra hjemlandet sitt ... de jeg har snakket med har i grunnen sagt ja til å være med altså.» Mann (85)

«... du, det er så lite som skal til. Jeg kjøper noen ...urtedrops, som er helt fantastiske. Disse deler jeg ut. Det lille der gjør at dem blir så glad.» Dame (98)

«Det ligger et ekstra ansvar for å si fra på vi som er oppegående» Dame (81)

Det var også mange som var samfunnsengasjerte og hadde meninger om alt fra sosialstønader til amerikansk politikk. Det kan diskuteres om dette henger sammen med

² Folkebiblioteket i Oslo

mitt tema om påvirkningsmuligheter, men det kan f.eks. handle om frustrasjon over at man ikke har påvirkningsmulighet eller at svært få tar seg tid til å lytte til deres meninger og engasjement.

*«... det var jo ikke sånn som det er i dag med sosialgreier ... og enda så klager folk! Da blir jeg ergerlig. Da dem kan sitte på fjernsynet og si «vi har ikke råd til fredagspils en gang». Har du hørt på maken? Det er jo ikke det den skal være til!»
Dame (98)*

En beboer hadde også fått oppdrag av personalet om å få beboerne til å være mer sosiale ved matbordet. Dette var et oppdrag han satte pris på og som han engasjerte seg i.

5.1.2 Mestring

Mestringsbegrepet sier noe om hvordan deltakerne takler utfordrende situasjoner, og vil også være knyttet til deres tilpasningsevne. Selv om begrepet i utgangspunktet er positivt ladet, sier det ingenting om mestringen er god eller dårlig. Deltakerne brukte ulike metoder for å mestre sykehjemslivet, men signaliserte mye fortvilelse over det som ikke fungerte lenger og hvor de manglet påvirkningsmulighet. En del var opptatt av at også personalet hadde behov for oppmerksomhet, og at det var viktig å vise takknemlighet overfor dem. Flere av deltakerne valgte å ha en positiv innstilling til egen situasjon til tross for at det var mye som fungerte dårlig.

*«Sier til meg selv at jeg har vært heldig som har kommet hit ... her behøver jeg ikke tenke på hverken husleie eller strøm eller noenting. Det er deilig det og.»
Dame (98)*

«... de som hjelper oss, da. De er enestående.» Dame (79)

For enkelte var det viktig å gjøre mest mulig selv for å spare pleierne.

«... jeg prøver selv og ta litt håndvask³ borti vasken min og sånn. Men jeg gjør ingenting uten at jeg spør.» Dame (98)

Det var også en gruppe utsagn som kan samles under overskriften «Jeg har det bra, men...». De signaliserer at de er fornøyd, men det er forhold som gjør at det kunne vært

³ Dvs. klesvask

bedre. Hos noen var det en utrygghet ved å kreve for mye eller klage av redsel for at det skulle slå tilbake på dem.

«Har prøvd å si fra ... Gir opp litt, det er greiere enn å krangle.» Dame (76)

«Jeg er så veldig redd for at jeg skal bli oppfattet som vanskelig og at du klager og sånn. Det vil jeg ikke, for jeg er takknemlig jeg.» Dame (98)

«...noen ganger kan jeg føle at jeg blir oversett. Men det er fordi at dem ... ja ... så jeg har alltid døra litt oppe. Fordi at det da blir jeg i allefall sett. Ja. Neida, jeg vil ikke klage, jeg har det bra her. Jeg får mat og drikke, og er jeg sliten så kan jeg ringe og si «nå har jeg lyst til å legge meg litt» og da hjelper de meg med det. Og da kan jeg ikke mere forlange, da.» Dame (98)

«...problematisk å være ressurssterk. Må bare holde kjeft.» Dame (76)

De fortalte også om utfordringene som oppstår når kroppen ikke fungerer som før.

«Jeg skulle gjerne reist meg og tatt farvel, men det kan jeg ikke. Jeg klarer ikke reise meg ...men det hadde vært fint om jeg kunne gjort det.» Mann (85)

«da står jeg opp og blar gjennom den (Aftenposten). Men jeg har begynt å se så dårlig. At ... de skrifttypene er for små for meg, så jeg får bare scannet headliner og overskrifter, men jeg må ha med meg.. jeg må ha bladd igjennom Aftenposten.» Mann (85)

«...vanskelig å ikke være den sterke lenger ...jeg blir så skuffet over meg selv.» Dame (81)

«jeg leser avisene ... jeg forstår ikke mye av det for det er så masse nye ord som jeg er for gammel til å skjønne.» Dame (98)

«det er ingen som trenger meg lenger» Dame (79)

5.1.3 Selvbestemmelse

Selvbestemmelse kan beskrives som mulighet til å ta beslutninger uten påvirkning fra andre, men det betyr ikke nødvendigvis å bestemme alt og alltid. Selvbestemmelse kan også innebære et valg om ikke å bestemme selv. Det kan være krevende for sykehjemsbeboere å ta stilling til ting, og det er kanskje heller ikke alltid behov for det. Selvbestemmelse kan altså like gjerne være å bestemme seg for ikke å bestemme. Selvbestemmelse beskytter identitetsfølelsen fordi man har «styringsrett» over eget liv.

«Så fikk jeg en voldsom overhaling for at jeg gir meg ut på sånne enevandringer. Men så sier jeg – det har jo gått bra det her. «ja, men det er ikke din skyld ... det er bare en tilfeldighet at dette har gått bra.» Mann (91)

«...noe herk å legge seg kl. syv. Jeg er blitt vant til det, men er ikke begeistret. Har prøvd å be om å være lenger oppe, men det blir bare krangling av det.»
Mann (94)

«... skulle se at jeg kjørte riktig⁴. De ansatte var redd for at jeg skulle kjøre galt, sånn at de måtte ut og hjelpe meg. ... har aldri hatt noe slags uhell, ikke i det hele tatt. Så da ble jeg litt sånn ... det likte jeg ikke, liksom ... Dame (82)

«...trodde kanskje at jeg ikke kunne klare det⁵ – det er ikke så veldig vanskelig altså.» Mann (85)

Selvbestemmelse kan være utfordrende. De er sykehjemsbeboere fordi de trenger mye hjelp, og det innebærer at det er mye de ikke rår over. De er i stor grad prisgitt sykehjemmets rutiner og kultur. Likevel har de behov for en viss grad av selvbestemmelse for å bevare sin personlighet og integritet. Noen av deltakerne signaliserer at selvbestemmelse kan være vanskelig å få til, mens andre opplever at de blir hørt.

«Neei, jeg synes i grunnen jeg har den muligheten jeg trenger til å påvirke, jeg.»
Mann (85)

« ...to stykker som prata om hvem som skulle være hos meg, skjønte jeg. Nei, sier jeg, nå skal jeg ha det sånn som jeg vil, for jeg vil bestemme litt selv jeg nå, sa jeg. For jeg ville ha den ene, ikke den andre. Så jeg fikk det sånn som jeg ville.» Dame (98)

«... det er sånne aktivtører her sånn som er veldig engasjerte ...og til dels pågående... jeg skal ut på tur og det betyr at jeg setter meg i en rullestol og så triller man meg rundt i parken ... det er jo ikke så veldig ... jeg prøver å unngå det» Mann (91)

Enkelte av deltakerne forteller også om umyndiggjøring som begrenser deres autonomi.

«Tullete å ikke kunne gå ut alene. Jeg greier meg. Tror det hadde gått bra.»
Mann (85)

«...heter seg at du skal ha med noen når du reiser ut (med elektrisk rullestol), og jeg har ikke greid å få en eneste søster til å være med og det savner jeg veldig. For jeg liker godt å være ute.» Dame (82)

5.2 Å leve på sykehjem

Denne kategorien handler om hvordan sykehjemskulturen muliggjør og begrenser påvirkningsmulighetene, og hvilke betingelser som stilles for å kunne påvirke. Den består

⁴ Med elektrisk rullestol

⁵ Å kjøre elektrisk rullestol

av kun én subkategori som handler om hvordan beboerne opplever personalets holdninger, sykehjemmets kultur og om de blir møtt med respekt.

5.2.1 Kultur og ressurser

Mange deltakere var svært fornøyde med personalets innsats, og følte at de ble både hørt og sett. De erfarte at de ansatte var travle og hadde stort arbeidspress, men likevel tok seg tid til å gi den enkelte oppmerksomhet og oppfylle deres ønsker. Dette gjorde at de stolte på personalet og dermed hadde de heller ikke behov for å kunne påvirke.

«Hun er den beste på avdelingen, jeg er så glad når hun kommer. Hun er unik – ordner opp og har oversikt. Det er viktig.» Dame (81)

«...så jeg har en underhånden avtale med kjøkkenet ...at midt mellom lunsj og middag får jeg noe brød. Da har jeg hvertfall fått i meg noe næring.» Mann (85)

Samtlige formidlet imidlertid også en fortvilelse over det å være sykehjemsbeboer. De opplevde at travelheten var et stort hinder for omsorgen som skulle gis. Noen deltakere hadde mistanke om at personalet ikke var så opptatt som det de ga uttrykk for, og at prioriteringene deres kunne være vanskelig å forstå.

«De som jobber her har mye å gjøre og ... mye som skjer. Det kan jo kanskje være en form for prioritering som ikke akkurat treffer blink bestandig også da.» Mann (85)

«... jeg savner makrell i tomat ... de sier jeg bare kan be om å få men ... Makrell med tomat har glimret ned sitt fravær stort sett.» Mann (91)

Mange var også kritiske til holdninger hos personalet på ulike områder. En forteller om det hun opplever som manglende respekt for henne:

«jeg tror ikke de sa et eneste ord i hele ... ja i går kveld den tiden de var inne som hadde noe med ... meg. Ikke i det hele tatt! De bare står der og babler seg imellom.»

Videre forteller hun om rigide rutiner som gjør det vanskelig å delta i aktiviteter:

« ...lite spørsmål om hva som er viktig for meg. Jeg blir skuffet når de sier «det kan du ikke». Hvorfor ikke? Hvorfor kan ikke noen andre jenke seg for en gangs skyld?» Dame (81)

En annen deltaker forteller at hun stort sett er selvhjulpen, men at hun ikke tør dusje alene:

«spør om det er noe de skal hjelpe meg med ... sier jeg vil ha en dusj. Å nei, det kan jeg ikke den dagen og ikke den dagen. Nå har jeg gitt opp.» Dame (79)

Beboerne oppfattet enkelte av personalets handlinger som respektløse, både utfra alminnelig folkeskikk, og med tanke på tiden og kulturen beboerne er vokst opp i:

«jeg tenkte på deg... det var så mye vaffer. En av de søstrene... Plutselig tar hun en haug og kaster i søpla. For de synes hun var for mørke ... de kunne godt spises, altså. Det likte jeg ikke... hjemme hos meg kastet vi aldri mat.» Dame (82)

«...og så da de kommer med kopper og glass og alt mulig, så holder de i alle sammen på en gang og ...tar oppi og ...og da tenker jeg: har jeg blitt så gammel og så prippen? Er det ikke noe som heter hygiene og liksom sånn lenger nå, eller?» Dame (81)

Det viktigste området i denne subkategorien gjelder imidlertid beboernes trygghetsfølelse. Den knyttes særlig til to ting: å få hjelp når man trenger det, og ikke å bli glemt. Flere forteller at de takker nei til å være ute, fordi de har opplevd å bli glemt slik at de ikke kommer inn igjen. Denne usikkerheten gjør at de velger å holde seg inne.

«Det er veldig vanskelig for at... de glemmer at du sitter her. De glemmer å hente deg igjen.» Dame (76)

«ja det er nettopp, jeg blir utrygg ... det er du allerede før du kommer ut, det. Du føler, det går vel ikke så veldig bra, kanskje ... kommer til å ... glemme deg ja, akkurat.» Mann (85)

I tillegg opplever beboerne at det tar lang tid når de ringer på for å få hjelp. Iblant har de glemt hvorfor de ringte på. Noen sier at det ikke alltid er noe viktig, men det kan være det. Denne usikkerheten synes mange det er vanskelig å leve med.

«... jeg trykker på den⁶ der så synes jeg det går altfor lang tid. Det har liksom ikke hendt at de kommer liksom ..., ja de behøver jo ikke å løpe da, det er ikke det jeg mener. Men at de kommer forholdsvis hurtig. Selv om jeg ikke er redd av meg og

⁶ Sykesignalanlegget

det har ikke skjedd noe med meg som tilsier at de behøvde å være så raske, men ... Sånn kan de jo ikke gå ut fra.» Dame (82)

«...lover ting de ikke holder. Og så sier de – ja et øyeblikk så kommer jeg. Og det gjør de ikke. De kommer aldri.» Mann (94)

5.3 Å bruke tiden på sykehjem

Denne kategorien handler om hva deltakerne fyller tiden med i hverdagen. Resultatene i denne kategorien kan forstås som konsekvenser av den første kategorien – å beherske hverdagen på sykehjem. Aktivitetsvalgene som gjøres styres også av de begrensningene som kategorien «Å leve på sykehjem» gir.

5.3.1 Aktivitet

Sykehjemmet arrangerer aktiviteter som f.eks. bingo, hygetreff og konserter. Mange av deltakerne ønsket mer fysisk aktivitet og var vant med dette fra tidligere i livet. De arrangerte aktivitetene er ofte knyttet til sosialt samvær med andre, og både fysisk og sosial aktivitet ble ansett som viktig. Mange satte pris på å være ute, og sommeren med varmt og fint vær hadde vært til glede. Deltakerne syntes ofte at dagene var lange og kjedelige, men også at det var lyspunkter og flotte aktiviteter. Noen av deltakerne ga uttrykk for at de også deltok på aktiviteter de ikke var spesielt interessert i som et slags tidsfordriv – det var en måte å få tiden til å gå.

«Og så er det bingo da. Er ikke med fast. Det er noen som er der fast men jeg må si at jeg er ikke ... jaja, det er ålreit.» Mann (85)

Deltakerne bruker mye tid på «alene-aktiviteter», og disse er ofte knyttet til TV, radio, musikk eller avislesing. Noen har i tillegg «private» sosiale aktiviteter.

«På onsdager, da har jeg ... italiensk opplæring. Sammen med tre venner.» Mann (74)

«Og en tid nå så har det ... ja, vi er en 5-6 stykker vel. Som går turer. De tar liksom kontakt med nye som kommer. Sånn at de blir med oss og prater med oss og ...det er funnet opp ...av medlemmene her selv altså» Dame (79)

5.3.2 Sosialt

I denne subkategorien var det hovedsakelig to områder som ble belyst. Samtlige av deltakerne etterlyste tettere kontakt med personalet, og ønsket mer samtaler med dem. De fleste syntes det var vanskelig å finne medbeboere de kunne prate med. Dette ble forklart bl.a. med at mange medbeboere hadde en demenssykdom, og var vanskelig å føre en samtale med.

«Jeg har ingen å prate med, dem er for senile. Men jeg svarer dem for det.»
Dame (76)

Deltakerne fortalte også om gode sosiale relasjoner de hadde stor glede av. Dette kunne være pårørende, ansatte eller andre beboere.

«og så har jeg en gledesspreder ...vi spiser sushi sammen og koser oss.»
Dame (98)

Et par av deltakerne opplevde at pårørende mente beboerne hadde god tilgang på sosialt samvær på grunn av de mange medbeboerne, og ikke forsto utfordringene knyttet til dette.

«De mener at jeg bor jo her og har veldig mange mennesker å snakke med.»
Dame (79)

5.3.3 Trivsel

Den siste subkategorien omhandler beboernes trivsel på sykehjemmet. Dette dreide seg bl.a. om måltider, medbeboeres oppførsel, aktiviteter og lange dager. Mange av utsagnene kunne plasseres både i subkategorien aktivitet og her under trivsel, og det var til dels vanskelig å kategorisere utsagnene.

Det var delte meninger om maten – brød og pålegg var de stort sett fornøyd med, mens middagen ikke alltid var like vellykket. Dette handlet stort sett om hva som ble servert, og at menyen var forutsigbar i for stor grad. Flere foretrakk å spise på rommet sitt på grunn av medbeboere som var urolige og hadde dårlige bordmanerer. Det var ikke alltid deltakerne opplevde måltidene som en sosial arena der de kunne ha det hyggelig. De aller fleste ga likevel uttrykk for at de hadde det bra og trivdes på sykehjemmet:

«...ikke tragisk å komme på sykehjem. Hadde vært tragisk å være alene hjemme også.» Dame (79)

Deltakerne fortalte om «de små gledene» som gjorde at de trivdes.

«jeg røyker ikke, jeg nyter jeg. Det er forskjell på det.» Mann (74)

Mange av deltakerne syntes dagene kunne bli lange på sykehjemmet, og særlig helgene ble beskrevet som kjedelige.

De fleste av deltakerne var avhengig av hjelp for å komme i seng. Flere kom i seng før de ønsket fordi de var avhengig av hjelp til det. De opplevde manglende påvirkningsmulighet hvis det f.eks. var et TV-program de ønsket og se, men at dette var vanskelig pga. sykehjemmets rutiner.

«hvis det er noe jeg gjerne skulle sett på TV, og da sier de at du kan bare stelle deg og så sitte med et pledd rundt deg, men det virker ikke, altså. For det første så kommer ikke de som steller alltid. Og av og til så ... så sier de at så legger vi deg når du ikke skal se mer. Men det skjer ikke.» Mann (85)

6 Diskusjon

Her følger en drøfting av resultatene. Det er grunn til å påpeke at det kan være negative forhold som får størst oppmerksomhet i undersøkelser som dette, og det ble på enkelte områder tydelig her. Intervjuet kan være en anledning til å fortelle om negative erfaringer, kanskje fordi de kvier seg for å gjøre det ellers. Det er gjerne det som ikke fungerer som kommer i fokus, men deltakerne forteller også om mange positive sider ved sykehjemslivet. Målet må være å endre det som bør og lar seg endre, og samtidig ta vare på det som er bra.

Av de tre kategoriene er det den første som er viktigst for problemstillingen min og den er derfor viet størst plass. Det er imidlertid overlapping mellom kategoriene. Å kunne bestemme selv handler f.eks. både om mestring, men også om personalets innsats for at beboerne skal oppleve mestring.

6.1 Å beherske hverdagen på sykehjem

Å beherske hverdagen på sykehjem dreier seg om å finne mestringsstrategier for å takle hverdagslivets utfordringer. Slike mestringsstrategier er viktige for å skape og bevare et positivt selvbilde, og har betydning for et godt hverdagsliv. Det er tett sammenheng mellom påvirkningsmulighet, mestring og verdighet. Å kunne påvirke hverdagen og mestre hverdagens utfordringer gir en følelse av å lykkes, og dette gir igjen følelse av verdighet.

Mestring er måter å håndtere stress på, og noe man gjør aktivt for å takle situasjonen. I mestringsbegrepet ligger det imidlertid også et element av maktesløshet hvis man opplever manglende mestring og har liten mulighet til å påvirke. Dette kan føre til at man blir resignert, mister drivkraften og i verste fall livslysten. En slik maktesløshet kom bl.a. fram når det gjaldt behovet for lengre og mer meningsfylte samtaler. Det var tydelig at mye av den daglige kommunikasjonen med pleierne besto i å snakke om trivialiteter som f.eks. været. Dette kan skyldes at personalet har stort arbeidspress og dårlig tid. En annen forklaring kan være at personalet møter beboerne med en antakelse om at de har en kognitiv svikt og at det derfor er behov for enkle samtaler. Dette kan knyttes til Bubers (1992) tankegang om et Jeg-Det-forhold kontra et Jeg-Du-forhold. Ved å ta hele mennesket med i betraktningen, vil man også se den enkeltes evner og behov. Noen ganger kan det være vanskelig å påvirke en situasjon uansett. Dette skjer fordi man oppfattes som en det ikke er behov for å ta hensyn til, og at meningene til andre parter i saken er viktigere og sterkere enn det beboeren selv måtte mene. Dette så jeg f.eks. hos hun som ble opprørt over yngre menneskers forhold til sosialstønad. Hun hadde et sterkt engasjement for saken, men opplevde at ingen var spesielt interessert i å høre hennes meninger. Å ikke kunne påvirke slike forhold, fører til fortvilelse og følelse av uverdigg behandling. Det opplevde også deltakeren som etter eget utsagn «*ble fysja av gårde*» til en annen institusjon på en times varsel.

Flere av deltakerne ga uttrykk for at det var en belastning å være kognitivt frisk. Personalet anså dem ikke som mentalt oppegående, og mente de var plagsomme og krevende. Noen av deltakerne fikk også negative tilbakemeldinger på at de talte på

vegne av dem med demens og at de ikke skulle «bry seg». Deltakerne ga uttrykk for at de opplevde dette som en kraftig nedvurdering av hvem de var som person. Det satte deltakerne i en situasjon hvor de var underlegne og prisgitt personalets autoritet. I en slik situasjon blir balanseforholdet mellom deltakeren og personalet skjev, og gjør deltakeren til en svak og sårbar part. Som Løgstrup (1956) sier, møter vi hverandre i utgangspunktet med tillit. Denne tilliten gjør oss imidlertid sårbare fordi vi gir andre mennesker mulighet til å utøve makt over oss.

I sammenheng med denne skjeve maktfordelingen ble det tydelig hvordan deltakerne bestrebet seg på å skape balanse. Ubalanserte forhold handler om en sterk og en svak part, der den ene er avhengig av den andre. I likeverdige forhold mellom mennesker har begge parter noe å bidra med. Sykehjemsbeboerne skal derimot nesten utelukkende være mottaker av tjenester og dette påvirker balansen og dermed verdighetsfølelsen. For å gjøre forholdet så likeverdig som mulig, ser det ut til at beboerne tar initiativ til tiltak som bidrar til å bedre balansen. Slike tiltak skjer i samspill med ansatte som gir rom og muligheter for denne type initiativ. Engasjementet hos beboerne kan være skjørt og er avhengig av at personalet har bevissthet rundt det (Mondaca *et al.*, 2018). Dette ble tydelig når personalet la til rette for at en deltaker kunne brette kluter og en annen fikk i oppdrag å skape god stemning ved matbordet. Slike aktiviteter hadde ikke vært mulig uten engasjement og bevissthet fra personalet sin side. Selvbildet svekkes fort når man er så gammel at man ikke har noe å tilby lenger. Man er en som ikke betyr noe og som ikke hører hjemme i tiden lenger. En mestringsstrategi som gir følelse av verdighet har dermed stor betydning. Dette er likevel ikke et enten – eller forhold, dvs. om man er likeverdige eller ikke. Det handler om å nærme seg den sterke så godt det lar seg gjøre utfra de ressursene en har.

En mestringsstrategi som kom til uttrykk, var deltakerne som hadde et engasjement for å bidra med noe som kunne komme sykehjemmet til gode. Som beskrevet i fenomenet om gaver, var de opptatt av å kunne gi noe tilbake. Det gjør de ansatte velvillig innstilt til beboeren, og dette innebærer kanskje at pleierne yter «det lille ekstra» tilbake. Beboerens gave kan selvfølgelig også være dennes gjenytelse i forhold til det personalet allerede har gjort for vedkommende. Når det gjelder å gi medbeboere oppmerksomhet og slike gaver, kan dette skyldes godhet, men kanskje også et behov for å vise de ansatte at man er en som bryr seg? Som oftest er det imidlertid slik at man skal gjøre seg fortjent til gaver, og det var ikke alle deltakerne som ga gaver ukritisk. Dette så jeg hos deltakeren som delte ut drops – de ble delt ut etter spesielle kriterier og det var langt i fra alle som fikk.

Å bestrebe seg på å skape balanse, har stor betydning for selvfølelsen. Selvfølelsen kan også bedres ved å endre egen tilnærming til situasjonen, slik at mestringsopplevelsen blir god. Dette samsvarer med Lazarus og Folkmans (1984) emosjonsfokuserede mestring. Ved å endre egen oppfatning av situasjonen, endrer man også mestringsopplevelsen. Som ny beboer blir man ofte bedt om å fylle ut et kartleggings skjema, kalt *Min livshistorie*. Her noteres bl.a. personopplysninger, familieforhold, verdier, livssyn og interesser. En av deltakerne ga uttrykk for at han opplevde verdighet fordi han kunne bidra med noe sykehjemmet ønsket seg. Deltakerne demonstrerte også at verdigheten kunne økes gjennom måten de ordla seg på, f.eks. «å gi audiens» eller «å ta farvel». Å ordlegge seg slik handler om å plassere seg sosialt og kulturelt, og formidler at man er noe annet enn en skrupelig sykehjemsbeboer. Deltakerne ga uttrykk for at identiteten

deres var svekket etter at de kom på sykehjem og at de ble sett som nettopp skrøpelige beboere. Det var dårlig samsvar mellom hvordan de så på seg selv og hvordan andre oppfattet dem. Flere av dem ga uttrykk for et ønske om å bli sett som den de var for noen år siden, ikke den de var i dag. Utfra perspektivet på hva identitet er, kan det se ut som at svekket identitet henger sammen med manglende kontroll og tilhørighet slik Mæland (2017) beskriver.

I intervjuet ble deltakerne oppfordret til å fortelle det de ville og at det var helt greit om de utelot noe. Jeg fikk inntrykk av at det ble greit å fortelle om problematiske forhold når man kunne gjøre det på eget initiativ. Et eksempel er deltakeren som hadde utlagt tarm. Dette var tydelig forbundet med utfordringer og sårbarhet, og deltakeren signaliserte først at det var noe hun ikke ønsket å fortelle: «*jeg vet ikke om...*» og så «*...jo jeg kan fortelle det til deg*». Dette oppfattet jeg som at verdighet er knyttet til selv å bestemme hva man vil fortelle. Det blir en måte å ivareta seg selv på når vilkårene for identitet og verdighet er dårlige. Dette kan ha sammenheng med at mye av deltakernes liv er «offentlig» informasjon i den forstand at alle de ansatte har tilgang til deres journal og alle medisinske opplysninger. Paradoksalt nok står det i journalen lite om det deltakerne gjerne vil de ansatte skal vite, f.eks. om hvordan de ønsker at hverdagen skal være.

Slik Maslow (1968) beskriver, er trygghet et basalt behov hos mennesker. En viktig forutsetning for å beherske hverdagen på sykehjem, er nettopp følelsen av trygghet. I denne sammenhengen handler det om å være trygg på at man får hjelp og omsorg ved behov. Alderdom og sykdom gjør sykehjemsbeboere avhengig av andre mennesker, og denne avhengigheten kan skape utrygghet hvis man er usikker på om de rundt en er til å stole på. Jeg fikk inntrykk av at deltakerne kvier seg for å bruke ordet utrygghet om egen situasjon, men omskrev det til f.eks. «ikke hyggelig». Min vurdering er at det er utrygghet de egentlig snakker om. De benektet at de følte seg utrygge, men signaliserte samtidig at de var usikre på om de ville få hjelp ved behov. Dette kom f.eks. fram når de takket nei til å gå ut fordi de var usikre på om de ville få hjelp til å komme inn igjen når de ønsket. Behovet for trygghet er såpass stort hos beboerne at de velger bort noe de egentlig har lyst til for å føle trygghet. Et annet eksempel er at det gikk lang tid før ansatte kom når deltakerne ringte på⁷, slik at de også her var usikre på om og når de fikk hjelp. At de benekter utrygghet kan skyldes at de ikke er helt klar over at det er utrygghet de føler. I tillegg er utrygghet et svakhetstegn man kanskje er lite komfortabel med å signalisere. De er svake og sårbare fra før og har neppe ønske om å virke enda svakere. Noen ganger kunne deltakerne bruke medbeboere som påskudd for å slippe å kjenne på egen utrygghet og angst, f.eks. «*jeg tenker ikke på meg selv, men på de andre som trenger hjelp*». Dette er en forsiktig måte å si fra på, samtidig som den signaliserer et behov for større oppmerksomhet. Dette er et område hvor det er vanskelig å finne egnede mestringsstrategier bortsett fra å unngå de uønskede situasjonene.

Trygghet var det området hvor det var størst forskjell på Beboerundersøkelsen og mine funn. Dette kan ha sammenheng med at Beboerundersøkelsen kun registrerte det manifeste innholdet i intervjuet, og ikke tolket det latente innholdet.

Helsesituasjonen for sykehjemsbeboere er dårlig og på grunn av begrenset energi har de ofte mer enn nok med seg selv. De er også prisgitt et system som de i liten grad er i

⁷ Dvs. når beboerne benytter sykesignalanlegget på rommet for å få kontakt med personalet

stand til å opponere mot fordi det er ressurskrevende. Dermed er det lett for ansatte å overse både ønsker og behovet for selvbestemmelse, og dette kan resultere i at beboerne gir opp slik at verdigheten og selvrespekten blir skadelidende. De fleste av oss er ikke så begeistret for at andre skal bestemme når vi skal stå opp, hva vi skal ha på oss, når vi skal spise og når vi skal på toalettet. Det virker ikke som deltakerne protesterer så mye til daglig, men de sier samtidig at de ikke er redd for å gjøre det. Kanskje kan dette ha sammenheng med at det ikke er viktig nok eller at det krever for mye av dem. Det kan imidlertid også være et resultat av institusjonaliseringseffekten og at man har «gitt opp» forsøkene på protest. Når det gjelder selvbestemmelse, beskrev også deltakerne «krav» om å delta på aktiviteter, og følte seg overkjørt av overentusiastiske ansatte. Det å være herre over sine aktiviteter gjenspeiles i flere av deltakernes utsagn. Å ta initiativ til egne aktiviteter oppleves som verdifullt og givende. Å få sykehjems plass innebærer en stor omveltning fra det å bo hjemme når det gjelder selvbestemmelse. Hjemmeboende skal klare mye på egen hånd, men som sykehjemsbeboer kan man oppleve å bli passivisert fordi personalet overtar ansvaret. Det er også fare for at man som sykehjemsbeboer opplever institusjonaliseringseffekten, der man innretter seg sykehjemmets rutiner og gir slipp på egne ønsker og behov. Dette hevder Rotter (1966, referert i Daatland og Solem, 2011, s. 102) handler om hvilke forventninger man har til muligheten for å påvirke situasjonen. Tidspunkt for å legge seg og stå opp var et tydelig eksempel på det. Flere av beboerne opplevde å både bli lagt og vekket tidligere enn de ønsket, og slik de oppfattet det hang det sammen med personalets rutiner. De fortalte videre at de hadde gitt opp forsøkene på å påvirke det fordi det førte til krancling og diskusjoner.

Deltakerne var ofte positivt innstilt, og dette kan handle om at man har endret egen oppfatning av situasjonen slik Lazarus og Folkman (1984) beskriver. Dette kom fram hos deltakeren som opplevde situasjonen som positiv til tross for utfordringene sine. Hun var sengeliggende 23 timer i døgnet, var rullestolbruker og kunne ikke kjøre rullestolen selv. Likevel sa hun at hun klarte seg selv og hadde selvstendigheten i behold. Ved å bruke ressursmodellen (Solem 1974, referert i Daatland og Solem, 2011, s. 102-103) som utgangspunkt, betyr dette at man velger bort det som krever for mye, og prioriterer situasjoner man mestrer. Selv om deltakerne egentlig har andre behov, velger de det bort fordi det er krevende. Det er lettere å si til seg selv og andre at man har det bra. Ved å tilpasse forventningene til det som er realistisk kan man oppnå god mestringsfølelse, særlig hvis omgivelsene bidrar til mestringsfølelse. Dette tenker jeg kan være en av de store utfordringene på sykehjem fordi det blir konflikt mellom beboernes ønske om å være mest mulig selvstendig og kravet om å skulle innrette seg etter institusjonens rammer. Dette kan f.eks. skje når man får mer hjelp enn nødvendig.

At man endrer kravene og ikke forventer påvirkningsmuligheter, kan også henge sammen med institusjonaliseringseffekten - man lærer hvordan man helst skal te seg. Kanskje kan mangelen på krav skyldes redsel for sanksjoner fra de ansatte dersom man er «vanskelig». Beboerne kan fort bli gisler. Dersom de er misfornøyd kan det få konsekvenser for behandlingen på sykehjemmet, og dermed kvier de seg for å komme med kritikk.

Oppsummert ser det ut til at sykehjemsbeboere har mange utfordringer, men de har sine mestringsstrategier for å takle dem. Dette er viktig for at de skal ivareta egen verdighet. En av mestringsstrategiene er å gjøre tiltak for å bedre balansen mellom beboer og personalet. En slik strategi er neppe bevisst, men en naturlig konsekvens av at man føler

seg svak og sårbar. Beboerne har trass i alt, stort sett en positiv innstilling til livet, men det er flere forklaringer på hvorfor det er slik.

6.2 Å leve på sykehjem

Det er mange ansatte som engasjerer seg i beboerne, kjenner dem godt og vet hva de trenger. Det er pleiere som gir «spesialforpleining» og som er genuint opptatt av beboernes ve og vel. De får den enkelte til å føle seg spesiell og gir individuell behandling etter beste evne. Ansatte som yter det lille ekstra og viser engasjement i arbeidet sitt, blir satt stor pris på. Flere av deltakerne ga også uttrykk for at de satte pris på ansatte som «bød på seg selv», og snakket om mer personlige ting. Dette skyldes antakelig at det skapes en mer balansert og likeverdig situasjon mellom de to.

I situasjoner hvor den ansatte er mer travel og kanskje mindre engasjert har sykehjemsbeboere lite energi til å fremme egne ønsker og behov. Eventuelle protester på hvordan de møtes, blir svake signaler som lett kan overses. Beboerne møter kanskje ansatte med stor arbeidsbelastning og liten fagkompetanse. Sykehjem har gjerne dårlig økonomi og lav status som arbeidsplass, og dette kan påvirke f.eks. aktivitetstilbudet og bemanningen. For at de ansatte skal få gjort jobben sin, er sykehjemmet avhengig av rutiner og døgnrytme. Antall ansatte varierer etter når på døgnet det er, og oppgavene må prioriteres deretter.

Regelstyring, faste rammer og rutiner preger ofte organiseringen av dagene og livet for beboerne. De ansatte kan f.eks. lage begrensninger i hverdagen ved ikke å legge til rette for aktivitet. Det kan se ut til at det er utfordrende og krevende for de ansatte å tenke nytt – det er viktigere å gjennomføre en aktivitet, enn å sørge for en god opplevelse. En av deltakerne distanserte seg fra dette ved å omtale de ansatte som «man» - «*jeg setter meg i en rullestol og så triller man meg rundt*». En slik behandling kan gi en opplevelse av passivitet og at deltakeren ikke har påvirkningsmuligheter slik Wikström og Emilsson (2014) viser. Mange sa «*vi må tilpasse oss*», og ga uttrykk for lite smidighet fra de ansatte. Det kan se ut til at fleksibiliteten er lavt prioritert.

Regelstyring kom tydelig fram for deltakerne som hadde elektrisk rullestol. De opplevde begrensninger når det gjaldt å kjøre på egen hånd. Selv om de var vurdert når det gjaldt egnethet til å kjøre elektrisk rullestol, fikk de begrensninger fra personalet og fikk ikke «lov» til å gå ut uten følge. Dette gjaldt også deltakere som hadde hatt elektrisk rullestol i mange år som hjemmeboende. En slik umyndiggjøring er det vanskelig å finne en forklaring på. For sykehjemets del kan det handle om ivaretagelse, men dette går på bekostning av beboernes selvbestemmelse. I tillegg opplevde deltakerne at de ikke fikk mulighet til å bruke den elektriske rullestolen fordi ingen ansatte hadde tid til å være med dem. Dersom ivaretagelse er grunnen for begrensning, stemmer det dårlig overens med den lange responstiden når beboerne ringte på. Det er også vanskelig å se logikken i at beboere kan dra alene på besøk til et annet sykehjem, men ikke kjøre rundt bygningen uten følge. Det var imidlertid lite protester fra deltakerne i forbindelse med denne umyndiggjøringen, og dette kan henge sammen med institusjonaliseringseffekten eller manglende overskudd til å kreve. Dette så vi f.eks. hos deltakeren som ble nektet å gå tur alene. Han opplevde å ha påvirkningsmuligheter til tross for personalets regler og rutiner. Det kunne vært naturlig å anbefale ham å ikke gå ut, men mannen var kognitivt frisk og kunne gjøre sine egne vurderinger. Man kan få inntrykk av en paternalistisk

holdning hos de ansatte, hvor man anser beboeren som uegnet til å ta beslutninger på egne vegne. Beboerne kan imidlertid også selv inneha en paternalistisk holdning om at «du vet hva som er best for meg» og derfor ikke opponere mot slike regler. Det kan også skyldes en autoritetsangst hvor man har stor respekt for de ansatte som «formyndere».

De ansattes holdninger og travelhet kan også være utfordrende på andre måter, og det kan virke som pleierne i liten grad er bevisste på hvordan beboerne påvirkes av dette. Under intervjuene opplevde jeg flere ganger pleiere som kom inn samtidig med at de banket på. Eldre har lengre reaksjonstid, og dermed fikk ikke deltakerne mulighet til å forberede seg på besøket. I tillegg er pleierne ofte svært raske når de kommer, slik at beboerne knapt registrerer personalet før de har gått igjen. I et tilfelle spurte deltakeren meg «*var det noen her inne nå?*» etter at den ansatte hadde gått.

Ubevisst kan også personalet vise lite respekt fordi de ikke har nok kjennskap til tiden beboerne er vokst opp i. Det å kaste mat kan av gamle ses på som helt uakseptabelt, mens det på sykehjem kastes uforholdsmessig mye mat blant annet på grunn av retningslinjer fra Mattilsynet. Dersom de ansatte hadde hatt mer kunnskap om tiden deltakerne er vokst opp i, ville dette antakelig ha virket positivt inn. Deltakerne signaliserte fortvilelse over noe som var såpass enkelt å gjøre noe med, ikke ble tatt hensyn til. Ansattes holdninger og travelhet kom også til syne i andre sammenhenger. Ved mange sykehjem er det vanlig å dekke til lunsj så snart frokosten er ferdig, og dette kan skape unødvendige begrensninger og usikkerhet hos beboerne. Dette betyr at bordet er «opptatt» og ikke kan brukes. Beboerne føler seg antakelig ikke som om de var hjemme, og det hindrer i tillegg annen aktivitet ved bordet. Når det gjelder beboere med demens bør alle anledninger benyttes til å skape og signalisere døgnrytme. Ved å dekke til neste måltid blir døgnrytmen utydelig og kan gi økt uro.

Det er lett å anklage personalet når noe ikke fungerer og man opplever at personalet har «dårlige» holdninger. Her har imidlertid ledelsen en viktig oppgave. Personalet møter krav om effektivitet, har en travel hverdag og blir fort del av en kultur. Det kan være krevende å skulle ta uoverensstemmelser med kollegaer midt i all travelheten, og det kan være vanskelig å finne tid og anledning til gode diskusjoner. Når rutiner utvikler seg i feil retning er det ledelsens ansvar å være oppmerksom på og å endre dette. Mange holdninger hos personalet er neppe bevisste, og kan antakelig endres ved å diskutere det. Muligens kunne enkelte problemer vært unngått med bedre kommunikasjon mellom beboerne og personalet, og det kan hende beboerne iblant er i overkant beskjedne og forsiktige når det gjelder å melde egne behov.

6.3 Å ta i bruk tiden på sykehjem

Å ta i bruk tiden på sykehjem handler om hva man gjør i hverdagen og hvordan tiden oppleves for den enkelte. Et godt liv er avhengig av en meningsfylt hverdag. Det å holde på med ting som er viktig for en og som man fremdeles behersker, slik ressursmodellen viser (Solem, 1974, referert i Daatland og Solem, 2011, s. 102). Å kunne påvirke hva man skal bruke tiden sin til og å møte forståelse for hvordan man ønsker å bruke tiden er essensielt. Deltakerne snakket mye om at tiden falt lang. Dette kan handle om at tilbudet om aktiviteter er mangelfullt, at beboerne ikke har energi og overskudd til å være aktive, eller at pleierne ikke legger til rette for aktivitet. En av deltakerne sa både at «det skjer ikke så mye her» og «det er alltid noe å gjøre». Dette kan vise til en ambivalent holdning

om at tiden løper fra en, samtidig med at man ikke får gjort det man har lyst til fordi man ikke orker. Dermed går tiden fra ham uten at han gjør noe han opplever som meningsfylt.

Deltakerne snakket lite om aktiviteter organisert av sykehjemmet. Om dette skyldes manglende interesse eller et dårlig tilbud, skal være usagt. Konserter var viktig for mange, men de hadde svært forskjellig preferanser når det gjaldt musikk sjanger. Da jeg startet gjennomgangen av intervjuene, fant jeg det jeg først oppfattet som et slags tidsfordriv ved at de deltok på aktiviteter de ikke hadde interesse av. Det viste seg at aktiviteten likevel var meningsfull og motivasjonen for å delta lå f.eks. i det sosiale samværet. Mange ga imidlertid også uttrykk for at de trivdes i eget selskap og av ulike grunner hadde behov for å trekke seg unna sosiale situasjoner iblant. Dette kunne f.eks. være en hvil etter et måltid, eller bare å kunne tenke i fred. Dårlig fungerende sykehjemsbeboere kan oppleve å måtte være sosiale eller delta på noe, rett og slett fordi de ikke kan fjerne seg fra situasjonen uten hjelp. De som er i stand til det, kan forlate fellesarealene og gå inn på eget rom. Trenger man hjelp til forflytning, er man prisgitt personalets vilje og oppmerksomhet for å «slippe unna».

En motsats til meningsfulle aktiviteter er det som kalles aktivitetsdeprivasjon, nemlig savnet av meningsfulle aktiviteter (Whiteford, 2000; Wilcock og Hocking, 2015). Dette er aktiviteter beboerne kan gjennomføre, men som sykehjemmet ikke legger til rette for. Man skal ikke forvente at sykehjemmet legger til rette for alle typer aktivitet, men f.eks. fysisk aktivitet var det mange av deltakerne som etterlyste. De fleste hadde hatt et aktivt liv tidligere, og mente de ville ha god nytte av mer og regelmessig fysisk aktivitet. Fordelene med fysisk aktivitet er godt dokumentert for alle aldersgrupper (Bahr *et al.*, 2008). Gamle mennesker som er hjemmeboende vil vanligvis være fysisk aktive gjennom dagen med alle små og store oppgaver som skal utføres, men mange av disse oppgavene overtas av pleierne når man får sykehjems plass. Den fysiske helsen er redusert hos sykehjemsbeboere, og til en viss grad kan dette også henge sammen med inaktivitet. For å forebygge fall er det viktig å bevare det fysiske funksjonsnivået i størst mulig grad. Skader fører til inaktivitet, og gamle mennesker bruker lang tid på restitusjon. Svært ofte vil de heller ikke komme opp igjen på samme nivå, men ha en varig funksjonsnedsetning. Styrketrening og balanseøvelser tilpasset beboernes funksjonsnivå er et godt tiltak. Det kan være vanskelig å gjennomføre slike aktiviteter på egenhånd, og det vil antakelig være behov for tilrettelegging. Fysisk aktivitet vanskeliggjøres selvfølgelig dersom personalet i tillegg setter begrensninger på hva deltakerne «får lov til», f.eks. å gå i trappa alene.

Overgangen fra å bo hjemme og til å flytte på sykehjem kan være stor når det gjelder aktivitetsnivå. En av deltakerne hadde bedt om å få lov til å fortsette på dagsenteret da han fikk sykehjems plass fordi han opplevde et interessant og givende aktivitetstilbud der. Dette var ikke mulig, og han opplevde overgangen som tung. Siden vi mennesker er «occupational beings», har vi alle behov for å være i aktivitet, og dette endres ikke når man flytter på sykehjem. Dagsentre har gjerne et høyt aktivitetsnivå i forhold til sykehjem, men ved å tilpasse aktivitetene til funksjonsnivået er det fullt mulig å ha et aktivt liv også som sykehjemsbeboer.

Runar Bakken ved Universitetet i Sørøst-Norge har frontet et annet perspektiv på det å være i aktivitet, og mener sykehjemmene heller skal tilby ro og lindring (Bakken, 2014, s. 129-132). Han hevder at sykehjemsbeboere må skjermes fra det han kaller

aktivitetshysteriet. Slik han fremstiller det, kan det høres ut som sykehjemsbeboerne presses til aktivitet. Bakken moderer seg imidlertid og sier også at det viktigste er å spørre beboerne hva de vil og ikke ta for gitt at de skal være aktive. Selvbestemmelsen er absolutt et viktig poeng i denne sammenhengen, men mange sykehjemsbeboere ville nok hatt det trist dersom de skulle skjermes for aktiviteter. Deltakerne jeg intervjuet var først og fremst opptatt av det de ikke fikk mulighet til, selv om overentusiastiske ansatte kunne være irriterende.

Et moment som kom tydelig fram, er savnet av sosial kontakt. Noen av deltakerne fortalte at det var ekstra sårt fordi pårørende hadde en oppfatning av at sykehjem var et sosialt sted, og at deltakerne bare hadde seg selv å takke når de ikke hadde noen å snakke med. Dette stemte ikke overens med deres egen oppfatning av sykehjem som et sted det var lett å bli ensom. Friske mennesker ellers i samfunnet velger hvem de skal omgås, og de finner mennesker de føler tilhørighet til. Som den danske undersøkelsen til Socialministeriet (Socialministeriet 2002, referert i Swane, Amstrup og Blaakilde, 2007, s. 124-125) viste, er det ikke enkelt å etablere nye og nære vennskap for sykehjemsbeboere, og motivasjonen er kanskje også liten. Det er viktig å huske at sosialt samvær skal være selvvalgt, og at behovet varierer. Det er ikke alle som ønsker å være sosiale, og det sosiale er ikke alltid positivt. Selv om andre kan tenke at det er feil å velge bort det sosiale, er ikke det nødvendigvis tilfelle. I tillegg kan det være mer skjulte faktorer som kan påvirke det sosiale fellesskapet. På et sykehjem intervjuet jeg to som kjente hverandre fra tidligere, noe som burde være et godt utgangspunkt for sosialt samvær. Det viste seg imidlertid at den ene tidligere hadde hatt lavere status i arbeidslivet enn den andre, og dette gjorde at han opptrådte ærbødig og med respekt fordi han følte seg underlegen. Han følte dermed at han ikke var i en posisjon hvor det var naturlig å ta kontakt med sin tidligere kollega.

Underernæring er et problem blant eldre – også på sykehjem (Helse- og omsorgsdeparterementet, 2017, s. 7), og måltider og måltidsopplevelser er derfor et satsingsområde. Byrådet i Oslo har fra 2019 økt budsjettet til mat og måltidsopplevelser med 10 millioner kroner (Byrådet i Oslo, 2019, s. 3,8). Dermed burde alt ligge til rette for at måltider kan være et høydepunkt i hverdagen. Slik det er det ikke nødvendigvis. Mange av deltakerne fortalte at de valgte å spise på rommet sitt og at de hadde lite til felles med de andre ved matbordet. Krevende medbeboere gjorde stemningen dårlig, og gjorde at andre fikk mindre oppmerksomhet. I tillegg handlet det om dårlige bordmanerer og problematisk kommunikasjon av ulike årsaker. Deltakerne fortalte imidlertid også at de ønsket å spise alene fordi de selv hadde problemer med å spise eller brukte lang tid på måltidet. Når personalet la til rette for servering på rommet, førte det til trivsel hos deltakerne.

Måltider er viktige. Bortsett fra å få i seg næring, handler det bl.a. om aktivitet, sosial stimulering og tradisjoner. Å spise er en kjent aktivitet som alle har et forhold til og som skal utføres hver dag, og dette gjør måltidet til en velegnet arena for mestring. Både politiske føringer og kunnskap om sosialt fellesskap peker på viktigheten av gode måltidsopplevelser, men likevel er dette vanskelig å få til på sykehjemmene. Deltakerne gir noen forklaringer på dette, bl.a. medbeboere med kognitiv svikt. Det er kanskje ikke så rart at det sosiale fellesskapet preges av dette. En løsning kan være å plassere beboere med relativt likt funksjonsnivå ved samme bord. Hvis en ansatt i tillegg kan sitte ved bordet og bidra til å holde samtalen i gang, vil dette antakelig være positivt. Da har

man også muligheten til å gripe raskt inn hvis stemningen ved bordet endres i negativ retning. Dersom beboerne har påvirkningsmuligheter på hva som serveres, vil også dette kunne være positivt.

Det har de siste årene vært stort fokus i media på at sykehjemsbeboere ikke får nok anledning til å være ute. Beboerne signaliserer et mye sterkere ønske om å være ute enn det personalet ser ut til å være klar over (Sintef, 2001). Det er flere faktorer som virker inn på hvor ofte beboerne er ute. Bemanningen på sykehjemmet vil naturlig nok være avgjørende. Det er ressurskrevende å ha nok tilgjengelig personale på avdelingen samtidig med at man skal ut med beboere. I tillegg har gamle mennesker dårlig temperaturregulering og de har lett for å fryse. Dette gjør at de kvier seg for å gå ut dersom været ikke er helt optimalt. Deltakerne forteller imidlertid at de takker nei til å gå ut av redsel for å bli glemt, og dette er problematisk. Da er det ikke lysten til å gå ut som styrer, men angsten for ikke å komme inn igjen. Grunnen til at beboerne blir glemt vil jeg tro henger sammen med arbeidspresset på avdelingen, og dermed er dette et problem som bør løftes slik at det ikke bare er den enkelte pleier som får skylden når det skjer.

I Beboerundersøkelsen vises det til at sykehjemmene har et stort aktivitetstilbud og varierte aktiviteter. Dette sammenfaller i liten grad med mine funn, der deltakerne forteller om lange, kjedelige dager og lite aktiviteter. Bortsett fra å ha lest rapporten, har jeg lite kjennskap til hvordan intervjuene i Beboerundersøkelsen foregikk. Å si noe om årsaken til de sprikende funnene blir dermed spekulasjoner, men det finnes noen mulige forklaringer. Det kan være at Beboerundersøkelsen i stor grad framsto som sykehjemmets undersøkelse. Da kan beboerne føle lojalitet til sykehjemmet og dermed unnlate å si noe negativt. Jeg antar at jeg ble oppfattet mer som en «utenfra», og sånn sett hadde et bedre utgangspunkt for en åpen dialog. Kanskje var det også litt gjevt å delta i et forskningsprosjekt? Jeg vet ikke om Beboerundersøkelsen ble presentert skriftlig eller muntlig og hvor lang tid i forveien, men dette kan også ha innvirkning. Rapporten fra Beboerundersøkelsen påpeker selv at det var de friskeste beboerne som deltok, og de hadde derfor et godt utgangspunkt for å være aktive på egen hånd. Som tidligere nevnt var det et relativt stort sprik i det fysiske funksjonsnivået hos mine deltakere. Mine intervjuer foregikk på omtrent samme tidspunkt som Beboerundersøkelsen. Dette betyr at det også kan være en sammenheng her, f.eks. ved at de hadde tenkt gjennom lignende spørsmål før jeg kom. Det var imidlertid ingen av deltakerne som nevnte Beboerundersøkelsen da jeg var hos dem. Det kan også være at det er Beboerundersøkelsen som har de «riktige» svarene og at mine funn ikke samsvarer med virkeligheten.

En del av deltakernes utsagn kunne plasseres både i subkategorien aktivitet og her under trivsel, og det var til dels vanskelig å kategorisere utsagnene. Sett tilbake på subkategoriene, vil trivsels-subkategorien være overordnet subkategoriene aktivitet og sosialt. Jo flere behov som er dekket under de to subkategoriene, jo større vil trivselen være.

6.4 Når er det ikke behov for å kunne påvirke?

I problemstillingen etterspør jeg hvilke områder det er viktig å kunne påvirke, og implisitt i dette ligger det som ikke er så viktig. En artikkel fra Australia om sykehjemsbeboeres

erfaringer når det gjelder livskvalitet, bekrefter i stor grad mine funn. Her fant man at sykehjemsbeboere i liten grad var involvert i avgjørelser som angikk dem, og dette gjorde det vanskelig å opprettholde autonomien og bevare identiteten. Beboerne ga slipp på uavhengighet og verdighet for å kunne føle seg trygge og få nødvendig hjelp. Det viste seg at de aksepterte dette byttet med stoisk ro og forble positive (Walker og Paliadelis, 2016). Spørsmålet om det var ting som ikke var så viktig å bestemme selv kom kanskje litt overraskende på deltakerne, men de avviste det ikke. Likevel var det vanskelig for dem å sette ord på hva de ikke hadde behov for å kunne påvirke. Det er for så vidt forståelig, da man sjelden vurderer dette til daglig.

7 Oppsummering

Temaet jeg til slutt endte opp med, kalte jeg Påvirkningsmuligheter. I dette ligger både de eksisterende og de manglende mulighetene til påvirkning. Det er tett sammenheng mellom de tre kategoriene «å beherske hverdagen på sykehjem», «å leve på sykehjem» og «å ta i bruk tiden på sykehjem», og funnene i hver kategori kan derfor ikke ses isolert.

Undersøkelsen tar utgangspunkt i beboernes perspektiv. Dette gir et skjevt bilde av virkeligheten, men mitt mål var å få frem opplevelsen av å leve på sykehjem. Ledelsen og personalet har ikke fått anledning til å uttale seg, og jeg har bevisst forsøkt å skyve bort min egen rolle som ansatt. Beboernes opplevelse av situasjonen sier ikke nødvendigvis så mye om den faktiske kvaliteten, ei heller om hvilket sykehjem som er «best».

Utvalget er for lite til å trekke generelle konklusjoner. I tillegg har deltakerne vektlagt temaene ulikt. Hver deltaker hadde gjerne mye informasjon om et tema, men lite om et annet. Dermed er det vanskelig å vurdere om informasjonen er balansert. I en del tilfeller opplevde jeg også at deltakerne snakket seg bort eller syntes det var vanskelig å svare. Det var imidlertid lite tegn til at jeg spurte om temaer de ikke ønsket å snakke om, og snakket seg bort av den grunn. Som nevnt under avsnittet om risikomomenter, er det også andre forhold som kan virke inn på resultatet. At de f.eks. ikke er oppdratt til å klage, kan henge sammen med deres avhengighetsforhold til personalet og respekt for autoriteter. De har kanskje vært vant til å sette ord på egne ønsker og behov, men opplever at de er i en situasjon nå hvor det er vanskelig. Deltakernes opplevelser vil også være avhengig av deres fysiske funksjonsnivå. Jo mer hjelp man trenger, jo mer prisgitt er man personalet.

Beboerne har sine mestringsstrategier for å takle hverdagen. Det at de bruker såpass mye krefter på å yte noe overfor den som gir hjelpen viser at det er utfordringer knyttet til å bo på sykehjem, men også at deltakerne har drivkraft til å gjøre noe de opplever som meningsfullt. At de mestrer tilværelsen så bra som de gjør, tenker jeg vitner om tilpasningsdyktighet. Gamle mennesker går ofte for å være sære og vanskelig å tilfredsstillende, men min undersøkelse viser noe annet. Når gaven som mestringsstrategi brukes såpass aktivt som den gjør, tenker jeg dette er en måte deltakerne får brukt påvirkningsmulighetene på. I mange tilfeller dreier det seg om «smågaver», men dette er kanskje det deltakerne har behov for og makter utfra sine forutsetninger.

Den manglende tryggheten var noe som preget hverdagen, og særlig var det utfordrende å føle seg trygg når en var ute. Når et basalt behov som trygghet ikke blir dekket, vil det antakelig ha stor innvirkning på trivsel og livskvalitet. Det er åpenbart at deltakerne ikke opplever mulighet til å påvirke tryggheten når de er ute, og dermed velger de å unngå situasjonen. Dette handler om uforutsigbarhet – man vet ikke hva som skjer og det er det vanskelig å forholde seg til.

Sykehjem er et sted preget av organisatoriske rammer og rutiner, og slik må det nødvendigvis være. Det finnes imidlertid også rutiner som vitner om lite fleksibilitet og vilje til å sette spørsmålsteget ved måten oppgaver løses på. Det ser ut til å mangle en bevissthet hos personalet når det gjelder deres atferd i det praktiske arbeidet. For

beboerne handler dette om ikke å bli sett og respektert, og at de nedgraderes til et objekt som bare «er der».

Det ser ut til at personalet har regler og begrensninger i hverdagen som det ikke er behov, og denne overstyringen reduserer beboernes muligheter for selvbestemmelse. Beboerne godtar imidlertid stort sett disse begrensningene, slik at de ikke oppfattes som et stort problem. Utfra et ivaretagelsesperspektiv er det enkelt å forstå personalets regler. At deltakerne aksepterer disse begrensningene oppfatter jeg både som stor grad av fleksibilitet fra deres side, men kanskje også et signal om hvor prisgitt de er personalet.

Når det gjelder aktiviteter, er beboerne mest opptatt av manglende sosial tilknytning. De opplever personalet som travle og lite tilgjengelige for en god samtale. Det er vanskelig å etablere vennskap med andre beboere, og selv pårørende er «bare» på besøk. Dermed er det de ansatte som blir beboerens nærmeste i hverdagen. Beboerne savner også fysisk aktivitet. Til tross for skrantende helse har de glede av å være fysisk aktive og skulle gjerne hatt et bedre tilbud her. Fysisk aktivitet forhindrer og begrenser funksjonsfall, og beboerne vil kunne være mer selvhjulpne. I et mer langsiktig perspektiv vil mulighet til fysisk aktivitet også kunne komme personalet til gode ved at funksjonsnivået er best mulig og at beboerne dermed klarer mer selv. Med god tilrettelegging kan de fleste beboerne ha glede av både fysisk aktivitet og andre aktiviteter. Deltakerne er generelt opptatt av gode aktivitetsmuligheter, men presiserer samtidig at aktivitetene skal skje på egne premisser, og at de selv skal styre hva de ønsker å være med på. De ansatte skal ikke kreve deltakelse i aktiviteter, men samtidig se at aktivitet er viktig.

For aktiviteter generelt kan mye gjøres ved å implementere det i hverdagen. Dette kan f.eks. skje ved å gå til og fra måltidene slik at man er fysisk aktiv. Til frokosten kan kanskje en ansatt lese høyt fra avisen hvis det er interesse for det. Selv for en med demens kan det være meningsfullt å høre nyheter fordi det gir en forbindelse til gamle vaner og det som har betydd noe tidligere. Dersom det er stor variasjon i funksjonsnivået, kan løsningen være å samle beboere som er kognitivt friske slik at de i større grad kan ha glede av hverandre. Måltider er en arena med gode muligheter for et sosialt liv, men det ser ut til at dette fungerer dårlig i praksis pga. varierende kognitivt funksjonsnivå.

Dette krever individuell tilrettelegging både når det gjelder å se den enkelte, og ved å ta hensyn til at beboernes behov varierer fra dag til dag. Sykehjemsbeboere godtar mye, og dette setter store krav til personalets lydhørhet. Beboerne er i en situasjon hvor det er vanskelig å sette krav fordi de er avhengig av personalet. De har gjerne et ønske om å ikke være til bry og å vise takknemlighet, og dette kan kollidere med behovet for å bestemme selv. Sykehjemsbeboere stiller små krav, og en del av deres ønsker bør kunne løses med enkle midler.

Når det gjelder andre del av problemstillingen min, sier de som er intervjuet lite om hvilke områder hvor det ikke er så viktig å kunne påvirke. Samtlige deltakere var åpne for at ikke alle områder betød like mye, men de hadde vanskeligheter med å gi eksempler på hvilke områder dette gjaldt. Utfra resultatene er sosial kontakt det området hvor påvirkningsmuligheter var viktigst og hvor de savnet slike muligheter mest. Det kan se ut til at andre viktige områder kanskje er områder deltakerne ikke er helt bevisste på, f.eks. mestringsstrategien for å balansere forholdet til de ansatte. Det som var viktig

ellers, var å ha mulighet til å styre hverdagene selv og å bli møtt med respekt for den man er.

Mange av utfordringene som min undersøkelse avdekker, bør løftes opp på ledernivå. Personalet kan ikke prioritere alt, og de må vite hva de skal legge vekt på. Mye av det som gjøres «feil» i det daglige vil jeg tro skyldes tidspress og lite bevissthet på egne holdninger. Dersom det handler om personalets holdninger er det også et lederansvar å ta dette opp i personalgruppen slik at de ansatte bevisstgjøres.

8 Evaluering

Da jeg skulle velge metode leste jeg flere metodebøker, men det var vanskelig både å velge og å forstå framgangsmåtene. Det var da jeg leste Graneheim og Lundmanns (2004) artikkel jeg begynte å forstå litt, og det ble derfor metoden jeg valgte. Det er imidlertid fullt mulig at jeg hadde endt opp med annen metodelitteratur dersom jeg hadde lest stoffet i en annen rekkefølge.

Jeg valgte å lage en strukturert intervjuguide til intervjuene. Dette innebar bl.a. å starte med enkle spørsmål og gå videre til mer kompliserte spørsmål etter hvert. Jeg opplevde imidlertid at informantene gikk «rett på sak» når vi begynte, og det var lite behov for en myk start. Dette kan skyldes at det var et ganske ufarlig intervju med lite sensitive spørsmål. På forhånd var jeg usikker på hvor åpne beboerne ville være, og om det ville bli vanskelig å få kontakt med dem. Jeg opplevde imidlertid deltakerne som svært åpne og ærlige. I flere tilfeller fikk jeg inntrykk av å fungere som en kanal for frustrasjon over det deltakerne var misfornøyd med. Dette kan nok henge sammen med at jeg var en fremmed de ikke hadde et avhengighetsforhold til. I egen praksis har jeg erfart at sykehjemsbeboere i mange sammenhenger klager lite over tilværelsen eller sjelden setter ord på egne ønsker og behov. Gjennom intervjuene opplevde jeg derimot deltakerne som frittalende og mye mer åpne for å snakke om slike ting.

Jeg ble i utgangspunktet anbefalt å bruke ca. 30 minutter på hvert intervju, men opplevde at dette ikke var tilstrekkelig for å skape en god dialog. Sykehjemsbeboere savner ofte noen å prate med, og setter derfor stor pris på at noen har tid til en samtale. Av respekt for deltakerne valgte jeg å utvide intervjutiden, og de fleste av intervjuene varte derfor en drøy time. For å skape trygghet og tillit, var jeg opptatt av å lage en hyggelig og uformell intervjusituasjon. Gjennom mange år på sykehjem er jeg vant til å snakke med sykehjemsbeboere, og jeg fikk tilbakemeldinger fra deltakerne om at det var hyggelig å bli intervjuet. Den gode atmosfæren under intervjuet gjorde muligens at jeg fikk mer utfyllende informasjon enn jeg ellers kunne fått.

Sykehjemsbeboere kan være vanskelig å prate med bl.a. fordi de har dårlig artikulering, nedsatt hørsel eller lang reaksjonstid. Ved transkriberingen var jeg avhengig av å lytte til opptakene en rekke ganger for å få med det som ble sagt. Jeg sørget for å transkribere intervjuene raskt etterpå, slik at jeg hadde intervjuet friskt i minne.

Sykehjemsbeboere har nedsatt tempo på mange områder, og kognitive prosesser går tregere enn hos yngre. Det var derfor viktig å gi deltakerne god tid til å svare, og også gi tid til refleksjoner underveis. Det er mulig intervjuene kunne vært mer strukturerte. Alle temaene i intervjuguiden ble tatt opp med hver deltaker, men jeg har ikke alltid fått svar på de samme spørsmålene. Dermed er det selvfølgelig ikke mulig å si noe om hva de som ikke sa noe om et emne, mente.

Jeg planla i utgangspunktet å hente 2-3 deltakere fra egen arbeidsplass, men så etter to pilotintervjuer at dette var lite hensiktsmessig. På egen arbeidsplass kjenner jeg beboerne og deres bakgrunn godt, og i pilotintervjuene kom dette tydelig fram. For deltakerne kunne det bli vanskelig å skille mellom min forskerrolle og min terapeutrolle, og for min egen del kunne det bli vanskelig å distansere seg i tilstrekkelig grad. I ettertid

ser jeg også at en eventuell kritikk av personalet – som er mine kollegaer – kunne blitt vanskelig å forholde seg til.

Spørsmålene jeg stiller, er til dels kompliserte og krever refleksjon. Det er derfor en mulig svakhet ved studien at jeg bare gjorde ett intervju, og at beboerne i liten grad fikk anledning til å reflektere over spørsmålene. Informasjonsskrivet de fikk på forhånd ga noen signaler om temaet, men dette var kanskje ikke nok til å gi muligheter for refleksjon. Det var imidlertid ikke aktuelt å ha et oppfølgingsintervju. Faren for at deltakerne ikke ville huske spørsmålene og dermed ikke reflektere videre er forholdsvis stor, siden jeg inkluderte deltakere med en viss kognitiv svikt. Dersom deltakerne glemte intervjuet og spørsmålene, kunne det ført til manglende mestringsevne hos dem og det ville jeg unngå. I tillegg ville det ble tidkrevende å skulle gjennomføre 20 intervjuer i stedet for 10. En del av spørsmålene hadde det imidlertid vært interessant å følge opp videre.

Oslo beskrives gjerne som en by med skille mellom øst og vest. Jeg intervjuet seks beboere på det som kan betraktes som vestkanten og fire på østkanten. Det var tydelige forskjeller på svarene mellom øst og vest, men det er vanskelig å konkludere om dette er reelt eller tilfeldig utfra det lave antall deltakere. Tilfeldigheter gjorde at jeg intervjuet fire stykker på et sykehjem. Dette gjør at erfaringene fra ett sykehjem får stor plass, og disse deltakernes opplevelser kan henge sammen med kulturen på stedet.

Svært mange av intervjuene ble avbrutt av personale som hadde ærender på deltakerens rom til tross for at personalet var informert på forhånd. Dette er selvfølgelig ikke ideelt, men vanskelig å gjøre noe med når det oppstår.

Det er tidkrevende å transkribere, systematisere, sammenfatte og tolke såpass mye materiale. Målet med systematiseringen er at ingen data skal falle mellom to kategorier eller passe inn i mer enn en kategori, men dette er ikke alltid like lett. Jeg brukte mye tid på systematiseringen, men opplevde under hele prosessen at en del utsagn var vanskelig å kategorisere og kunne passe under flere koder. I mange tilfeller har jeg gått tilbake til lydopptaket for å kunne plassere det der jeg mener det passer best. Hvorvidt dette er blitt en riktig plassering er selvfølgelig umulig å si. Jeg har plassert utsagnene utfra sitt manifeste innhold, men opplevde at de kunne passe under flere koder – og med det havne i ulike kategorier. Det var utfordrende å lage koder som var dekkende nok, og hvordan utsagnet ble formidlet i intervjuet, var iblant avgjørende for plasseringen. Det var også utsagn jeg var usikker på hvordan jeg skulle oppfatte – om det var ironi, frustrasjon eller for å teste mine reaksjoner. Jeg har valgt å ta utsagnene bokstavelig. Med denne metoden kan det være utfordrende å kondensere utsagn fordi meningen eller «stemningen» i utsagnet forsvinner, og dermed er det alltid en viss fare for at det feiltolkes videre i prosessen.

Som nevnt er temaene i oppgaven kompliserte og krever refleksjon. Et eksempel på dette er spørsmål om det er noe som ikke er så viktig å bestemme selv. Nesten alle deltakerne sa at dette var tilfelle, men kunne ikke gi eksempler på stående fot. Dersom de hadde fått anledning til å tenke over spørsmålet, ville antakelig svarene vært mer reflekterte og dermed gitt meg en dypere forståelse og innsikt.

Gjennom prosessen med å skrive masteroppgave har jeg fått større forståelse for hva det innebærer å bo på sykehjem. Jeg har brukt tid på bevisstgjøring når det gjelder hvor

jeg selv befinner meg i forhold til temaet, og det har iblant vært utfordrende å bevare objektiviteten fordi jeg har hatt såpass god kjennskap til feltet. Det er vanskelig å vite hvor langt man kan tolke utsagn, og dermed er det også en viss fare for feiltolkning. Det har vært mye prøving og feiling, og i ettertid er det også lett å se at jeg kunne gjort endel ting annerledes.

Det er fort gjort å miste retningen på prosjektet fordi det er mye spennende som dukker opp. Mengden litteratur blir raskt overveldende stor og det har skapt usikkerhet når det gjelder å finne den mest relevante litteraturen. Mine funn kan stort sett bekreftes av annen litteratur, og det er vanskelig å finne forskning med motstridende resultater. På den måten har jeg kanskje ikke gjort noen revolusjonerende funn. Det har likevel vært en enormt lærerik prosess.

En del av funnene stemmer ikke overens med egne erfaringer. Det vil alltid være kulturforskjeller mellom sykehjemmene, og samtidig får man naturlig nok en annen oppfatning når man ser ting utenfra. Mitt hovedinntrykket av deltakernes opplevelser heller noe i negativ retning, og mange utsagn hadde preg av «*Jeg har det bra, men...*». Som nevnt under diskusjonen, ble intervjuene muligens en kanal for å uttrykke misnøye. Min erfaring er at det også skjer mye positivt på sykehjem. Beboerne er der fordi de er avhengig av hjelp, men de ansatte gjør hva de kan utfra mulighetene som finnes. Denne ubalansen mellom funn og egne erfaringer har gjort meg bevisst på hvor viktig det er å tilstrebe objektivitet i den grad det er mulig, men det vil alltid være usikkert i hvilken grad man lykkes.

9 Referanseliste

- Aamodt, L. G. (2014) *Den gode relasjonen*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bahr, R. et al. (2008) *Aktivitetshåndboken : Fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Bakken, R. (2014) *Frykten for alderdommen : om å eldes og leve som gammel*. Oslo: Res publica.
- Barstad, A. (2014) *Levekår og livskvalitet - vitenskapen om hvordan vi har det*. Oslo: Cappelen Damm.
- Bjørk, I. T., Helseth, S. og Nortvedt, F. (2002) *Møte mellom pasient og sykepleier*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Brandt, Å., Madsen, A. J. og Peoples, H. (2013) *Basisbog i ergoterapi : aktivitet og deltagelse i hverdagslivet*. 3. udg. utg. København: Munksgaard.
- Briseno, T. (2011) *What is the activity theory of aging*. Tilgjengelig fra: <https://health.howstuffworks.com/wellness/aging/retirement/activity-theory-of-aging.htm> (Hentet: 27.01.2018).
- Buber, M. (1992) *Jeg og du*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Byrådet i Oslo (2019) *Byrådets forslag til budsjett 2019 og økonomiplan 2019-2022*. Tilgjengelig fra: https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13296086/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Budsjett%2C%20regnskap%20og%20rapportering/Budsjett%202019/Budsjettforslag%202019/unzipped_krnl_fileid_295883/PDFS_Budsjett-2019.6.pdf?download=1 (Hentet: 19.04.2019).
- Clark, F. (1997) Reflections on the human as an occupational being: Biological need, tempo and temporality, *Journal of Occupational Science*, 4:3. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1080/14427591.1997.9686424> (Hentet: 07.04.2019).
- Daatland, S. O. og Solem, P. E. (2011) *Aldring og samfunn : innføring i sosialgerontologi*. 2. utg. utg. Bergen: Fagbokforl.
- Diegelmann, M. et al. (2018) Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach, *Aging & Mental Health*, 22(6), s. 784-793. doi: 10.1080/13607863.2017.1310804.
- Eide, H. og Eide, T. (2017) *Kommunikasjon i relasjoner : personorientering, samhandling, etikk*. 3. rev. . utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eriksen, S. et al. (2016) The Experience of Relations in Persons with Dementia: A Systematic Meta-Synthesis *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. Tilgjengelig fra: <https://www.karger.com/Article/Pdf/452404> (Hentet: 13.04.2019).
- Forskrift for sykehjem m.v.* (1989) Forskrift for sykehjem og boform for heldøgns omsorg og pleie. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/1988-11-14-932?q=forskrift%20for%20sykehjem> (Hentet: 19.04.2019).
- Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene* (2003) Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2003-06-27-792> (Hentet: 18.04.2019).
- Forskrift om verdig eldreomsorg* (2011) Forskrift om verdig eldreomsorg. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2010-11-12-1426> (Hentet: 18.04.2019).
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004) Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness, *Nurse Education Today*, 24(2), s. 105-112. doi: 10.1016/j.nedt.2003.10.001.
- Gustavsson, M., Liedberg, G. M. og Larsson Ranada, Å. (2015) Everyday doings in a nursing home – described by residents and staff, *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, 22(6), s. 435-441. doi: 10.3109/11038128.2015.1044907.
- Hasselkus, B. (2006) 2006 Eleanor Clarke Slagle Lecture: The World of Everyday Occupation: Real People, Real Lives, *The American Journal of Occupational Therapy*, 60(6).
- Haugland, B. Ø. (2012) Meningsfulle aktiviteter på sykehjemmet, *Sykepleien forskning*, (1), s. 42-49.

- Heap, K. (2012) *Samtalen i eldreomsorgen : kommunikasjon, minner, kriser, sorg*. 4. utg. utg. Oslo: Kommuneforl.
- Helse- og omsorgsdepartementet (2011) *Demensplan 2015 - Den gode dagen*. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/demensplan-2015-den-gode-dagen/id663429/> (Hentet: 14.04.2019).
- Helse- og omsorgsdepratementet (2017) *Nasjonal handlingsplan for bedre kosthold (2017–2021)*. Tilgjengelig fra: https://www.regjeringen.no/contentassets/fab53cd681b247bfa8c03a3767c75e66/handlingsplan_kosthold_2017-2021.pdf (Hentet: 19.04.2019).
- Helse- og omsorgstjenesteloven* (2011) Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=lov%20om%20kommunale%20helse> (Hentet: 19.04.2019).
- Helsedirektoratet (2017) *Brukermedvirkning*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning> (Hentet: 06.01.2019).
- Helseetaten (2018) *Beboer og pårørendeundersøkelsen 2018*. Tilgjengelig fra: <https://www.oslo.kommune.no/getfile.php/13303645-1542360079/Innhold/Politikk%20og%20administrasjon/Statistikk/Kvalitetsrapporter%20-%20Helse%20og%20sosial/Beboer-%20og%20p%C3%A5r%C3%B8rendeunders%C3%B8kelse%20p%C3%A5%20sykehjem%202018.pdf> (Hentet: 01.05.2019).
- Helsinkideklarasjonen* (2014). Tilgjengelig fra: <https://www.etikkom.no/FBIB/Praktisk/Lover-og-retningslinjer/Helsinkideklarasjonen/> (Hentet: 02.11.2018).
- Ingebretsen, R. og Solem, P. E. (2002) *Aldersdemens i parforhold*. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring. Tilgjengelig fra: file:///C:/Users/Tine/Downloads/3100_1.pdf (Hentet: 29.10.18).
- Johannessen, A., Christoffersen, L. og Tufte, P. A. (2016) *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*. 5. utg. utg. Oslo: Abstrakt.
- KS (2017) *Hva er viktig for deg?* Tilgjengelig fra: <http://www.ks.no/fagomrader/helse-og-velferd/laringsnettverk/gode-pasientforlop-for-eldre-og-kronisk-syke/kunnskapsgrunnlag-og-verktoy/hva-er-viktig-for-deg/> (Hentet: 20.11.18).
- Kvale, S. *et al.* (2009) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984) *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Løgstrup, K. E. (1956) *Den etiske fordring*. Copenhagen: Gyldendal.
- Malterud, K. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Maslow, A. H. (1968) *På vej mod en eksistenspsykologi*. 2. udg. utg. Kbh: Nyt nordisk forlag Arnold Busck.
- Mauss, M. og Eriksen, T. H. (1995) *Gaven : utvekslingens form og årsak i arkaiske samfunn*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Mondaca, M. *et al.* (2018) Altering the boundaries of everyday life in a nursing home context, *Scandinavian Journal of Occupational therapy*, s. 1-11. doi: 10.1080/11038128.2018.1483426.
- Mæland, J. M. (2017) Forebygging og folkehelsearbeid - mellom fag og politikk, i Stamsø, M. A. (red.) *Velferdsstaten i endring*. 3. utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag, s. 339-361.
- Norheim, B. Maslows behovspyramide. Tilgjengelig fra: <https://ndla.no/subjects/subject:12/topic:1:183846/topic:1:183860/resource:1:85351>.
- NSD (2018) *Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse*. Tilgjengelig fra: http://www.nsd.uib.no/personvernombud/hjelp/forskningstema/pasienter_brukere.html (Hentet: 06.01.2019).

- Nåden, D. og Lohne, V. (2015) *Uverdige forhold på norske sykehjem*. Tilgjengelig fra: <https://forskning.no/meninger/kronikk/2015/01/uverdige-forhold-pa-norske-sykehjem> (Hentet: 28.12.2018).
- Oerlemans, W. G. M., Bakker, A. B. og Veenhoven, R. (2011) Finding the Key to Happy Aging: A Day Reconstruction Study of Happiness, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 66B(6), s. 665-674. doi: 10.1093/geronb/gbr040.
- Pasient- og brukerrettighetsloven* (2001) Lov om pasient- og brukerrettigheter. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63> (Hentet: 18.04.19).
- Rokstad, A. M. M. (2014) *Se hvem jeg er! : personsentrert omsorg ved demens*. Oslo: Universitetsforl.
- Romøren, T. I. (2005) Kvalitet i sykehjem - sett fra tre kanter, *Tidsskrift for Velferdsforskning*, Vol.8(no. 4).
- Rønning, R. og Solheim, L. S. (1998) *Hjelp på egne premisser? Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sintef (2001) *Ny sykehjemsmodell, et bedre tilbud*. Sintef. Tilgjengelig fra: <https://www.sintef.no/globalassets/upload/a02500.pdf> (Hentet: 13.04.2019).
- Skærbæk, E. og Lillemoen, L. (2013) *Verdi og verdighet : etikk i praksis*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Solem, P. E. (1974) Tilgang til ressurser og sosial deltakelse blant eldre, *Nordisk psykologi*, 26 (2), s. 137-144.
- Solvoll, B. R. og Granum, V. (2016) Autonomi i sykehjem for personer med demens, *sykepleien.no*. Tilgjengelig fra: <https://sykepleien.no/meninger/innspill/2016/09/tilretteleggelse-av-autonomi-i-sykehjem-pasienter-med-demens-en>.
- St.mld.15 (2017-2018) *Leve hele livet*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/> (Hentet: 20.11.18).
- Stadnyk, R. L., Townsend, E. A. og Wilcock, A. A. (2010) Occupational justice, i Christiansen, C. H. og Townsend, E. A. (red.) *Occupation - The Art and Science of Living*. New Jersey: Pearson, s. 329-358.
- Statistisk sentralbyrå* (2018). Tilgjengelig fra: <https://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie/aar> (Hentet: 28.11.18).
- Strobel, C. og Engedal, K. (2018) *MMSE-NR3*. Tilgjengelig fra: <https://www.aldringoghelse.no/skalaer-og-tester/?page=3> (Hentet: 10.01.2019).
- Stålsett, S. (2007) Homo vulnerabilis - det sårbare mennesket, *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44-11, s. 1408-1409. Tilgjengelig fra: <https://psykologtidsskriftet.no/kommentar/2007/11/homo-vulnerabilis-det-sarbare-mennesket?redirected=1>.
- Swane, C. E., Amstrup, K. og Blaakilde, A. L. (2007) *Gerontologi : livet som gammel : en tværfaglig lærebog i gerontologi*. 2. udg. utg. København: Munksgaard.
- Telenius, E. W., Engedal, K. og Bergland, A. (2015) Effect of a high-intensity exercise program on physical function and mental health in nursing home residents with dementia: an assessor blinded randomized controlled trial, *PLoS One*, 10(5), s. e0126102. doi: 10.1371/journal.pone.0126102.
- Tjora, A. H. (2017) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 3. utg. utg. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tornstam, L. (2011) *Åldrandets sosialpsykologi*. 8. oppl. utg. Stockholm: Norsted.
- Torp, S. et al. (2013) Work engagement: a practical measure for workplace health promotion?, *Health Promotion International*, 28(3), s. 387-396. doi: 10.1093/heapro/das022.
- Utviklingscenteret (2018) *Bedre hverdagsliv i langtidshjem*. Tilgjengelig fra: <http://www.utviklingscenter.no/bedre-hverdagsliv-i-langtidshjem.6103128-179637.html> (Hentet: 20.08.18).

- Verme, P. (2009) Happiness, freedom and control, *Journal of Economic Behavior and Organization*, 71(2), s. 146-161. doi: 10.1016/j.jebo.2009.04.008.
- Vik, K. (2015) *Mens vi venter på eldrebølgen : fra eldreomsorg til aktivitet og deltakelse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Walker, H. og Paliadelis, P. (2016) Older peoples' experiences of living in a residential aged care facility in Australia, *Australasian Journal of Ageing*, 35, no.3, s. E6-E10.
- Whiteford, G. (2000) Occupational Deprivation: Global Challenge in the New Millennium, *The British Journal of Occupational Therapy*, 63(5), s. 200-204. doi: 10.1177/030802260006300503.
- Wikström, E. og Emilsson, U. M. (2014) Autonomy and Control in Everyday Life in Care of Older People in Nursing Homes, *Journal of Housing For the Elderly*, 28(1), s. 41-62. doi: 10.1080/02763893.2013.858092.
- Wilcock, A. (1993) A theory of the human need for occupation, *Journal of Occupational Science*, 1:1. Tilgjengelig fra: <https://doi.org/10.1080/14427591.1993.9686375> (Hentet: 07.04.2019).
- Wilcock, A. A. og Hocking, C. (2015) *An occupational perspective of health*. 3rd ed. utg. Slack Incorporated.
- Wæhle, E. (2014) *Gave Store norske leksikon*. Tilgjengelig fra: <https://snl.no/gave> (Hentet: 27.04.2019).
- Ånstad, U., Schmidt, G. og Ranhoff, A. H. (2007) *Sykehjemsmedisin : håndbok i praktisk sykehjemsarbeid*. Oslo: Universitetsforl.

